

## REFORME DES ASTREINTES, COMMENT CA SE PASSE CHEZ VOUS ?

### Résultats de l'enquête du SNPHARE

9 février 2026



## Table des matières

---

Communiqué de presse.....	3
Introduction : Pourquoi une enquête ? .....	6
Historique .....	7
Les astreintes avant le 9 juillet 2025.....	8
Aujourd’hui.....	9
Méthodologie .....	10
Résultats commentés.....	11
Taux de réponse et démographie .....	11
Statut des répondants .....	12
Déroulement de l’enquête selon le statut.....	13
Origine géographique des répondants .....	14
Répartition CH / CHU .....	14
Information et compréhension de la réforme des astreintes.....	15
Information des praticiens .....	16
Application des mesures transitoires .....	17
Mise en place des mesures pérennes .....	19
Construction de la grille de forfaits.....	20
Etat des lieux de l’application des mesures pérennes – janvier 2026 .....	31
Satisfaction .....	33
Commentaires libres .....	35
Conclusion et propositions .....	37
ANNEXES .....	39
Annexe 1 : Questionnaire de l’enquête .....	39
Données démographiques.....	39
Questionnaire commun.....	39
Questionnaire-bonus HU.....	43
Questionnaire-bonus PH .....	43
Commentaires libres .....	44
Annexe 2 : Enquête-bonus HU .....	45
Annexe 3 : Commentaires libres .....	47
Commentaires sur la réforme des astreintes .....	47
Commentaires sur les spécificités HU.....	90

## Communiqué de presse

COMMUNIQUE DE PRESSE DU LUNDI 9 FEVRIER 2026

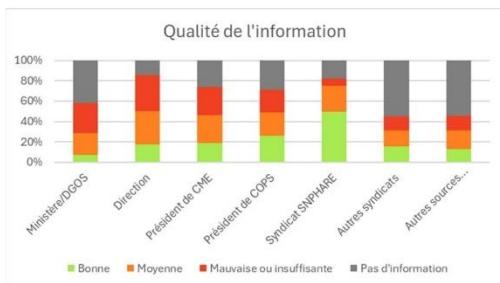
### MISE EN APPLICATION DE LA REFORME DES ASTREINTES MEDICALES HOSPITALIERES

#### RESULTATS DE L'ENQUETE FLASH DU SNPHARE ET PROPOSITIONS



#### Réforme des astreintes Comment ça se passe chez vous ?

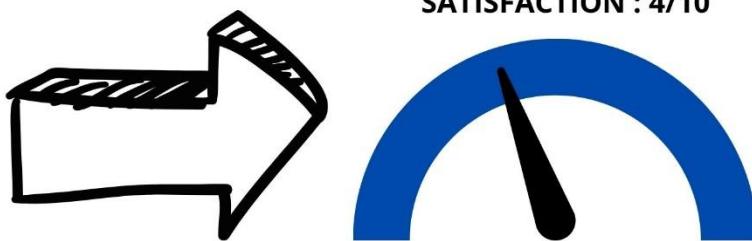
Enquête flash SNPHARE 19-25 janvier 2026



#### Implication insuffisante des instances COPS et CME

- 28 % Services non consultés
- 42 % Atteinte du forfait "plafond"
- 50 % Astreintes de couverture bénévoles
- 33 % Forfaits HU spécifiques
- 90 % Contraintes budgétaires
- 63 % Réforme mal / non appliquée

SATISFACTION : 4/10



l'application de cette réforme.

La réforme des astreintes médicales hospitalières, concernant les médecins, pharmaciens et dentistes exerçant une permanence et/ou une continuité des soins dans les établissements publics de santé, est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2025, en application de l'arrêté du 8 juillet 2025 ad hoc. Précédemment, des mesures transitoires ont été mises en place du 1<sup>er</sup> juillet au 30 octobre 2025. Cette réforme est le fruit d'une construction entre les organisations représentatives de praticiens hospitaliers et la DGOS, en présence de la représentation des directions (FHF).

Suite à de nombreuses remontées des praticiens sur le formulaire « contact » du SNPHARE, le SNPHARE a souhaité faire un bilan des freins à

Une enquête-flash, d'une durée d'une semaine, a été diffusée en ligne du 19 au 25 janvier 2026. Les résultats sont édifiants.

1540 praticiens ont répondu, les praticiens ayant des fonctions managériales sont sur-représentés dans l'échantillon.

6 points ressortent de cette enquête

- **Le défaut d'information**: la moitié des praticiens n'ont pas compris suffisamment la réforme ; l'information par les tutelles et la gouvernance médico-administrative est clairement défaillante.
- **Le dysfonctionnement des instances consultatives**: absence de collégialité, évaluation de la pénibilité des astreintes au pifomètre, défaut d'implication voire bypass des instances.
- **L'oubli de la prise en compte du travail de télémédecine**, qui est pourtant l'une des évolutions majeures du travail médical au XXIème siècle
- **L'obtention de tarifs sans pouvoir atteindre le plafond** - qui était le but de la réforme. Le plafond de 280 euros a parfois été réservé à certains statuts (HU) voire interdits à l'échelle d'un GHT ou d'une région.
- **Un texte inadapté aux hospitalo-universitaires** - notamment les plus jeunes - qui n'ont pas accès au temps de travail additionnel (TTA) jusqu'ici
- **Une application de la réforme régulièrement dévoyée**, notamment concernant le décompte du temps de travail en astreinte et sa valorisation.

A ceci, se rajoute une **opacité quasi-totale de la répartition du financement** - prévu dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2025 - entre les ARS, et entre les établissements de chaque région. Les contraintes budgétaires des établissements ont en effet pourri la négociation des tarifs pour valoriser le travail des praticiens (90 % des répondants).

**Au total, la satisfaction des praticiens est médiocre (médiane à 4/10) : d'une bonne réforme, maturée sur plusieurs années avec l'ensemble des parties prenantes, on arrive à une revalorisation parfois satisfaisante, souvent source de problèmes et de constat de perte de rémunération.**

**Le SNPHARE fait des propositions à la DGOS :**

- **La diffusion d'une information nationale globale, pédagogique, à destination de l'ensemble des praticiens** (financement de la réforme, méthodologie d'établissement des tarifs, distinction entre forfait et valorisation du temps de travail, modalités de cette valorisation)
- **L'intégration** dans le texte de la reconnaissance des actes de la télémédecine et leur prise en compte dans le décompte du temps de travail
- **L'obligation, en semaine, du respect du repos quotidien**, et ce, sans « dette » de temps de travail pour le praticien
- **L'adaptation du texte aux statuts hospitalo-universitaires**, dont l'accès pour les chefs de clinique-assistants (CCA) au temps de travail additionnel (TTA)
- **L'exigence d'une clause de revoyure avant la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2026** pour un bilan national de la réforme des astreintes, selon une méthodologie définie.
- **La transparence sur l'octroi des financements** de la DGOS vers les ARS et de chaque ARS vers les établissements en région.
- **Une majoration du TTA** en rapport avec l'inflation des vingt dernières années
- **La réécriture de l'arrêté du 30 avril 2003** sur la permanence des soins, afin de lui redonner une lisibilité sans laisser libre cours à l'interprétation.

Dossier de presse complet en pièce jointe et téléchargeable sur le site du SNPHARE  
<https://www.snphare.fr/fr/blog/posts/enquete-flash-sur-la-reforme-des-astreintes--resultats>

Contact presse : Dr Anne Geffroy-Wernet 06 63 83 46 70

## Introduction : Pourquoi une enquête ?

La mise en application de la réforme des astreintes médicales hospitalières, à la suite des arrêtés du 8 juillet 2025<sup>1 2</sup>, s'accompagne de sources majeures de mécontentements chez certains praticiens, dans certains établissements. Le SNPHARE reçoit quotidiennement des alertes sur des revalorisations qui ne sont pas en cohérence avec le travail réalisé en astreinte (pénibilité, type de sollicitation, temps de travail).

Cette distorsion de l'esprit du texte n'est pas acceptable.

Le SNPHARE a souhaité documenter cet état des lieux via une enquête à visée des tutelles, afin d'avoir une base de discussion objective pour trouver des solutions pour terminer ce dossier de la revalorisation des astreintes.

---

<sup>1</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051862343>

<sup>2</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051862353>

## Historique

La permanence des soins médicale hospitalière est décrite réglementairement dans l'arrêté du 30 avril 2003<sup>3</sup>, régulièrement révisé.

La valorisation de la permanence des soins n'a pas suivi l'inflation (valorisation financière) et pose des soucis réglementaires (décompte du temps de travail). C'est un combat historique du SNPHARE. Une mission IGAS consacré à la permanence des soins a donné lieu à un rapport publié en 2021<sup>4</sup>. La mission flash<sup>5</sup> réalisée par le Dr François Braun en juin 2022, appuyée par l'enquête « Nuits Blanches »<sup>6</sup> coordonnée par notre intersyndicale Actions Praticiens Hôpital a donné lieu à la revalorisation des gardes (sur place) de 50 %, de manière temporaire puis définitive.

Le sujet de la revalorisation des astreintes a fait l'objet de travaux sous l'égide de la DGOS, intégrant l'ensemble des syndicats représentatifs des professionnels médicaux, pharmaceutiques et odontologues (statuts PH, HU et non titulaires) et la représentation de l'administration (Fédération Hospitalière de France, FHF) à partir de l'automne 2023, aboutissant à une réforme des astreintes, déclinée dans les deux arrêtés sus-cités. Dans ce cadre, une enquête DGOS-ATIH, recommandée par la mission IGAS, a mis en évidence que 80 % de la permanence des soins était réalisée par l'hôpital public, et que 70 % de la permanence des soins était réalisée sous forme d'astreinte.

Le budget destiné à la revalorisation des astreintes a été prévu dans la loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2024, pour le 2ème semestre 2024, mais aucun texte n'est paru. Il a été reporté dans la LFSS 2025, toujours pour les 6 derniers mois de l'année.

En avril 2025, sous la pression d'un préavis de grève du SNPHARE relayé par les autres syndicats / organisations syndicales, des mesures temporaires ont été obtenues, dans l'attente de finalisation de la rédaction et de la publication des textes pour des mesures pérennes. Finalement les deux textes (mesures transitoires, mesures pérennes, sont parus le 8 juillet 2025).

<sup>3</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000043322735>

<sup>4</sup> [https://www.igas.gouv.fr/sites/igas/files/2024-11/2023-009r\\_rapport\\_0.pdf](https://www.igas.gouv.fr/sites/igas/files/2024-11/2023-009r_rapport_0.pdf)

<sup>5</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_du\\_docteur\\_braun\\_-\\_mission\\_flash\\_sur\\_les\\_urgences\\_et\\_soins\\_non\\_programmes.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf)

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

## Les astreintes avant le 9 juillet 2025

- La classification des astreintes : une distinction était faite entre astreintes opérationnelles (soumises à de nombreux déplacements et avis téléphoniques) et les astreintes de sécurité (destinée à assurer une continuité des soins, mais très peu sollicitée)
- Les différents modes de rémunération des astreintes : plusieurs modes de décompte étaient possibles, au choix de la direction de l'établissement
  - Indemnisation sur une indemnité forfaitaire de base (fixe) et du temps de déplacement (valorisation sur la base du temps de travail additionnel (TTA) : 3 heures d'affilée = 5 heures cumulées =  $\frac{1}{2}$  journée =  $\frac{1}{2}$  plage de TTA) ; les indemnités forfaitaires de base étaient différentes selon qu'un schéma territorial de la permanence des soins était adopté ou pas, et la valorisation financière du temps de travail était différente selon que ce temps de travail était ou non intégré aux obligations de service
  - Forfaitisation complète (tarif quelle que soit l'activité pendant l'astreinte), avec obligation à l'employeur de vérifier que le temps de travail ne dépasse pas 48 heures / semaine ; ces forfaits étaient définis par le directeur d'établissement, avec des plafonds atteignables pour certaines lignes spécifiques (plateaux techniques dépendant des SAU)
  - Absence de rémunération, et valorisation des astreintes peu sollicitées (1 journée pour 5 astreintes)
  - Les hospitalo-universitaires bénéficiaient de tarifs encore différents...
- Le décompte du temps de travail
  - Le décompte horaire du temps de travail n'était quasiment jamais réalisé dans le cadre de la forfaitisation complète, aboutissant à des prises en compte très variables du temps de travail, et donc du dépassement des obligations de services (génération de temps de travail additionnel) : habituellement ce temps n'était ni valorisé ni rémunéré !
  - Dans le cas des astreintes indemnisées, le temps de travail n'était pas intégré aux obligations de service, alors que la participation de la permanence des soins est une obligation statutaire et ne pouvait donc pas être considérée comme du TTA, lequel se réalise sur la base du volontariat
- Les problèmes liés à ces rémunérations étaient nombreux : absence d'homogénéité, absence de décompte objectif du temps de travail, absence de prise en compte de la télémédecine (avis téléphoniques, téléexpertises etc.) et surtout sous-rémunération par rapport à l'inflation et aux gardes revalorisées.

## Aujourd'hui...

Depuis la parution des arrêtés du 8 juillet 2025, divers problèmes ont été identifiés :

- Concernant les mesures transitoires : non application de l'arrêté, application de l'arrêté en deçà du protocole d'accord de levée du préavis de grève, selon un courrier initial de la FHF, secondairement partiellement modifié, laissant la liberté aux directeurs d'appliquer ou non cet arrêté. Cette application a été réexpliquée dans une instruction DGOS<sup>7</sup>. Le SNPHARE est intervenue auprès de la DGOS pour signaler les anomalies d'applications rapportées par les praticiens, avec plus ou moins de succès.
- Concernant les mesures pérennes, nous avons identifiés plusieurs obstacles à une application correcte de cette réforme :
  - L'opacité du financement (cf. vidéo explicative réalisée par Actions Praticien Hôpital<sup>8</sup>)
  - L'absence de pédagogie de la réforme (temps de travail, TTA) qui pourtant révolutionne l'approche du temps de travail et de la pénibilité liée aux astreintes
  - Le délai court pour mettre en œuvre ces mesures, avec des interlocuteurs parfois « oubliés » dans la démarche (qui doit impliquer les praticiens, les COPS, les CME, les directions, les GHT, les ARS), laissant planer le doute sur l'homogénéité territoriale des tarifs
  - Le sujet des statuts HU qui n'ont pas accès au temps de travail additionnel

---

<sup>7</sup> <https://bulletins-officiels.social.gouv.fr/sites/textes-officiels/files/2025-09/TSSH2517782J.pdf> chapitre IV

<sup>8</sup> <https://aph-france.fr/Reforme-des-astreintes-ca-coince.html>

## Méthodologie

---

Il s'agit d'une enquête en ligne, via un formulaire Google Forms, de format « flash », c'est-à-dire de durée courte (7 jours), du 19 au 25 janvier 2026.

Cette enquête ne concerne que le versant « praticiens » et analyse leur connaissance et leur perception de la réforme, la construction des forfaits localement, et leur satisfaction globale. Un focus a été fait sur l'application des mesures transitoires (1er juillet 2025 - 31 octobre 2025).

Deux sous-enquêtes bonus complètent cette consultation des praticiens :

- L'une sur le décompte du temps de travail et le TTA pour les HU
- L'autre sur les 4 ans d'ancienneté des PH nommés avant le 1er octobre 2020, dont les résultats feront l'objet d'une communication séparée ultérieure.

Le questionnaire figure en annexe 1.

La diffusion du questionnaire a été réalisé comme suit :

- Envoi par mail (newsletter) à la liste de contacts du SNPHARE (essentiellement praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires titulaires)
- Publication sur les réseaux sociaux du SNPHARE : Facebook, Instagram et LinkedIn.
- Publication sur le site du SNPHARE
- Demande de relais : le SNPHARE remercie particulièrement Action Praticien Hôpital et ses composantes syndicales ainsi que le syndicat Jeunes Médecins, la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) et la conférence des présidents de CME de centres hospitaliers non universitaires pour le relais de cette enquête.

Les réponses sont anonymes et les adresses mails ne sont pas enregistrées.

Les résultats ont fait l'objet de statistiques descriptives à partir du tableau Excel fourni par Google Forms ou des graphiques déjà fournis par Google Forms.

Les verbatims ont été analysés grâce à l'outil d'intelligence artificielle Copilot de Microsoft 365.

*NB : lorsque le terme « praticien hospitalier » sera utilisé ici sans précision, il s'adressera à l'ensemble des médecins, pharmaciens et dentistes hospitaliers, quel que soit leur statut, quelle que soit leur spécialité.*

## Résultats commentés

### Taux de réponse et démographie

1540 praticiens ont répondu à l'enquête.

Près de 20 % d'entre eux (= 309) ne sont pas concernés par la réforme des astreintes, et sont donc d'emblée éliminés de cette partie de l'enquête.

Nous ne connaissons pas l'effectif cible de praticiens effectuant des astreintes : d'une part parce que le nombre total de praticiens n'est pas connu (seul le nombre de titulaires est connu), d'autre part parce que l'enquête DGOS-ATIH sur la permanence des soins n'a pas dénombré le nombre de praticien prenant part aux listes d'astreintes.

Par ailleurs, l'enquête étant ciblée sur les astreintes, il était assez attendu que les PH ne participant pas à la permanence des soins, ou y participant uniquement sous forme de gardes, répondraient beaucoup moins : cette répartition 80/20 n'a pas la prétention de refléter la répartition réelle des praticiens réalisant ou non des astreintes.

Enfin, la durée très courte de l'enquête explique également l'effectif. Notons que les réponses en analyse intermédiaire (1/8ème de l'effectif) donnaient des résultats identiques, ce qui permet d'extrapoler la plupart des résultats.

## Statut des répondants

**Les répondants sont principalement des praticiens hospitaliers titulaires.**

PH	Contractuel	Assistant	CCA	MCU-PH	PU-PH ou PHU	Autre
1402	51	11	14	19	24	19

Cette prépondérance des praticiens hospitaliers titulaires est due à leur forte proportion dans les établissements de santé (dix fois plus de PH que de HU), et au fait que nous n'avons pas de listing des HU non-titulaires (chefs de clinique-assistants des hôpitaux) et des praticiens contractuels (qui eux, représentent un énorme contingent).

Fait marquant, **52 % exercent au moins une fonction managériale** parmi les suivantes : chef de pôle, chef de service, responsable d'unité fonctionnelle, président de CME, président de COPS.

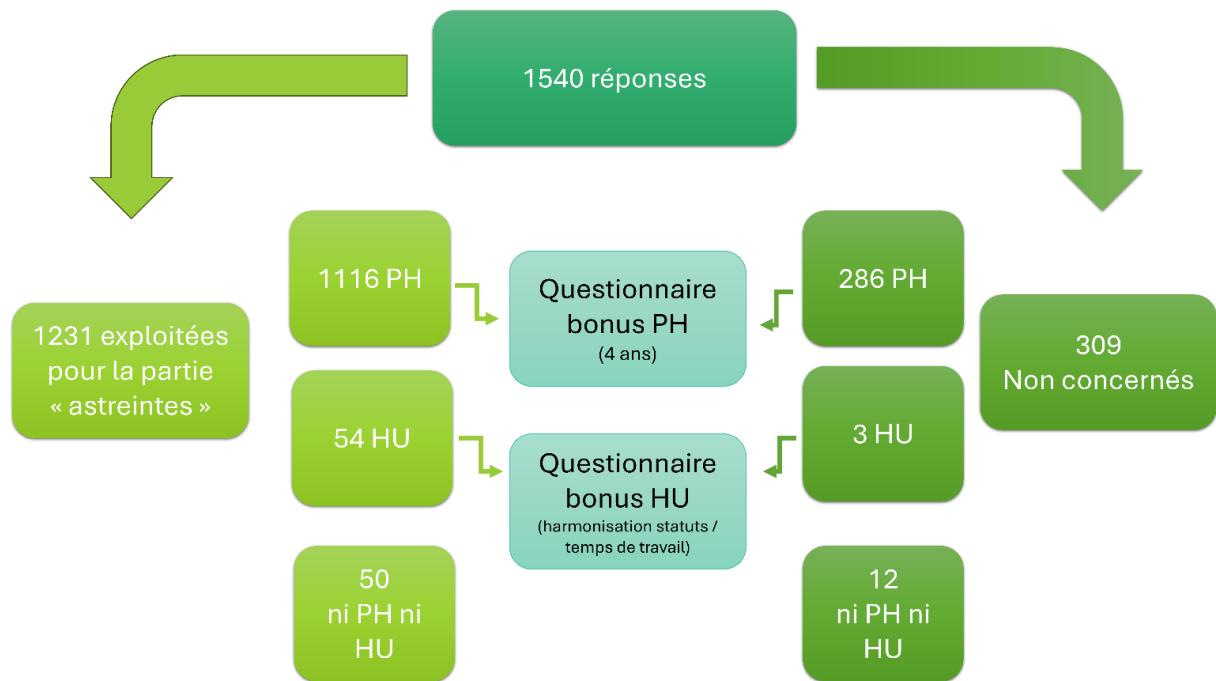
Chef de pôle	Chef de service	Responsable d'unité fonctionnelle	Président de CME	Président de COPS	Aucune responsabilité managériale
9 %	27 %	20 %	4 %	4 %	48 %

Il y a donc une sous-représentation des praticiens sans aucune responsabilité managériale, dont il faudra tenir compte dans l'interprétation des résultats.

## Déroulement de l'enquête selon le statut

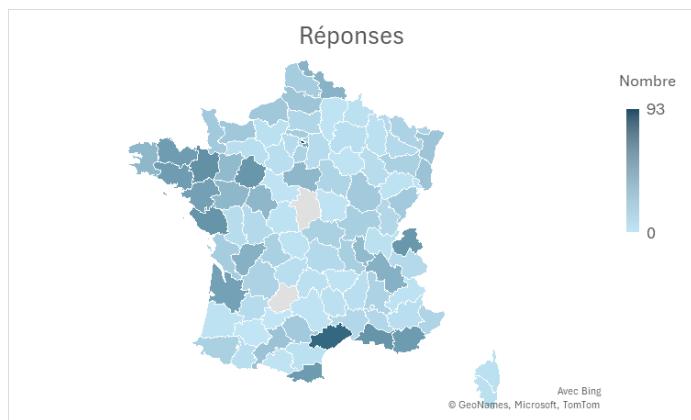
L'enquête comportait deux « enquêtes - bonus » :

- L'une sur le décompte du temps de travail des HU
- L'autre sur la perte des 4 ans d'ancienneté des PH



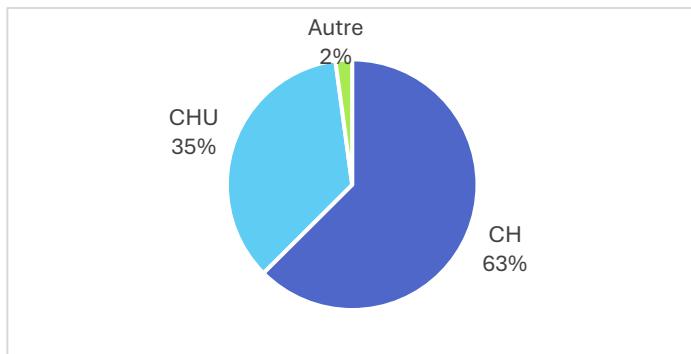
Les résultats de l'enquête-bonus « HU », directement liée à une des problématiques de cette réforme, est présentée en annexe 2. Les résultats de l'enquête-bonus « PH » fera l'objet d'une communication séparée ultérieure.

## Origine géographique des répondants



L'ensemble du territoire est représenté, avec une représentation un peu plus importante de la région Bretagne et du littoral méditerranéen : on note une forte participation du CHU de Montpellier.

## Répartition CH / CHU



Environ 2/3 des répondants exercent en CH non universitaire, 1/3 en CHU.

## Information et compréhension de la réforme des astreintes

### TOUS LES REPONDANTS



■ Oui totalement ■ Pas du tout ■ Plus ou moins

Le taux de praticiens estimant avoir totalement compris la réforme des astreintes est loin d'atteindre 100 % : c'est moins de la moitié des praticiens (44 %) qui sont à l'aise avec cette réforme. 49 % l'ont « plus ou moins » comprise et 7 % n'ont pas compris du tout.

Si l'on analyse ces résultats en fonction de l'existence de responsabilités managériales ou pas, on remarque :

- Que les praticiens « lambdas » sont bien moins informés que leurs pairs à responsabilité ; le résultat global, compte tenu de leur sous-représentation dans l'effectif, laisse penser que le résultat concernant l'information est encore bien pire

### PAS DE RESPONSABILITE MANAGERIALE



■ Oui totalement ■ Pas du tout ■ Plus ou moins

- Que les praticiens à responsabilité managériale ne maîtrisent pas si bien cette réforme, y compris les présidents de COPS et de CME (respectivement 26 % et 32 % d'entre eux ne maîtrisent pas cette réforme).

### RESPONSABILITES MANAGERIALES



■ Oui totalement ■ Pas du tout ■ Plus ou moins

#### CHEF DE POLE



#### CHEF DE SERVICE



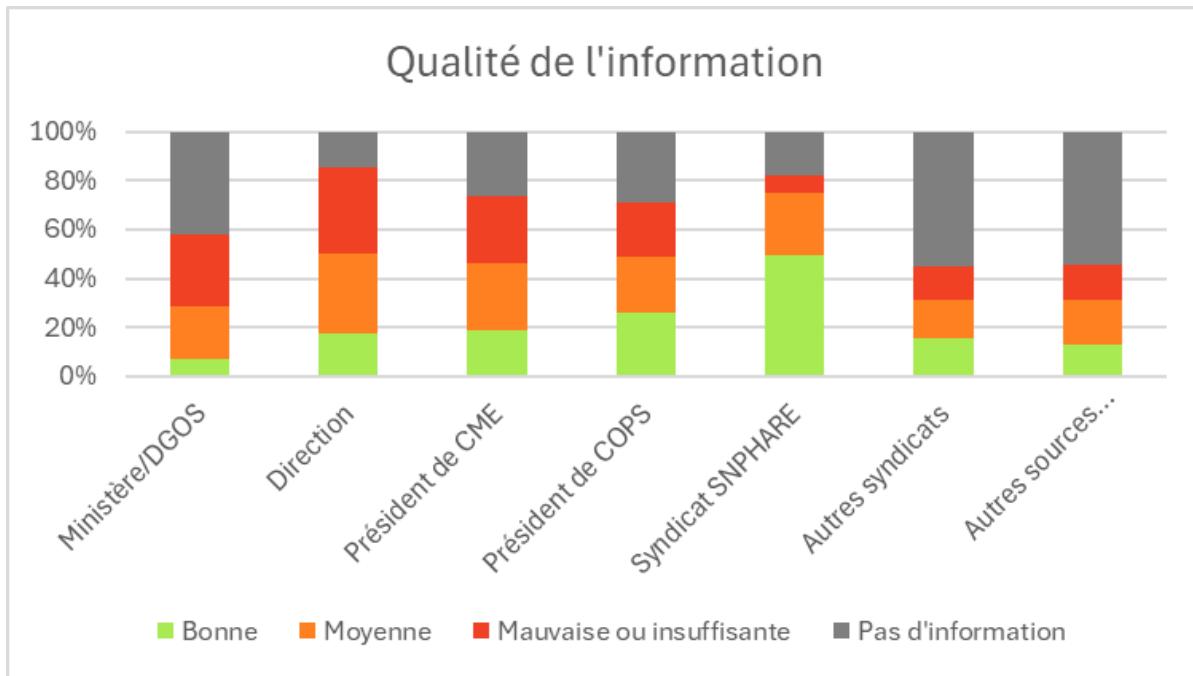
#### RESPONSABLE D'UNITE FONCTIONNELLE



Ce résultat est déjà un élément qui explique la difficulté de mise en place de cette réforme, quand bien même les directions maîtriseraient mieux ces textes (ce que nous ne pouvons pas évaluer dans le cadre d'un syndicat médical).

## Information des praticiens

La performance des différents canaux d'information a été évaluée comme suit :



Ce graphique pointe du doigt

- **La difficulté de la DGOS à faire de la pédagogie sur cette réforme** ; en effet, aucune information directe n'est arrivée aux praticiens ; l'instruction pourtant très détaillée a été envoyée aux ARS (charge aux ARS de la transmettre aux directions...) et les organisations syndicales représentatives (mais ni les composantes de ces syndicats, ni les syndicats non représentatifs) ont été informées de la parution de ce document au JO. Par ailleurs, aucune campagne de communication n'a été faite (alors que cela avait été le cas, par exemple, pour les évolutions post-Ségur).
- **La difficulté également pour la gouvernance hospitalière médico-administrative** (directions, président de CME, président de COPS) **de délivrer une information claire**. Les présidents de COPS semblent avoir été cependant un peu plus performants... tout en ne dépassant pas 25 % d'information satisfaisante.
- **L'information est jugée très bonne en ce qui concerne la communication du SNPHARE.**

Cela souligne l'intérêt le rôle primordial des syndicats - tout à fait assumé par le SNPHARE - de lien entre les praticiens et leurs tutelles. Rappelons que les syndicats médicaux hospitaliers n'ont pas de représentation locale (ni délégation locale, ni locaux syndicaux dans les établissements publics de santé) : cette « anomalie » spécifique aux praticiens hospitaliers nuit au dialogue social !

## Application des mesures transitoires

Le protocole d'accord sur les mesures transitoires résulte d'un « rappel à l'ordre » des tutelles : la revalorisation des astreintes avait été inscrite dans la loi de financement de la Sécurité Sociale pour le 2ème semestre 2024, mais n'avait pas été mise en œuvre ni en 2024, ni au 1er semestre 2025. À la suite d'un préavis de grève, des mesures transitoires ont été obtenues dans le cadre d'un protocole d'accord entre le ministre Yannick Neuder et les organisations syndicales représentatives, pour la période du 1er juillet 2025 au 31 octobre 2025<sup>9</sup> :

- Augmentation de 50 % de l'indemnité forfaitaire de base pour les astreintes rémunérées en indemnité + déplacement
- Augmentation de 30 % du forfait pour les astreintes rémunérées au forfait

Cet accord s'est traduit dans l'« arrêté du 8 juillet 2025 portant revalorisation à titre temporaire des indemnités forfaitaires d'astreintes dans les établissements publics de santé et dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes »<sup>10</sup>, à la limite près que l'augmentation de 30 % n'a pas été présentée de manière explicite. Elle a été précisée ultérieurement, dans l'instruction déclinant les deux arrêtés du 8 juillet 2025.

Les mesures transitoires  
ont-elles été appliquées dans votre établissement ?



20 % des répondants ne savent pas si les mesures transitoires ont été appliquées.

L'interprétation de ce chiffre est délicate, mais témoigne *a minima* d'un décalage entre les praticiens et ceux qui les rémunèrent / ceux qui fixent leurs rémunération... Rappelons que les astreintes sont payées à M+1 ou M+2, que les fiches de paie sont régulièrement peu lisibles (nombres d'astreintes non mentionné, temps de déplacement mal identifié) ce qui rend le contrôle de l'application de cette mesure parfois ardue.

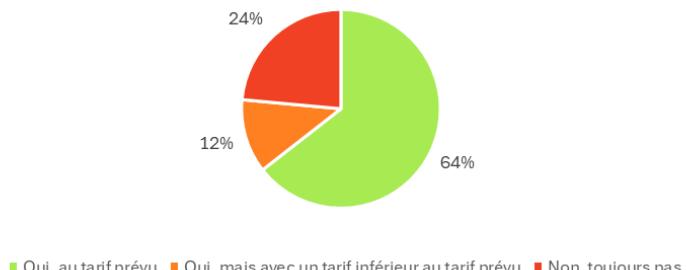
<sup>9</sup> <https://www.snphare.fr/fr/blog/posts/mesures-transitoires-pour-la-revalorisation-des-astreintes--cest-fait->

<sup>10</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051862343>

Cependant, alors que le protocole d'accord était simplissime, et qu'un financement était prévu pour l'application de ces mesures transitoires, nous sommes très surpris que début 2026, le règlement des mesures transitoires ne soit effectué correctement que chez 64 % des praticiens :

- 12 % d'entre eux ont eu un tarif inférieur à celui envisagé par le protocole d'accord,
- et pour 24 % des praticiens, ces mesures réglementaires n'ont pas été appliquées.

Les mesures transitoires  
ont-elles été appliquées dans votre établissement ?  
(sans les réponses NSP)



## Mise en place des mesures pérennes

Les mesures pérennes ont pour buts :

- simplifier la valorisation financière des astreintes
- revaloriser les astreintes, de manière adaptée à leur pénibilité
- intégrer de manière claire le temps de travail aux obligations de services des praticien

La valorisation financière des astreintes s'effectue désormais sur des forfaits s'étendant de 70 à 280 euros bruts.

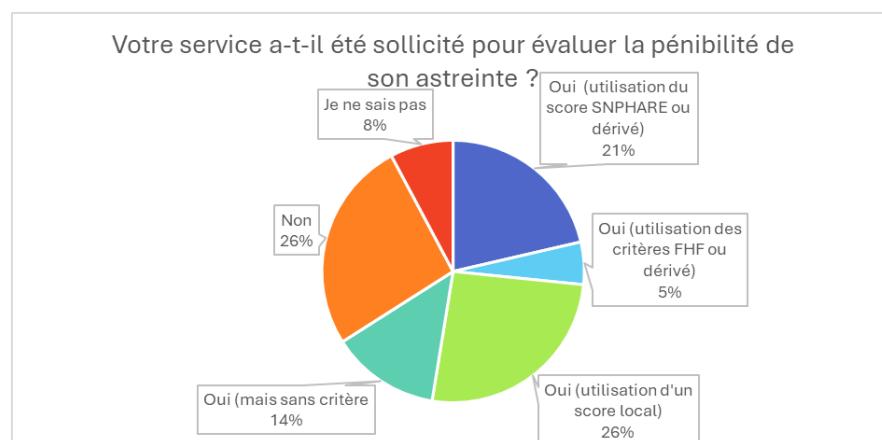
Le choix du forfait pour chaque ligne d'astreinte est proposé par la COPS puis la CME, puis à l'échelle du GHT, et enfin une validation de la cohérence territoriale des forfaits proposés doit être réalisée par l'ARS.

Chaque établissement doit proposer au moins 3 niveaux de forfaits, avec un maximum de 40 % des tarifs par niveau de forfait.

Le temps de travail lors d'un déplacement est décompté selon la méthode historique, temps de trajet inclus. En revanche, le temps lié à l'activité de télémédecine est exclu de ce décompte. Ce temps de travail est intégré aux obligations de service, de sorte qu'en cas de dépassement des obligations de service quadrimestrielles, ce dépassement est reconnu sous forme de temps de travail additionnel (TTA), qui peut être rémunéré ou récupéré.

## Construction de la grille de forfaits

### Consultation des services



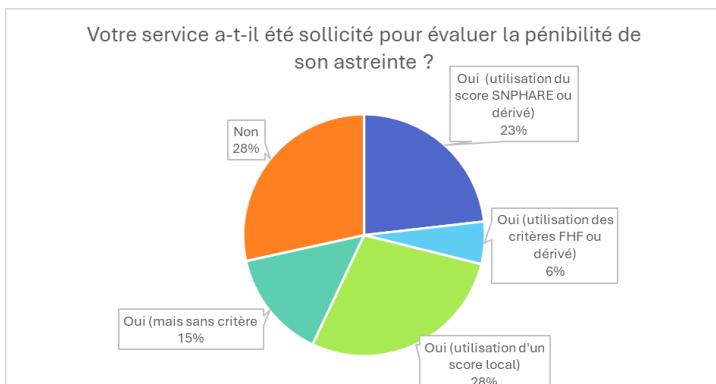
8 % des praticiens ne savent pas si leur service a été consulté pour établir le montant du forfait les concernant.

Si l'on retire ces 8 % :

**Plus du quart (28 %) des praticiens rapportent que leur service n'a pas été consulté** pour établir le montant de leur forfait.

**15 % des praticiens rapportent que les forfaits ont été établis sans aucun critère d'évaluation de la pénibilité.**

**Plus de la moitié ont utilisé un score de pénibilité** (score SNPHARE, score local).



Le score du SNPHARE a été établi par des praticiens de plusieurs spécialités, à destination des praticiens, afin de valoriser la pénibilité des astreintes sur un ensemble exhaustif de critères. Il nous a été rapporté qu'il avait été très largement utilisé (l'item « score local » se rapporte potentiellement au score SNPHARE amélioré), notamment dans les CHU.

## *Rôle des instances dans la construction de la grille*

La réforme prévoyait que les montants soient définis par la Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS) de l'établissement et la Commission Médicale d'Etablissement (CME), la COPS étant une sous-commission de la CME. Ces montants devaient ensuite être validés par la direction. L'homogénéité des montants devait être contrôlée à l'échelle du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) puis de l'ARS, et ce, pour une application aux astreintes réalisées à partir du 1er novembre 2025.

Par souci de simplification, nous n'avons pas interrogé les praticiens sur l'échelon GHT (car sans doute non mature pour la plupart des établissements) ni sur l'échéance du 1er novembre 2025 (car nous savions déjà que cette échéance n'avait pas été atteinte pour de nombreux établissements).

## Rôle de la COPS et de la CME

### *Rôle de la COPS*

La COPS... est inconnue de 11 % des répondants !

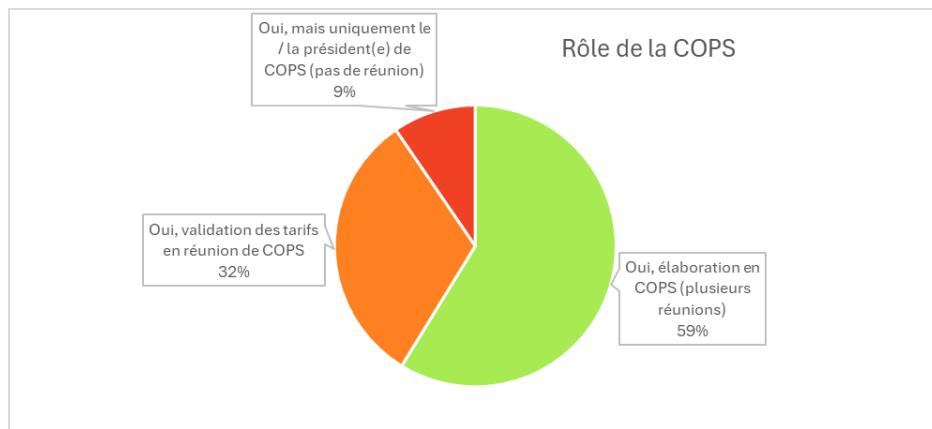
17 % des répondants siègent dans leur COPS. Comme expliqué précédemment, les membres de COPS sont sur-représentés dans cette étude.

Pour 45 % des répondants, leur service n'est pas représenté à la COPS : **près d'un service réalisant de la permanence des soins n'est pas représenté à la COPS !**

La composition de la COPS n'oblige pas, réglementairement, à ce que chaque service participant à la permanence des soins y soit représenté. Il faut espérer que les COPS ont bien pris en compte les aspirations de ces praticiens.

20 % des praticiens n'ont pas répondu à la question du rôle de la COPS.

Parmi les répondants, 22 % des praticiens ne savent pas quel a été le rôle de la COPS dans la définition des forfaits. 6 % des praticiens pensent que la COPS n'a pas été sollicitée.



Sur les 72 % de praticiens qui ont identifié un rôle de la COPS dans la construction des forfaits

- **59 % ont pu réaliser plusieurs réunions en vue d'un consensus** sur une proposition de forfaits
- 32 % ont simplement validé une proposition qui a été présentée en réunion de COPS
- **9 % n'ont été convié à aucune réunion, le ou la président(e) de COPS ayant été seul(e) décisionnaire.**

Ce dernier tableau (ci-dessous) montre que les réponses sont différentes, selon que le répondant siège ou non à la COPS de son établissement.

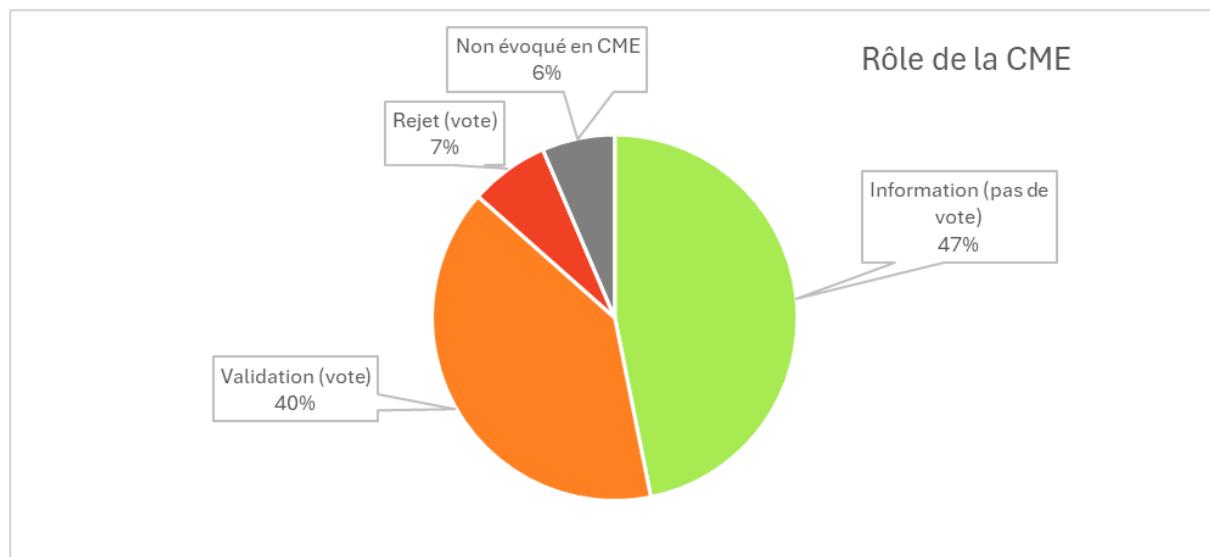
Praticien...	...président de COPS	...siégeant à la COPS	...ne siégeant pas à la COPS	Total
Elaboration	37 %	50 %	40 %	34 %
Validation	23 %	33 %	20 %	18 %
Décision PCOPS	4 %	8 %	7 %	5 %
Aucun rôle	10 %	8 %	6 %	5 %
NSP / pas de réponse	26 %	1 %	27 %	38 %

(Tableau prenant en compte l'ensemble des praticiens, y compris ceux qui n'ont pas répondu à cette question).

### Rôle de la CME

40 % des répondants siègent dans leur CME. Comme pour les résultats précédents, les membres de la CME sont sur-représentés dans cette étude.

30 % des répondants ignorent si la CME est intervenue dans la définition des forfaits.



Sur les 70 % restants

- 6 % affirment que le sujet n'a pas été évoqué en CME
- 47 % ont eu une information sur les forfaits définis (pas de vote de la CME)
- 47 % ont voté les tarifs : 40 % les ont validés, 7 % les ont rejetés.

Ce dernier tableau (ci-dessous) montre que les réponses sont différentes, selon que le répondant siège ou non à la CME de son établissement.

Praticien...	... président de CME	... siégeant à la CME	... ne siégeant pas à la CME	Total
Sujet non évoqué en CME	6 %	6 %	3 %	5 %
Information en CME (pas de vote)	26 %	48 %	22 %	33 %
Validation des forfaits en CME (vote)	23 %	34 %	23 %	28 %
Rejet en CME (vote)	3 %	6 %	4 %	5 %
NSP	42 %	5 %	47 %	30 %

(Tableau prenant en compte l'ensemble des praticiens).

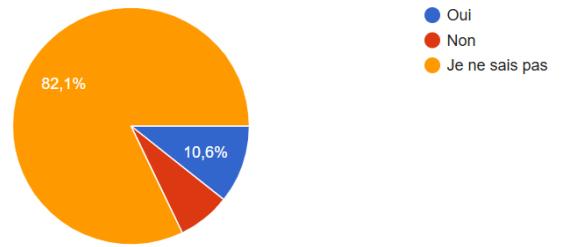
Ces résultats soulèvent tout d'abord le problème de la communication entre ces instances professionnelles médicales (consultatives) et les praticiens, mais aussi de leur fonctionnement. L'absence d'élaboration des tarifs par la COPS ou d'évocation de ces tarifs en CME interrogent !

## Rôle de l'administration

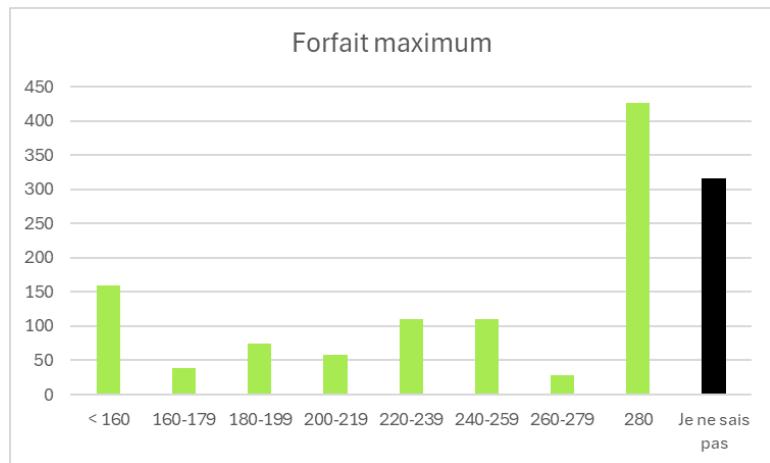
Nombreux sont les praticiens qui ne savent pas si la direction a suivi la décision de la CME : seuls 60 % des répondants pensent avoir cette information. Selon eux, de manière majoritaire (70 %), les directeurs ont suivi la CME.

Selon nos informations (hors enquête), les directions ont en effet souvent négocié en amont avec les praticiens pour que les tarifs validés en CME soient les tarifs proposés à l'ARS, voire se sont engagés sur ces tarifs avant avis de l'ARS. De fait, les taux de validation des tarifs en COPS et en CME sont en contradiction avec la satisfaction des praticiens (cf. infra). En pratique, la définition des forfaits concertée en amont avec les directions a abouti à des décisions de « consensus mou », avec très régulièrement une déception affichée des praticiens, qui se sont sentis contraints d'accepter des tarifs inférieurs à leurs attentes.

D'ailleurs, la majorité des praticiens (82 %) ne connaissent pas l'avis de l'ARS sur ces tarifs ; lorsque l'avis de l'ARS est connu, les taux de validation et de refus sont sensiblement comparables.



## Forfait maximum et forfait « plafond »



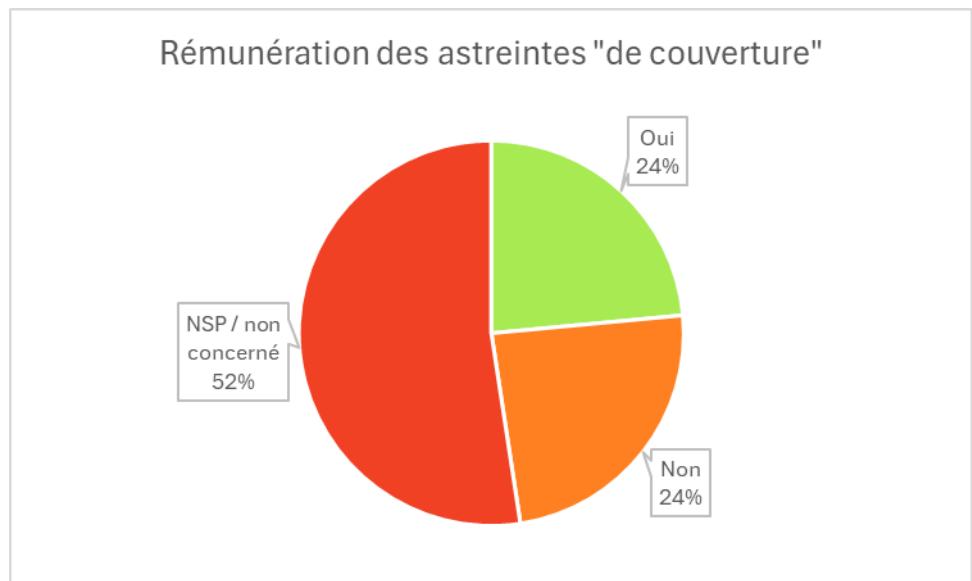
Alors que la revalorisation devait placer la rémunération de l'astreinte entre un forfait « plancher » de 70 euros et un forfait « plafond » de 280 euros en fonction de la pénibilité de l'astreinte, **42 % seulement des praticiens rapportent que le forfait « plafond » a été appliqué dans leur établissement. 33 % des praticiens sont dans des établissements qui ont établi des forfaits n'atteignant pas 220 euros.**

Cela corrobore de nombreux retours que nous avons eu fin 2025, où les administrations ont imposé purement et simplement qu'elles n'iraient pas au-delà d'un certain tarif, et ceux, malgré qu'elles rémunèrent des astreintes d'une pénibilité majeure.

## Astreintes « de couverture »

Lorsqu'un docteur junior ou un PADHUE sans autorisation d'exercice est de garde ou d'astreinte, il doit être impérativement couvert par un senior, qui peut être soit sur place, soit d'astreinte. Lorsque le DJ ou le PADHUE est couvert par un senior qui est de garde sur place, il n'y a pas de rémunération supplémentaire du senior de garde (la rémunération de la garde inclut cette responsabilité supplémentaire). En revanche, lorsque le senior qui couvre est d'astreinte, celle-ci doit être rémunérée, au minimum sur un forfait « plancher », puisque ce senior doit se tenir à disposition immédiate de l'établissement.

Dans notre enquête, **la moitié des praticiens assumant des « astreintes de couverture » le font bénévolement !**



Pourtant

- La participation à la permanence des soins « en première ligne » fait partie de la formation des DJ et PADHUE
- Le fait d'avoir un senior « de couverture » et non « en première ligne » limite le risque de déplacement du senior, et permet de limiter drastiquement la nécessité de prévoir un repos de sécurité (et donc, un praticien de moins) le lendemain de l'astreinte.

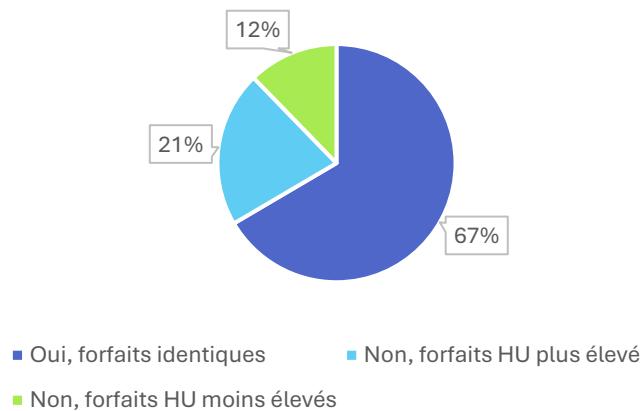
L'enquête ne dit pas si cet état de fait est « subi » par les praticiens ou si ce bénévolat est à leur demande. Les échanges - hors enquête - que nous avons avec des praticiens concernés par ce problème témoignent cependant du caractère « subi » de cette modalité...

Il est assez affligeant de constater que certaines directions choisissent donc, parfois en abusant de la méconnaissance des praticiens de leurs droits, de ne pas rémunérer une astreinte essentielle au maintien de la permanence des soins.

## Cas des CHU

Une particularité réglementaire des HU (impossibilité de décompter et valoriser le temps passé au-delà des obligations de services sous forme de temps de travail additionnel) a conduit à compenser cette particularité en donnant des forfaits différents entre HU et PH. Cela a empêché les PH de CHU d'atteindre les forfaits les plus hauts.

### Forfaits HU vs forfaits autres praticiens



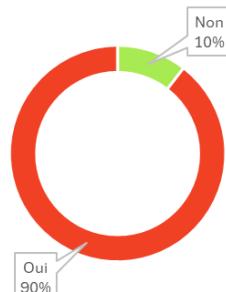
Dans les 2/3 seulement des CHU, les forfaits sont identiques, et donc indépendants du statut des praticiens. Dans le tiers restant, les forfaits sont soit plus élevés pour les HU (compensation de l'absence de décompte possible du TTA), soit plus faibles.

Les aspirations des HU sur le sujet du temps de travail et du TTA, qui pourraient remédier simplement à ce problème, sont en annexe 2.

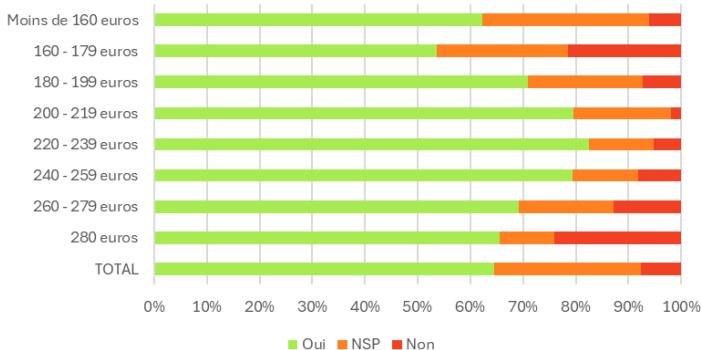
## « Contrainte budgétaire » et construction de la grille tarifaire

Alors que la réforme est censée être totalement financée (Loi de Finances de la Sécurité Sociale 2025), les hôpitaux ont incriminé dans la très grande majorité des cas les contraintes budgétaires pour limiter ces forfaits.

Les contraintes budgétaires de votre établissement ont-elles joué un rôle dans la définition du forfait des astreintes ?



Impact de la contrainte budgétaire sur le forfait max



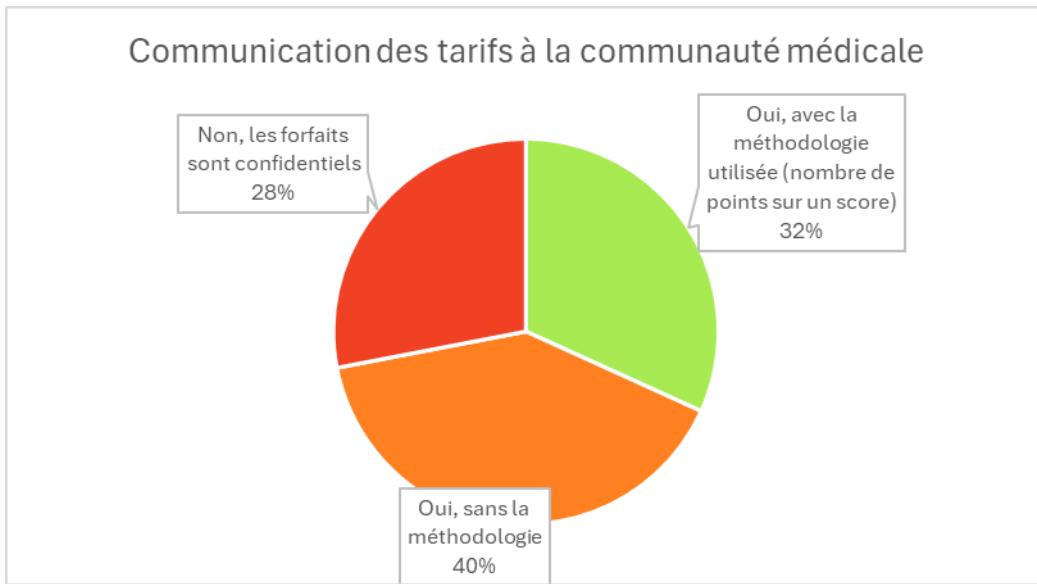
Pour les établissements ayant pratiqué un tarif max supérieur à 180 euros, la contrainte budgétaire semble avoir été un frein à atteindre le tarif plafond à 280 euros.

Les réponses pour les établissements ayant des tarifs max inférieurs représentent un effectif très réduit, qui ne permet pas de tirer une quelconque analyse sur ce sujet.

La réforme a-t-elle été vraiment financée auprès des établissements ?

- La DGOS affirme que les établissements ont été provisionnés en vue de la revalorisation des astreintes (70 % via le FIR (ARS) = pour la permanence des soins, 30 % via la campagne tarifaire, directement aux établissements). Le montant et la répartition de l'affectation de ces dotations entre les différentes ARS et, pour une région, entre les différents établissements n'a cependant pas été communiquée.
- Cependant, il est également possible que le coût de la réforme (évalué à 145 millions d'euros annuels) ait été sous-évalué :
  - o L'enquête DGOS - ATIH était une enquête déclarative, qui a par essence souffert d'une sous-évaluation du nombre de lignes d'astreintes et d'une sous-évaluation de l'activité en astreinte
  - o Le temps de travail réalisé pendant les astreintes - notamment les astreintes forfaitisées - n'était pas forcément décompté, bénéficiant d'un flou réglementaire. Il est très probable que le volume de TTA objectivé conduise à des nécessités de rémunérations supplémentaires, d'un travail qui antérieurement était invisibilisé dans son décompte horaire...

## Communication des tarifs



La transparence intra-établissement des tarifs laisse à désirer. Dans un quart des cas, les forfaits sont confidentiels – probablement pour éviter des discussions ultérieures, des contestations ou des jalouxies ? Dans un autre quart, les forfaits ont été fournis, avec la justification (score) de ces tarifs. Pour la moitié restante, les forfaits ont été rendus publics vers les praticiens, mais sans justification des tarifs.

Cela reflète probablement la très grande fragilité de la construction des forfaits... et laisse présager qu'une insatisfaction voire une colère va s'installer de manière pérenne si rien n'est fait pour rééquilibrer les tarifs.

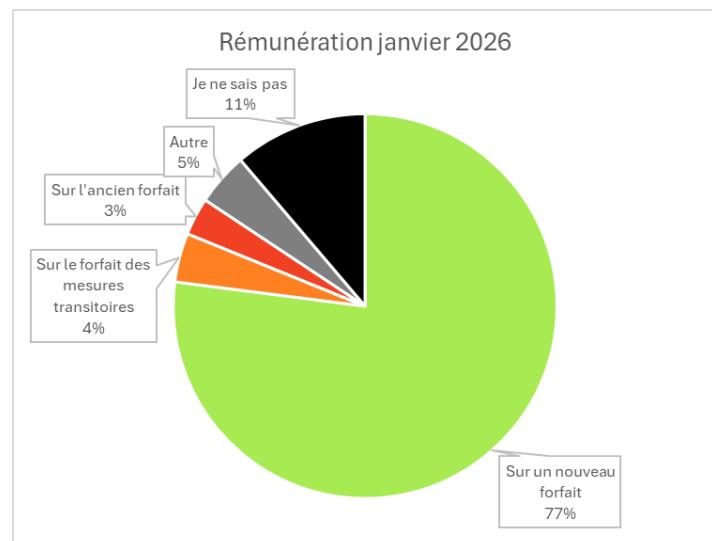
---

Les forfaits ont donc été tirés volontairement vers le bas...  
ce qui conduit à annuler ou diminuer souvent nettement  
l'effet de revalorisation de la réforme.

## Etat des lieux de l'application des mesures pérennes – janvier 2026

### Application ou non ?

#### Forfait



Au moment de l'enquête, seuls 77 % des praticiens sont assurés de voir les mesures pérennes appliquées.

Un petit contingent pense continuer à être rémunéré sur les mesures transitoires voire sur le tarif avant mesures transitoires.

Cette question était semi-ouverte - les 5 % de praticiens ne se retrouvant pas dans les items proposés indiquent

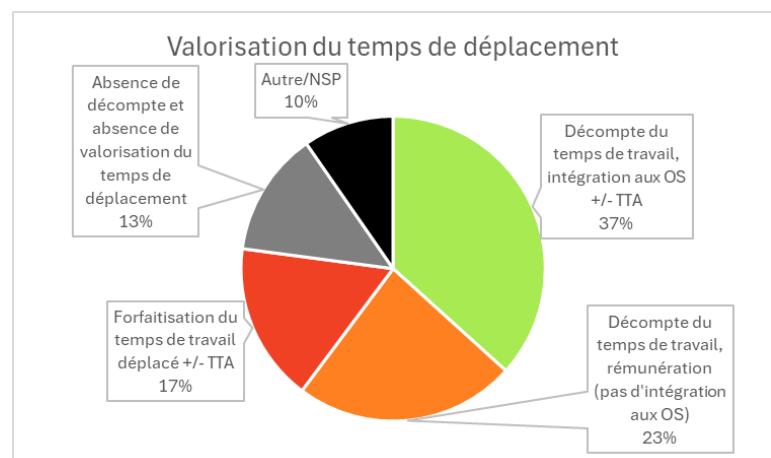
- Des forfaits encore en cours de négociations
- Des forfaits où les déplacements ne seront pas rémunérés
- Un forfait unique à 70 euros quelle que soit la pénibilité de l'astreinte
- Des astreintes où aucun forfait de sera donnée (récupération du temps de travail sans rémunération de la sujexion liée à l'astreinte)
- Des astreintes payées sur l'ancien modèle (indemnité forfaitaire + déplacement)

Ces réponses représentent un petit contingent, mais interrogent sur le degré d'information, de compréhension et d'application de la réforme par les praticiens et leurs directions.

#### Valorisation du temps de déplacement

C'est la grande difficulté de la réforme, car il s'agit pour la plupart des praticiens (et donc des directions) d'un changement de paradigme sur le décompte et la valorisation du temps travaillé en astreinte.

**37 % seulement pensent que leur temps de déplacement sera valorisé comme prévu par la réforme...**



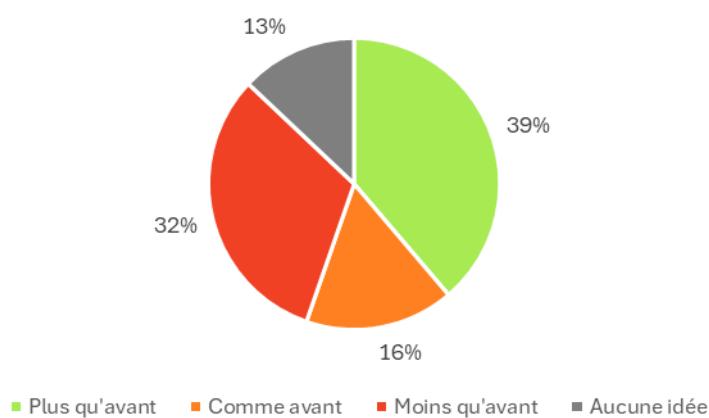
## Gagnant ou perdant ?

Le but de la réforme des astreintes était de revaloriser toutes les astreintes – à l'exception bien sûr d'astreintes qui bénéficiaient de régimes plus favorables que la stricte réglementation.

Au total, les praticiens sont très incertains sur le gain réel de la revalorisation, qui inclut

- Un forfait systématique
- Un décompte du temps de travail, qui peut donner lieu à récupération ou à rémunération à la fin du quadrimestre (en cas de dépassement des obligations de service).

Avec la réforme, vous pensez que vous serez payé  
(forfait de l'astreinte +/- TTA quadrimestriel)



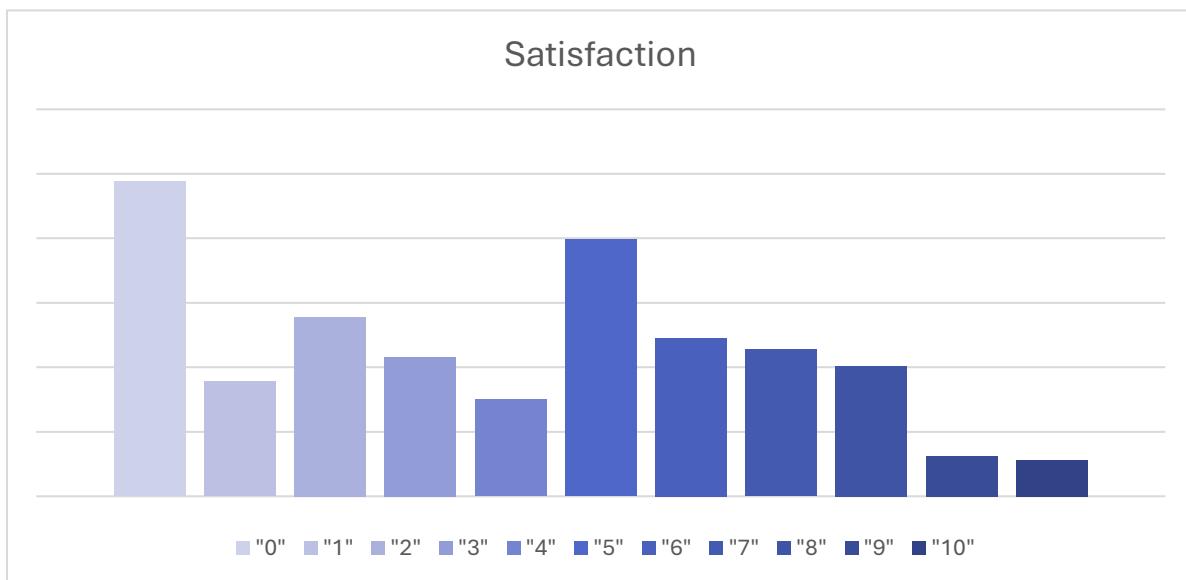
- 13 % des praticiens n'ont aucune idée de l'évolution de leur rémunération
- 48 % des praticiens pensent que leur rémunération ne va pas être modifiée (32 %) ou sera inférieure (16 %)
- Seuls 39 % des praticiens pensent voir leur travail en astreinte mieux rémunéré.

## Satisfaction

La satisfaction est très mitigée.



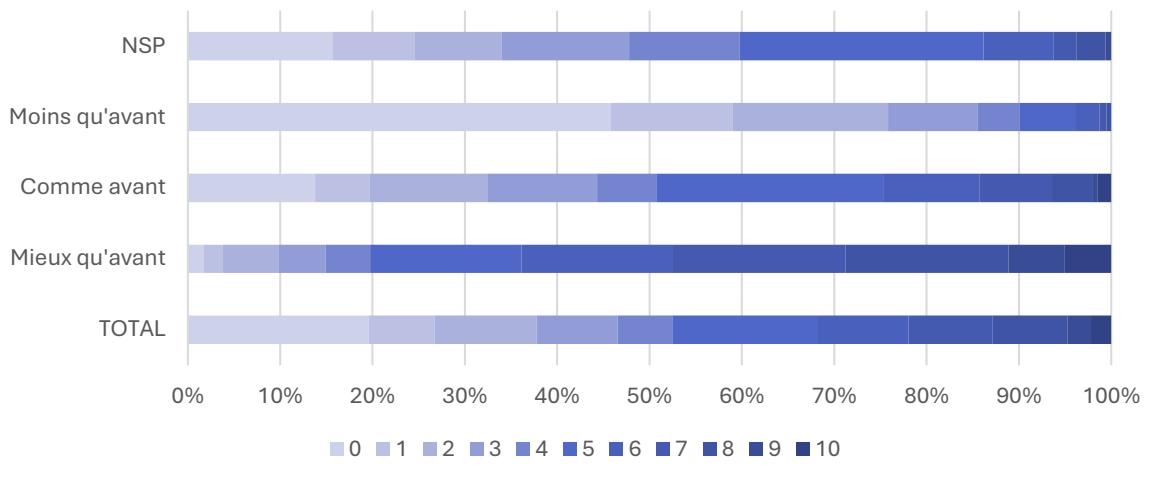
En fin d'enquête, le taux de répondants avouant n'avoir rien compris à la réforme atteint plus de 15 % (vs 7 % en début d'enquête...). Quant aux autres, une large majorité estime que la réforme était nécessaire, mais que la rémunération obtenue est insuffisante au regard du travail réalisé en astreinte.



Evaluation sur une échelle numérique : à gauche, 0 (pas du tout satisfait), à droite, 10 (très satisfait).

Sur une échelle visuelle numérique, la médiane est à 4/10, avec un pic à 0 (20 % de praticiens pas du tout satisfaits) et un pic plus étalé entre 5 et 8 (42 % des praticiens entre 5 et 8, dont 16 % mettent la note moyenne de 5). Le taux de praticiens totalement satisfait est très faible.

### Satisfaction selon l'évolution prévue de rémunération



De manière assez attendue, la satisfaction est certes bien meilleure lorsque les praticiens pensent ou savent qu'ils seront bien rémunérés. Cependant, même dans ce cas de figure, la satisfaction reste mitigée (29 % seulement donnent un indice de satisfaction supérieur ou égal à 8/10).

## Commentaires libres

Des commentaires libres pouvaient être exprimés à la suite de cette enquête-bonus (les commentaires avec autorisation de publication sont à lire in extenso dans l'annexe suivante). Un résumé de l'intégralité des commentaires a été réalisé par intelligence artificielle (Copilot) :

### Réforme des astreintes médicales : perceptions, critiques et attentes des praticiens hospitaliers

Ce document rassemble une vaste série de commentaires anonymes de praticiens hospitaliers concernant la réforme des astreintes médicales en France. Les témoignages révèlent une grande diversité d'expériences et de ressentis, mais plusieurs thèmes majeurs émergent :

#### 1. Manque de transparence et de concertation

De nombreux praticiens dénoncent l'opacité des critères de pénibilité, le manque d'informations claires sur les modalités de rémunération, et l'absence de dialogue avec les directions hospitalières ou les instances décisionnaires (COPS, CME, ARS). Beaucoup regrettent que les décisions aient été prises sans réelle consultation des équipes concernées.

#### 2. Inégalités et disparités

La réforme est perçue comme génératrice d'inégalités, tant entre spécialités qu'entre établissements, voire au sein d'un même service. Les forfaits attribués varient fortement selon les régions, les hôpitaux et les spécialités, ce qui crée des tensions et un sentiment d'injustice. Certains praticiens estiment que la pénibilité réelle de leur astreinte n'a pas été reconnue.

#### 3. Effets sur la rémunération

Contrairement à l'objectif affiché de revalorisation, beaucoup de commentaires font état d'une baisse de rémunération, notamment pour les astreintes très déplacées ou les spécialités médicales. Les déplacements et le temps additionnel (TTA) sont souvent moins bien pris en compte ou rémunérés qu'auparavant. Certains praticiens rapportent une perte nette de revenus, parfois importante.

#### 4. Conséquences organisationnelles et humaines

La réforme a parfois entraîné une démotivation, une perte d'attractivité pour l'hôpital public, et des réflexions sur un départ vers le secteur privé. Elle a aussi accentué les rivalités entre spécialités et services, et généré des conflits internes. Plusieurs témoignages soulignent la difficulté à concilier la réforme avec la continuité des soins et la qualité de vie des praticiens.

#### 5. Points positifs et suggestions

Quelques praticiens saluent la nécessité d'une réforme et relèvent des avancées dans certains établissements où la concertation a été réelle et la revalorisation effective. Des suggestions sont formulées pour une harmonisation nationale, une meilleure prise en compte de la pénibilité, et une valorisation équitable du travail de nuit, des déplacements et du télétravail.

---

**En synthèse, ce recueil met en lumière une réforme vécue comme complexe, souvent mal appliquée, et source de frustrations pour de nombreux praticiens hospitaliers. Les attentes portent sur plus de transparence, d'équité, et de reconnaissance du travail accompli, notamment dans les spécialités et établissements les plus sollicités.**

## Conclusion et propositions

Cette enquête révèle l'ampleur de ce que nous craignions tous : une bonne réforme, mais dont la mise en place se passe souvent très mal, de manière inégale et insuffisante. Plusieurs critiques en ressortent :

- Une opacité des financements, conduisant à invoquer des contraintes budgétaires pour limiter son effet
- Un défaut d'implication des acteurs de la construction des tarifs, depuis les équipes médicales elles-mêmes jusqu'aux ARS
- L'absence d'outil national permettant de garantir une réelle équité entre les praticiens
- L'oubli de la prise en compte du temps de travail en télémédecine, qui est pourtant un des changements majeurs de l'activité médicale au XXIème siècle
- L'absence de prise en compte de la spécificité des hospitalo-universitaires - notamment des plus jeunes - dont le décompte du temps de travail est différent de celui des PH
- ... et surtout, un défaut majeur d'information par les tutelles « par action et par omission » auprès des praticiens, y compris les praticiens à responsabilités managériales, ne permettant pas de corriger la complexité de la réglementation antérieure et de rendre lisible le temps de travail des praticiens en astreintes.

### **Il n'est pas question de remettre en cause la réforme : ni son esprit, ni son contenu.**

Au contraire, il s'agit désormais de se donner les moyens, à chaque étage, de valoriser à sa juste valeur le travail des praticiens : en temps ET en rémunération.

Le SNPHARE fait les propositions suivantes :

- La diffusion d'une information globale et pédagogique auprès des praticiens (au-delà de l'instruction du 27 août 2025), qui devrait porter sur :
  - Le financement de la permanence des soins médicale, pharmaceutique et odontologique dans les établissements publics de santé (gardes et astreintes)
  - La méthodologie à suivre pour l'élaboration des tarifs : dans les équipes, dans les établissements, dans les GHT et au niveau régional
  - La distinction entre le forfait (qui indemnise la contrainte liée à la disponibilité à tout instant du praticien lors de l'astreinte et le temps de travail (qui fait l'objet d'une intégration aux obligations de service)
  - Les modalités de revalorisation de ce temps de travail lorsque les obligations de service quadrimestrielles sont dépassées (rémunération, récupération ou versement au CET du temps de travail additionnel)

- Cette communication pourrait se faire sous forme de flyers, vidéos voire webinaires, comme cela a été fait par exemple dans la communication relative aux évolutions consécutives au Ségur de la Santé.
- L'intégration dans le texte de la reconnaissance des actes de télémédecine et leur prise en compte dans le décompte du temps de travail (et non uniquement dans la reconnaissance *via le forfait* de la pénibilité). En effet, la télémédecine, évolution majeure du XXIème siècle dans la pratique médicale, est invisibilisée dans cette réforme, la transformant en travail bénévole.
- L'obligation, en semaine, du respect du « repos quotidien de 11 heures après la dernière activité (déplacement ou télémédecine), et ce, sans « dette » de décompte du temps de travail pour le praticien.
- L'adaptation du texte aux statuts hospitalo-universitaires
  - Pour les chefs de clinique - assistants (CCA) : une harmonisation des modalités de décompte de leur temps de travail avec celle des autres praticiens non-HU, leur permettant d'avoir accès au TTA, est nécessaire
  - Pour les PU-PH et MCU-PH, deux solutions nous semblent envisageables
    - Une harmonisation identique à celle proposée pour les CCA
    - Une valorisation du temps de travail en astreinte pour une indemnisation directe selon le tarif suivant (en sus du forfait) : l'équivalent d'1/2 plage de TTA (à ce jour : 320 euros bruts) pour 3 heures de travail d'affilée ou 5 heures de travail cumulées (déplacement, trajet ou télétravail)
- L'exigence d'une clause de revoyure avant la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2026 pour un bilan national de la réforme des astreintes, selon une méthodologie définie.
- La transparence sur les financements de la DGOS vers les ARS, de chaque ARS vers les établissements en région
- La majoration de la rémunération du TTA, en rapport avec l'inflation des vingt dernières années

Ces propositions pourraient conduire à réécrire en intégralité l'arrêté du 30 avril 2003 - demande ancienne du SNPHARE - afin de redonner une colonne vertébrale et une lisibilité à ce document écrit il y a près de 25 ans. Les nombreuses modifications successives ont rendu ce texte incompréhensible et sont responsables d'interprétations, rarement profitables aux praticiens, et de conflits entre directions et médecins.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête

#### Données démographiques

Dans quel type d'établissement travaillez-vous ?

- CHU
- CH
- Autre

Dans quelle ville travaillez-vous (noter : ville, numéro du département) *Exemple : Paris, 75*

Avez-vous des responsabilités institutionnelles dans votre établissement (choix multiples)

- Président de CME
- Président de COPS
- Chef de pôle
- Chef de service
- Référent d'unité fonctionnelle
- Non

Quel est votre statut ?

- PH
- Praticien contractuel
- CCA
- Assistant
- MCU-PH
- PU-PH ou PHU
- Autre

#### Questionnaire commun

Etes-vous concerné par la réforme des astreintes ?

- Oui
- Non

Avez-vous compris la réforme des astreintes (forfaitisation, décompte du temps de travail, récupération, TTA éventuel ?)

- Oui, totalement
- Plus ou moins
- Pas du tout

Quelles ont été vos sources d'information, et quelle est votre satisfaction sur cette information ?

- Sources
  - Ministère / DGOS
  - Direction
  - Président de CME
  - Président de COPS
  - Syndicat SNPHARE
  - Autre syndicat
  - Autre source d'information
- Satisfaction
  - Bonne
  - Moyenne
  - Mauvaise ou insuffisante
  - Pas d'information

#### Mesures transitoires

Les mesures transitoires ont-elles été appliquées dans votre établissement ?

- Oui, au tarif prévu
- Oui, mais avec un tarif inférieur au tarif prévu
- Non, toujours pas
- Je ne sais pas

Un membre de votre équipe a-t-il dû solliciter le SNPHARE pour faire appliquer ces mesures transitoires ?

- Oui, et cela a été suivi d'effet
- Oui, mais sans effet
- Non
- Je ne sais pas

#### Mesures pérennes

Votre service a-t-il été sollicité pour évaluer la pénibilité de son astreinte ?

- Oui (utilisation du score SNPHARE ou dérivé du score SNPHARE)
- Oui (utilisation des critères de la Fédération Hospitalière de France (= FHF = directeurs) ou dérivé du score FHF)
- Oui (utilisation d'un score local)
- Oui (mais sans proposition de critères d'évaluation)
- Non
- Je ne sais pas

Vos astreintes vont être rémunérées

- Sur l'ancien forfait (tarif identique à la période avant le 1<sup>er</sup> juillet 2025)
- Sur le forfait des mesures transitoires (tarif à appliquer pour les astreintes réalisées du 1<sup>er</sup> juillet au 31 octobre 2026)
- Sur un nouveau forfait (entre 70 et 280 euros)
- Je ne sais pas
- Autre :

### Les nouveaux forfaits

Dans votre établissement, quel est le forfait maximal appliqué ?

- 280 euros (tarif max de l'arrêté)
- Entre 260 et 279 euros
- Entre 240 et 259 euros
- Entre 220 et 239 euros
- Entre 200 et 219 euros
- Entre 180 et 199 euros
- Entre 160 et 179 euros
- Moins de 160 euros
- Je ne sais pas

Les forfaits appliqués sont-ils les mêmes quel que soit le statut (HU / non HU)

- Oui, forfaits identiques
- Non, forfaits différents (forfait plus élevé pour les HU)
- Non, forfaits différents (forfait moins élevé pour les HU)
- Je ne suis pas concerné (pas de HU dans mon établissement)

Un forfait est-il défini pour les astreintes « de couverture » (couverture par un senior d'un DJ ou d'un PADHUE de garde ou d'astreinte)

- Oui
- Non, cette astreinte est bénévole
- Je ne sais pas / Je ne suis pas concerné

Les contraintes budgétaires de votre établissement ont-elles joué un rôle dans la définition du forfait des astreintes ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Comment seront valorisés vos déplacements ?

Pour mémoire

- Le forfait est versé pour chaque astreinte
  - Le temps de déplacement doit être décompté, intégré aux obligations de service, et en cas de dépassement des obligations de service, valorisé sous forme de TTA (récupération ou rémunération) à la fin du quadrimestre
- 
- Décompte du temps de travail, intégration aux obligations de service, puis récupération ou rémunération en TTA
  - Décompte du temps de travail et rémunération directement en TTA (pas d'intégration aux obligations de service)
  - Forfaitisation du temps de travail déplacé (identique pour chaque astreinte de ma ligne d'astreinte) puis récupération ou rémunération
  - Absence de décompte et absence de valorisation des déplacements (rémunération par le forfait uniquement)
  - Autre :

Rôle de la COPS

- Connaissez-vous la COPS (commission de l'organisation de la permanence des soins) ?
- Oui
- Non

Votre service est-il représenté à la COPS (choix multiple)

- Oui, un membre au moins de mon équipe y siège
- Oui, et je siège à la COPS
- Non

La COPS a-t-elle participé à l'élaboration des forfaits ?

- Oui, élaboration en COPS (plusieurs réunions)
- Oui, validation des tarifs en réunion de COPS
- Oui, mais uniquement le / la président(e) de COPS (pas de réunion)
- Non
- Je ne sais pas

Rôle de la CME

Faites-vous partie de la CME

- Oui
- Non

Quel rôle a eu la CME sur les forfaits

- Sujet non évoqué en CME
- Information en CME (pas de vote)
- Validation des forfaits en CME (vote)
- Rejet des forfaits en CME (vote)
- Je ne sais pas

Rôle de l'administration

La direction a-t-elle suivi l'avis de la COPS et/ou de la CME ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Les forfaits proposés ont-ils été validés par l'ARS ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

L'ensemble des forfaits retenus pour chaque ligne d'astreinte ont-ils été communiqués à l'ensemble des médecins ?

- Oui, avec la méthodologie utilisée (nombre de points sur un score)
- Oui, sans la méthodologie
- Non, les forfaits sont confidentiels

Votre avis sur cette réforme ?

- Cette réforme était nécessaire et la nouvelle rémunération correspond à la juste reconnaissance de mon travail
- Cette réforme était nécessaire mais la rémunération est insuffisante
- Je n'ai rien compris à cette réforme et je ne peux pas me prononcer

Avec la réforme, vous pensez que vous serez payé (forfait de l'astreinte +/- TTA quadrimestriel) :

- Plus qu'avant
- Comme avant
- Moins qu'avant
- Je n'en ai aucune idée

Quelle est votre satisfaction sur l'application de cette réforme ?

Echelle numérique de 0 (Pas satisfait du tout) à 10 (Très satisfait)

## Questionnaire-bonus HU

Souhaitez-vous avoir accès au TTA comme l'ensemble des praticiens on universitaires ? (décompte et valorisation du temps au-delà des obligations de service)

- Oui
- Non
- Sans opinion

Souhaitez-vous harmoniser votre temps de travail avec celui des praticiens non universitaires (c'est-à-dire 10 DJ par semaine et non 11 DJ par semaine) ?

- Oui
- Non
- Sans opinion

## Questionnaire-bonus PH

Quand avez-vous été nommé PH ?

- Avant le 1<sup>er</sup> octobre 2020 (je n'ai pas eu les 4 ans d'ancienneté)
- Après le 1<sup>er</sup> octobre 2020
- Je ne suis pas concerné, je ne suis pas PH

Pensez-vous que le retard de 4 ans d'ancienneté des PH nommés avant le 1<sup>er</sup> octobre 2020 est une aberration qui doit être corrigée rapidement ?

- Oui
- Non
- Sans opinion

Seriez-vous prêts à vous mobiliser pour récupérer les années d'ancienneté perdues ?

- Oui
- Non

## Commentaires libres

- Commentaires sur la réforme des astreintes
- Commentaires sur les spécificités HU
- Commentaires sur les 4 ans d'ancienneté (PH)

Acceptez-vous que vos commentaires soient publiés (anonymement) lors de la restitution des résultats de cette enquête ?

- Oui
- Non

## Annexe 2 : Enquête-bonus HU

La situation des HU n'a malheureusement pas été anticipée lors des négociations. L'absence de décompte clair des obligations de service hospitalières et universitaires des HU rend difficile l'intégration du temps de déplacement, décomptée en heures, dans ces obligations de service ; en outre l'absence d'accès actuel à la valorisation des heures supplémentaires sous forme de TTA impose la récupération du temps d'astreintes à l'intérieur du quadrimestre.

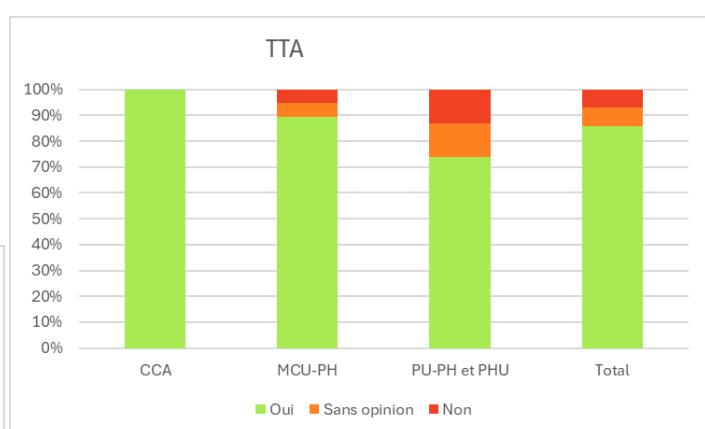
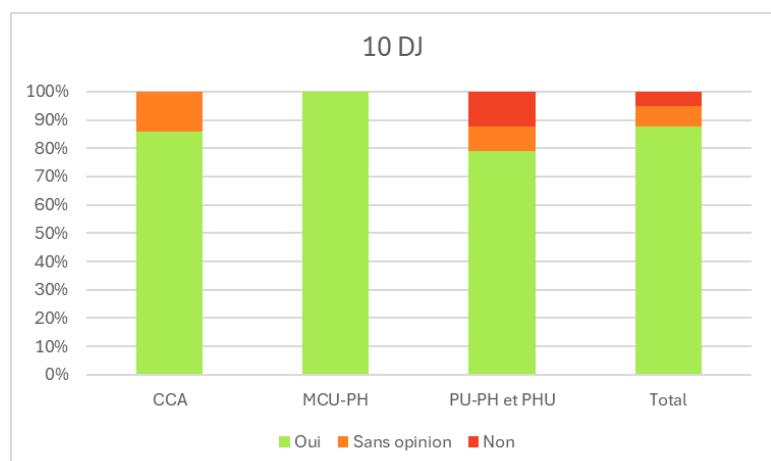
Il en a découlé, comme montré précédemment, une utilisation détournée du forfait, visant à minorer le forfait des non-HU pour permettre de valoriser le forfait des HU en compensant ce TTA non décompté. Cette manipulation n'est pas dans l'esprit du texte, qui vise à valoriser de manière identique un travail identique et à revaloriser l'ensemble des praticiens.

Corriger la particularité statutaire à la racine pourrait être une hypothèse séduisante, raison pour laquelle nous avons interrogé les HU - titulaires et non titulaires - sur l'harmonisation de leur décompte du temps de travail avec celui des praticiens non-HU.

Si le nombre de répondants HU est faible, la clarté des résultats laisse penser que cette harmonisation est souhaitée.

En effet :

- 84 % souhaitent avoir accès au TTA



- 88 % souhaitent avoir des obligations de service à 10 DJ par semaine (et non 11 DJ par semaine).

Des commentaires libres pouvaient être exprimés à la suite de cette enquête-bonus (les commentaires avec autorisation de publication sont à lire in extenso dans l'annexe suivante). Un résumé de l'intégralité des commentaires a été réalisé par intelligence artificielle (Copilot) :

**"Crise et Injustice du Statut Hospitalo-Universitaire :  
Appel à l'Harmonisation et à la Reconnaissance"**

**Les commentaires recueillent de nombreux témoignages et réactions sur la réforme des astreintes touchant les hospitalo-universitaires (HU). Ils mettent en lumière une profonde insatisfaction et un sentiment d'injustice parmi les HU, qui dénoncent l'absence de valorisation de leurs déplacements en astreinte, le manque de récupération ou de rémunération (notamment l'absence de TTA et de RTT), et une rémunération inférieure à celle des praticiens hospitaliers (PH) pour un travail équivalent.**

Plusieurs points clés émergent :

**Inégalité de traitement** : Les HU ne bénéficient pas des mêmes droits que les PH (rémunération, récupération, congés), ce qui crée un déséquilibre et une perte d'attractivité du statut HU.

**Impact sur la motivation et le recrutement** : La réforme décourage les jeunes médecins à s'engager dans une carrière hospitalo-universitaire, certains envisagent même de quitter la profession ou de ne plus assurer d'astreintes.

**Manque de reconnaissance et de communication** : Les HU se sentent oubliés par l'administration, sans visibilité sur leur rémunération future, et dénoncent une gouvernance inadaptée.

**Appel à l'harmonisation** : De nombreux témoignages réclament une harmonisation des statuts HU et PH, avec une revalorisation globale du travail des HU, pour garantir l'équité et la pérennité du système hospitalier universitaire.

**Conséquences sur les services** : Le désengagement des HU dans les astreintes risque d'alourdir la charge de travail des PH et de fragiliser la continuité des soins.

**En somme, les commentaires expriment une crise profonde du statut HU, jugé vieillissant, inéquitable et de moins en moins attractif, avec un appel pressant à une réforme structurelle et à une reconnaissance du travail accompli.**

## Annexe 3 : Commentaires libres

**Seuls sont retranscrits ici les commentaires dont les auteurs ont autorisé la publication.**

**Ces propos n'engagent que leurs auteurs.**

### Commentaires sur la réforme des astreintes

Forfait ars de la spécialité non versé en intégralité pour financer d'autres lignes d'astreintes car "raisons budgétaires" de la direction

Inadmissible pour un chu, le service paie « n'a pas trouvé le bouton sur le logiciel » pas de date précise de mise en place

L'idée est bonne, à voir en pratique car chaque établissement est obligé d'avoir les 4 catégories et cela engendra les jalouxies

Le repos de sécurité doit être anticipé dans les planning prévisionnels afin de respecter la règle des 11 H de repos en cas de déplacement. Ainsi il ne devrait pas être possible d'être programmé en lendemain d'astreinte.

Chez nous une application en dépit du bon sens : 1/ forfait abaissé de 17% 2/ TTA déclaratif sur des carnets à triples feuillets, comme il y a 20 ans et ouvert à toutes les erreurs/dérives... n'importe quoi ! Et un contrat fait à la va-vite signé pour... nov et déc 2025 avec "réévaluation au terme"... on se doute de ce qui suit.

Système opaque dans son élaboration, contraint par enveloppe, contournement nécessaire des règles au sein de mon unité fonctionnelle pour obtenir la rémunération d'une astreinte de docteur junior, beaucoup de confrères insatisfaits, hétérogénéité non justifiée au sein d'un même service.

Grosse déception, car cette réforme sensée revaloriser les astreintes a servi, pour la Direction, d'occasion à les diminuer.

Malheureusement, après 28 ans d'astreintes obstétriques à 3 PH, la revalorisation arrive qq mois avant la fermeture de notre maternité avec arrêt de PDS.

Je pense qu'il est grand temps de se mobiliser sur les aberrations du statut de PH et la grille salariale !

À Tours, toujours en attente de la définition de la pénibilité des astreintes pour définir des nouveaux forfaits.

C'est une honte d'être si peu considéré et si peu payé accessoirement.

Cela a remis d'actualité les incompréhensions entre PDS rémunérés par l'ARS et celles sur le budget de l'hôpital

Aucune sollicitation des Chefs de service ni des chefs de pôle avant les nouveaux forfaits décidés PCME / Président de COPS / directrice de DAM.

La mise en place est toujours en cours... les propositions de rémunération doivent se faire le 27/01

Ce n'est pas une revalorisation en ce qui nous concerne mais une dévalorisation.

Pas concerné mais solidaire

Dans mon établissement elle a été mise en place de façon intelligente, personne n'a perdu en salaire, globalement les astreintes ont été revalorisées d'environ 20% en comptant les TTA. Il n'aurait pas été acceptable de perdre en salaire.

Les astreintes les plus pénibles n'ont pas été rémunérées au forfait maximal

Opacité dans les compteurs d'heures de déplacement en astreinte avec besoin de les transmettre individuellement à chaque PH à chaque quadrimestre

Délai avant application. Toujours pas appliqué à Digne

Le problème principal de la réforme des astreintes est la non-rémunération des TTA des universitaires, à corriger en urgence si on ne veut pas un départ massif dans le privé et une disparition faute de candidat du poste de CCA, vital pour les CHU.

Réforme conduite dès juillet avec la COPS, beaucoup de travail et de réunion, merci pour le score SNPHARE

Tarif forfait astreinte : j'ai répondu en comprenant qu'il s'agissait du tarif BRUT et non net. J'espère qu'il s'agit bien du brut.

Un peu plus de clarté et équité

Forfait transmis à l'ARS mais toujours en attente de leur retour

A engendré une guerre nucléaire entre les spécialités médicales et chirurgicales par la pure jalouse entre les spécialités... sur fond de conflits ancestraux au sein de la communauté médicale

Je n'ai pas touché un cent de plus, pour moi ... pas de réforme jusque aujourd'hui

Notre direction n'a pas suivi les propositions de la COPS pour définir les forfaits, sans donner de raison.

100€ au lieu des 160€ validés en COPS pour la biologie, alors que nous sommes les seuls à faire une astreinte multisite, et à télétravailler (le télétravail est maintenant compris dans le forfait). Tous nos collègues des autres CH du département ont de loin un meilleur forfait.

Nous sommes très en colère.

Très peu de communication de la part de la direction et de la COPS, les seules informations que j'ai sont via les syndicats, on a une impression de magouilles entre certains services et la direction pour obtenir les meilleurs forfaits, sans critères objectifs

Merci

Merci pour cette enquête.

Les rémunérations en chu à mon avis ne peuvent être inférieures à celles des praticiens en CH périphérique."

- payées + de récupération mais pas de remplaçant le temps de la récup....

La plus grosse idiotie jamais proposée. Sous les prétextes d'améliorer notre rémunération on nous menace de fermeture de la ligne d'astreinte. A la demande de l'ARS Bretagne et sûr des critères bidons la direction nous a expliqué comme une astreinte rentable avec de l'activité soutenue même en week-end n'est plus nécessaire dans notre secteur.

La DAM revient, après application de la réforme, sur le paiement du TTA en astreinte déplacée alors qu'elle nous avait affirmé, avant la mise en place, qu'il serait maintenu. Négociation en cours...

Réforme complexe poussant les praticiens des différentes spécialités à se comparer. Evaluation d'une pénibilité qui reste très subjective.

Partage entre spécialités d'une enveloppe qui reste malgré tout limitée et définie à l'avance induisant une division au sein de la communauté médicale et un sentiment d'inéquité pour certains qui se sentent lésés par rapport à d'autres."

Calcul du temps de travail problématique notamment si on essaie d'être en repos le lendemain des astreintes (travail en temps continu à 48H /semaine pour générer du TTA)

3 fronts d'astreinte : un à 150€, 1 à 90€ et 1 à 80 €/anesthésie en chirurgie pédiatrique : nos collègues de ce secteur sont très en colère par rapport au montant de leur astreinte !

Plutôt bien, transparence, discussion, comparaison de la pénibilité, ré évaluation à 6 mois  
La réforme est clairement en notre défaveur

Une plus grande clarté sur les attributions des barèmes aurait dû être mise en place.

"Réforme de revalorisation, notre COPS a abondé le sens de la direction "l'enveloppe sera constante, nous calculons les forfaits pour qu'avec les mêmes déplacements il n'y ait pas davantage de cout pour l'établissement" (en déficit). L'administration s'est sûrement frotté les mains. Bilan des courses, augmentation de ceux qui ne déplacent pas, dévalorisation de ceux qui bossent la nuit sans pouvoir récupérer le lendemain du fait de la continuité des soins à petite équipe.

Bref, quand ma nounou et ma femme de ménage gagnent désormais plus que moi à l'heure, les comptes vont être faits : partir en libéral ou réduire les heures de travail pour se débarrasser des aides à domicile et pouvoir finir le mois... un grand gain pour l'hôpital public c'est indéniable... Il y avait bien l'option secteur libéral pour s'offrir par la sueur le petit plus qui faisait partir la chanson de l'envie de quitter l'hôpital. Mais avec le lobbying conduit par la FHP et la mutualité, l'application stricte du quota + redevance 5x celles cliniques + payer le personnel en sus... je ne sais pas qui va continuer."

Assez compliquée à comprendre / difficiles négociations en COPS pour ma spécialité /aucun retour des tutelles ayant par ailleurs des exigences strictes en terme de délai / pour une même spécialité les sollicitations peuvent être très différentes dans les différents CH d'un GHT, avec des demandes de forfaits différents d'où des difficultés à se comprendre et à se faire entendre (ne pas comparer les sollicitations d'un PH en astreinte ayant une équipe d'internes pour assurer la garde , et les sollicitations d'un PH seul).

Décision arbitraire de la direction sur le forfait, aucune prise en compte de la pénibilité des astreintes. Nous sommes payés au même forfait (voire moins) que certaines spécialités médicales alors même que nous avons des soins intensifs.

Nos astreintes se sont transformées en demi-gardes (très dur à l'approche des 60 ans...)

Non

Flou sur la budgétisation qui a tiré le prix des forfaits à la baisse lors des négociations avec la direction.

Réforme qui au final rémunère moins les praticiens et qui diminue encore l'attractivité des services avec astreintes

Pas de TTA appliqué dans notre centre ! Plafond max à 230. Forfaits décidés par président CME sans forcément respecter proposition COPS

Nous avons été forfaitisés 80€ en ORL au CHU d'Angers, soit le prix le plus bas de France. Nos hôpitaux périphériques pour lesquels nous assumons nombre de prises en charge et transferts vers notre centre payés 3 fois plus cher que nous. C'est totalement aberrant.

Plafond 190 en local alors que c'est censé monter à 280. Il faudrait des grilles nationales pour certaines activité (exemple astreinte anesthésie ccv, radio neuro etc...).

Pas de cops dans mon établissement, forfait négocié service par service avec la direction, compromis trouvé après 4 réunions avec la direction mais insatisfaisant (pas de décompte du TTA), trop de disparité entre établissements et trop de latitude donnée à la direction pour définir le montant de l'astreinte.

Les contraintes budgétaires sont le levier principal de la réforme. Un score local a été utilisé sans donner de bonus à la chirurgie qui est une spécialité lourde et qui se déplace. Les scores attribués reflètent moyennement la réalité.

Des spécialités ont perdu en salaire pour une réforme d'augmentation par exemple l'urologie passe de 200 € à 170 € ! Des scores en points très proches (1-3 points sur 33) entraînent des différences de paliers désagréables. 280 € pour neuro-vasculaire et chir pédiatrique puis 220 € pour viscérale et traumato... Sentiment d'injustice et le directeur explique que c'est son budget qui définit les choix et non la pénibilité.

Bref la réforme n'est pas ou pas assez financée, la COPS utilise un score moins équilibré que la SNPHARE mais finalement c'est le directeur qui tranche et on est tous surpris que la chirurgie digestive qui opère la nuit fréquemment que la chirurgie traumatologique qui passent ses WE à opérer ne sont pas dans le 1er palier.

Profond sentiment d'inégalité et de non-reconnaissance, une astreinte forfaitisée pour la chirurgie à 250 € par exemple et le delta ce sont les déplacements et le TA généré. Ces comptes d'apothicaires où des collègues ont perdu de l'argent par rapport à avant décrédibilisent le principe de la réforme. Laissez le choix au directeur lui permet d'exercer des pressions sur les services plutôt que d'appliquer une réforme qui s'impose à lui."

La revalorisation des astreintes était une nécessité et aurait dû être faite en même temps que la revalorisation des gardes. Etant donné que la lourdeur permanence de soins est le point noir de la carrière hospitalière, une juste rémunération de cette pénibilité est juste normale.

Encore floue, rien n'est décidé dans notre CHU, on discute pour que la rémunération reste pareil, donc aucun gain et pas de prise en compte de la pénibilité du travail de nuit et de la pesanteur des astreintes (charge de travail énorme pour le CHU qui doit s'occuper de toutes les urgences des hôpitaux périphériques avec urgences fermées en plus).

Très bien gérée dans mon CH, par un binôme DAM/président COPS et explications répétées à tous les praticiens. Base de fonctionnement : aucune équipe doit moins gagner qu'avant via le forfait, auquel il faut ajouter le TTA

Bien appliquée sur notre établissement

Je suis en colère sur le fait que d'un côté le forfait soit augmenté mais que les déplacements soient dévalorisés. Je pense du coup cumuler moins d'argent en heures sup exonérées pour les impôts, encore une manœuvre honteuse

La direction a attendu la mi-octobre 2025 pour réunir une COPS au sujet des forfaits. Cette COPS a viré à la course à l'échalotte entre les différents praticiens présents, chacun étant persuadé que son astreinte est plus pénible que celle des autres et doit être rémunérée plus que celle des autres... La direction était mollement représentée, répétant que s'il y avait trop de forfaits "chers" la proposition serait retoquée par l'ARS. En gros, une réunion de la COPS inutile, qui a montré l'absence de solidarité des praticiens entre eux, une COPS sans aucun pouvoir décisionnaire, et une décision finale qui reviendra à la direction/à l'ARS. Et impossible de pouvoir expliquer aux collègues combien ils seront payés selon leurs déplacements.

Non

#### Les HU ET PU SONT VRAIMENT HYPER PAYES

Application des forfaits sans tenir compte de la pénibilité de site (sans interne) par rapport au site principal (CHU, avec interne)

C'est une usine à gaz, incompréhensible pour la plupart des PH.

La direction n'a jamais voulu nous transmettre les scores de l'évaluation de la pénibilité des astreintes et c'est nous (notre service) qui avons dû démontrer que nous étions perdants s'ils nous forfaitisaient à 70€ (ils n'avaient pas pris en compte le nombre importants d'astreintes que nous faisions et la diminution des TTA).

Pas sûre que la DAM ait compris grand-chose mais elle a eu des mots très désobligeants pour nombre d'entre-nous (nos gériatres ne serviraient à rien ? certains services de long séjour ou de psychiatrie ont-ils vraiment besoin que l'on se déplace ? on peut bien assurer des astreintes avec juste un DJ non seniorisé ?), ce qui prouve bien que localement ils ne connaissent pas notre travail.

Cela a d'ailleurs été dit sans honte lors d'une CME par notre Directrice des affaires médicales pour qui cette réforme a été l'occasion de découvrir l'étendue de nos missions (sic) !

Pas de soutien de notre président de CME (urgentiste de son état), qui ne voyait pas trop pourquoi nous étions vent debout contre la réforme dans pas mal de services de médecines et médicotech...

Forfait max à 220 € sous prétexte d'un défaut de financement par l'ARS.

Toujours pas d'application de la revalorisation de 2025, sur la paye de janvier peut-être ?

Réforme délétère qui a renforcé les clivages entre services et les relations avec la direction."

Réforme qui était censée valoriser notre rémunération, mais la direction de notre établissement sous-estime le travail des PH de la PUI en astreinte au sein de notre CH (travail opérationnel, pas d'interne en 1ere ligne...) et ne tient pas compte des grilles utilisées proposées par le SNPHARE pour estimer la pénibilité...

Mal ficelé

Non concernée

A été "supervisée " par le GHT

La direction a imposé certains forfaits sans accord et sans vote de la COPS et certaines spécialités sont même moins bien rémunérées qu'avant.

L'écrasante majorité des forfaits ici est inférieure ou égale à 140€. L'objectif affiché du CHU était de revaloriser l'ensemble des astreintes (base + déplacements) d'environ 30%, ce chiffre ayant été défini par rapport aux astreintes déjà forfaitisées qui avaient été revalorisées de 30% en juillet. Je trouve que c'est dommage de s'être limité à 30% car beaucoup d'astreintes partaient de très bas (notamment, encore bcp d'astreintes "de sécurité" payées une misère alors que souvent dérangées). Télémédecine encore trop peu abordée (comment déclare-t-on cette activité ?? réponse variable et floue).

Aucune clarté de la part de notre direction sur la façon dont ont été proposés les forfaits.

"Ici avec la réforme les astreintes ne sont payées au-delà des EOS à savoir 4 h pour les MAR et 48 pour la direction. Du coup les astreintes ne sont en fait pas payées depuis novembre alors que les chir qui sont en service normal donc de principe présent tous les jours eux sont payés. Donc à travail égal pas de rémunération égale et des tensions +++.

Franchement il valait mieux rattraper les 4 ans plutôt que de s'occuper des astreintes mais ça c'est mon avis sur mon établissement"

Réforme sereinement abordée par mon établissement

C'est inadmissible de faire des différences entre spécialités, la prise en compte de la pénibilité n'a pas été réalisé, quels critères prendre, c'est subjectif chacun choisit sa spécialité et n'a pas à être comparé à une autre. La permanence des soins est un devoir mais aussi une charge pour tous les professionnels de santé.

Problème des astreintes non opérationnelles, retentissement sur qualité de vie, parfois des dizaines d'appels le week-end, avec besoin de se connecter à distance au DSI patient et de réaliser des ordos, pas rémunérées plus (il faudrait un TTA spécifique pour le télétravail décompté en heure).

Un machin quand même très compliqué à mettre en œuvre ! il n'aurait pas été possible de faire plus simple ?!

"Dans notre cas, nous bénéficions auparavant d'une astreinte historique dite forfaitaire de 200€ pour couvrir la garde de réa, essentiellement téléphonique sans déplacement. Celle-ci avait été négociée en contre partie de la pénibilité de notre PDS (1 médecin senior et 1 interne pour 20 lits de réa + 6-8 USIP). Notre astreinte a été évaluée comme peu pénible, ce qui est le cas (nous ne dérangeons que très peu les collègues et en appel direct donc très peu de traçabilité) et avons à présent une astreinte à 70€, perte de 10% de notre salaire.

Donc j'avoue que cette réforme a été pour nous un coup de massue après la perte des 4 ans d'ancienneté. "

Aucune transparence sur la gestion de cette réforme au sein de mon CH, Affaires médicales aux abonnés absents. Malgré ma présence en CME, je n'ai eu aucune information à ce sujet. Les difficultés financières des établissements n'aident pas à la mise en place rapide de cette réforme car cela représente un cout qui n'est, semble-t-il, pas compensé au niveau du budget de l'hôpital.

Les propositions faites par la COPS n'ont pas été retenus. Il a été demandé une "harmonisation" des niveaux de pénibilité au sein du GHT. Le but de l'administration était que nous ne perdions pas en rémunération et non que nous soyons rémunérés à la hauteur de notre travail... Il nous a aussi été expliqué qu'il fallait tenir compte des contraintes budgétaires étant donné le déficit de notre établissement.

Il a même évoqué à un moment qu'il était indécent que nous demandions un niveau de pénibilité plus important.

Bonne réforme sur le fond mais trop de liberté des établissements et pas de compensation intégrale de la réforme par les ARS

C'est un scandale que les universitaires n'aient pas leur déplacements payés ! Cette réforme n'aurait jamais dû être appliquée en l'état.

Non concernée

Réforme qui fait un peu marché aux bestiaux où il faut défendre son activité et presque quémander. On note de grandes disparités entre les établissements selon que l'on est bon négociateur ou non. Dans le recrutement cela aura peut-être un effet selon cette grille.

Cops a validé des forfaits sans tenir compte des scores calculés au vu des contraintes budgétaires (dépassement de l'enveloppe sinon). Les forfaits ont été établis de telle sorte qu'il n'y ait pas une perte par rapport à l'ancien forfait en tenant compte du TTA moyen. La télémédecine n'est pas valorisée car pas de TTA et certains PH qui se déplacent peu mais réalisent de la télémédecine vont perdre par rapport à l'ancien forfait. La direction n'a pour l'instant pas validé, et est en attente du retour GHT voisin pour ensuite une harmonisation au sein de notre GHT par spécialité. Usine à gaz.

Chu de Tours toujours dans l'incapacité de définir les nouveaux forfaits. En attendant, tout le monde est forfaitisé à 70 euros ! Manque à gagner mensuel pour certains de 700 euros !

Il était nécessaire de revaloriser les astreintes, difficile télescopage avec les candidatures pour le SROS PDSES, difficile de proposer des charges financières supplémentaires aux directions quand on leur demande des plans d'efficiencies, Qui décide dans une gouvernance multipartite ? (COPs et CME en discussion avec le DG, le regard du GHT, et de l'ARS...)

"La directrice de notre CH n'a pas respecté le travail de la COPS et la validation des forfaits faite en CME et CMG. Elle a baissé notre forfait (de 160€ à 100€) de façon arbitraire et celui d'autres spécialités sans aucune justification et sans répondre à nos demandes d'explication.  
L'astreinte qui nous est donnée aboutit à une dévalorisation et nous obtenons le plus petit forfait du territoire pour notre astreinte (biologie médicale) - Nous attendons le retour de l'ARS qui serait garante de l'équilibre des forfaits."

Je suis membre du bureau de la COPS et j'ai pu être l'un des acteurs très actif de la mise en place de cette réforme dans mon établissement.

"La DAM avec le président de COPS a élaboré un tableau, présenté en COPS (2 fois) : rejet de la mesure présentée. Démission du président de COPS. Le nouveau PCME a élaboré une grille avec la DAM mais pressé par le temps l'a diffusé, et discussion en CME sans en débattre. Evaluation à 6 mois nécessaire : mais critères ?

Pour les astreintes non déplacées, je vais donc gagner plus.

Par contre pour les déplacements, pas d'augmentation de tarif au final.

Donc les week-end étant déplacés (pédiatres), nous ne sommes pas plus valorisées sur les week-ends.

Par contre les astreintes moins sollicitées la semaine, sont bénéficiaires"

Une réforme nécessaire mais mal ou non appliquée créant des disparités d'autant plus importantes.

"Le ministère a communiqué de manière peu claire et sans méthode de cotation des lignes d'astreinte. Cela a suscité de l'incompréhension et beaucoup de craintes. Le nivellation des astreintes a été sujet à des débats houleux qui laisseront des traces en interne. Merci à vous d'avoir proposé une grille de cotation.

En revanche, ce texte a le mérite de remettre en lumière la possibilité de récupérer les plages de 5h, ce que plusieurs PH de mon service ont décidé de faire."

Manque de communication et d'uniformisation des grilles à l'échelle nationale

Pour mes astreintes de WE (EEG) je serai payée moins de 10 euros de l'heure, sympa vu les responsabilités engagées !

Une augmentation était nécessaire donc point positif, sauf que pour avoir du TTA, les déplacements ne sont pas comptés donc encore du temps non compté...

Poids du déficit budgétaire du CHUGA largement ressenti lors des discussions sur la stratification des différentes astreintes dans une classe forfaitaire ... exemple astreinte départementale de DSM (directeur des secours médicaux en situation d'événement d'urgence sanitaire collectif) initialement classé en déplacement exceptionnel non indemnisé. Palabres pénibles pour un classement fragile en forfait 70 euros par nuit et jours fériés.

"Les DAM de la région Nouvelle Aquitaine ont travaillé dans leur coin (sans représentant médicaux) avec l'ARS pour définir la marche à suivre pour la mise en place de la réforme des astreintes de façon homogène sur la région.

La mise en place de la réforme des astreintes sur mon établissement a été faite sur une évaluation de la pénibilité en date de 2023 non réactualisée et sans transparence sur la grille de pénibilité qui aurait servi au calcul. Le projet a été travaillé uniquement par la DAM sans participation médicale (vaguement de notre PCME). J'ai plusieurs fois alerté la DAM en amont de la COPS, en proposant un travail co-construit avec les médecins en proposant une grille (très proche de celle de la SNPHARE sans en avoir eu connaissance). Il m'a été répondu que tout était pour le mieux et qu'il ne fallait pas que je m'en mêle. Les représentants de la COPS n'ont pas été sollicités pour travailler avec la DAM à la mise en place de cette réforme des astreintes, soit disant pas le temps entre la sortie du décret (fin août) et sa mise en œuvre (1er nov), une façon de prendre les médecins en otage ?

Les décisions de la DAM ont été présentées en COPS mi-octobre mais n'étaient pas négociables avec une application au 1er nov. 2025. Un travail de réajustement a été proposé à postériori du 1er nov. avec des représentant de la COPS. Les astreintes de chirurgie et de médecine ont été correctement revalorisée sur notre établissement.

Au final pour l'astreinte de ma spécialité, une astreinte pédiatrique de SMUR 0-3 ans partagée avec le CH de Pau 1 semaine/2 => + 10 euros par mois pour les pédiatres de Bayonne soit 70 euros (60 euros avant la réforme), ce qui représente moins que ce qui a été versé avec la majoration de 50%... Les pédiatres de Pau ont pour la même astreinte 130 euros ??? on marche sur la tête !!!

Bref un travail rondement mené dans le dos de certaines spécialités sur mon établissement ! Très déçue et agacée !!!"

Direction qui ignore le décompte des déplacements et l'appel à la discussion. Ils insistent que tout déplacement est pratiquement " inclus " dans le forfait (avec " menaces " de réévaluation en baisse).

Aucune information sur la façon dont ont été classées les astreintes (forfait le plus bas pour ma part alors que des astreintes biologiques de biochimie sont en forfait 2... aucune transparence ni lisibilité, ni prise d'informations dans le service)

"Cette réforme qui est censée revaloriser les astreintes, a permis de diviser par deux le forfait d'astreinte de chirurgie vasculaire alors qu'on assure l'astreinte sur les trois hôpitaux de l'Est Var ( Draguignan, Fréjus-St Raphael et Gassin )  
J'envisage sérieusement de quitter l'hôpital public. "

Nous avons des astreintes très chargées avec des urgences vitales mais aussi relatives que nous faisons pour décharger les vacations du lendemain. Dans notre cas, la forfaitisation est contre-productive car si nous dépassons 3-4 heures de travail effectifs en astreinte (ce qui était le cas avant) nous serons moins payés qu'avant ... Donc n'encourage pas faire des urgences "relatives"

Je suis passé à côté

Nous sommes 2 dans la spé et seules dans le département. Il a fallu batailler pour que cela soit reconnu

Problème concernant les astreintes doublées bénévoles +++

"J'ai eu l'occasion de vous consulter à ce sujet. L'idée de départ est bonne, le moment est mauvais (Après les gardes, pourquoi ? Forcément il n'y a plus d'argent et nous sommes sacrifiés sur l'autel du déficit et des mesures d'économie). Nous avons l'astreinte la plus pénible de notre établissement (chir dig), et nous plafonnons à 220€. La base de négociation était le score SNPHARE, puis, devant l'évidence que nous étions au plafond, plus de score, plus de négociation, et un tarif fixé unilatéralement par le directeur à 220€ pour les deux lignes qui travaillent le plus (dig et ortho). Pas de validation en COPS (refus de ce tarif par la COPS, pas de validation en CME (simple présentation)). Il nous a été promis à plusieurs reprises une réévaluation rapide lors des négociations, au final, devant l'absence de date, j'ai posé la question au directeur en CME : pas de réponse...

Nous (ensemble des dig et des ortho + uro et vascu (même problématique mais tarifs inférieurs)) sommes très amers sur cette réforme et sa gestion locale. "

Complexe, anormalement lente à être appliquée (on abuse de procédés dilatoires pour ne pas payer)

Vote de la méthodologie en CME puis vote des forfaits avec répartition des lignes d'astreinte dans chaque forfait mais sans concertation préalable avec les services. Le laboratoire s'est retrouvé au premier forfait à 70 euros sans consultation préalable. Vote à la majorité, 5 services dont le laboratoire ont voté contre mais n'ont pas été entendus.

Nous avons une quasi garde rémunérée en astreinte pour que l'hôpital fasse des économies et sans être au plafond des forfaits.

Dans mon chu il n'y a pas de mesure mise en place pour se faire payer en TTA les jours cumule d'astreinte, ce qui équivaut à une perte de 25 jours par an.

"Nos astreintes téléphoniques ont été bien revalorisées la semaine, mais les déplacements le Week end samedi dimanche sont moins bien rémunérés qu'avant (500 euros pour 10h alors que maintenant 345 euros) et on est plus contrôlés (on comptait une journée de travail le dimanche quand on se déplaçait jusqu'à 15h, par arrangement de service, ce qui ne va plus pouvoir se faire, et est plus honnête, car on va récupérer à l'heure avec des tickets de déplacement, le contrôle de la direction a été renforcé).

Différents fonctionnements cohabitent, certains se font rémunérer et certains récupèrent les heures"

En cops, présentation de décisions prises en amont par la direction et certains "anciens" PH sans tenir compte des réelles spécificités des services ; utilisation des forfaits comme prime à certains services privilégiés, sans relation avec la charge de travail

Travail sur la réforme en cours avec début de travail en cops sur une nouvelle grille locale. Objectif affiché de créer une grille locale, mais exemple sur le transitoire d'autoritarisme et de peu d'échanges, ou bien de grille découverte en cops à valider directement.

Pas de forfait max, minimisation de la pénibilité en faisant des moyennes de déplacement la nuit et le we, alors que quand ça tombe sur le même praticien c'est du 100%, et le critère de nuit à 00H c'est un peu fort, tout ce qui se fait après 20H c'est de la nuit. Toujours pas de reconnaissance de l'astreinte de couverture.

Merci au travail mené par le SNPHARE pour être arrivé à ce résultat !

Bien appliquée ici, organisée par PCME, direction a suivi

Je ne peux que me satisfaire d'une revalorisation des astreintes

Valorisation individuelle donc plus juste car différence d'implication au sein d'une même ligne d'astreinte mais usine à gaz car déclaratif de tous les déplacements avec horaires

La pénibilité du fil à la patte n'est pas forcément prise en compte.

La direction n'en a rien à faire de la cops qui est du temps perdu.

C'est le bazar, comment laisser une telle marge de manœuvre aux établissements pour déterminer les niveaux de rémunération ?

"Opacité importante de la Direction dans la négociation, elle n'a fourni aucun chiffre d'activité des années précédentes nous avons dû tout recalculer pour savoir si nous étions gagnants ou perdants.

Pression financière : augmentation consentie de l'enveloppe totale de 30%, répartie inégalement entre les spécialités, avec refus de fournir une méthodologie."

Je le connais mal.

Aucune valorisation de l'astreinte de transplantation

C'était nécessaire mais on perd en rémunération. Cherchez l'erreur !

Inéquité que l'on creuse encore et mise en concurrence des PH

Très conflictuel au sein de l'établissement, néfaste de laisser les praticiens décider par eux même de leur rémunération

Beaucoup de disparité entre les différents services car les critères pour l'application de différents forfaits ne sont pas communiqués. Décision prise unilatéralement (par PCME et direction) de supprimer certaines lignes d'astreinte pour des questions budgétaires et création d'une astreinte mutualisée sans concertations avec les PH.

En pédopsy sans HC , nous participons en CHS par solidarité avec la PA ... mais nos pratiques sont très différentes !!

Enfin quelques miettes, des variations en fonction des spécialités anormales à mon sens (au même titre que le statut de PH qui couvre tout le monde avec les m et mes droits et devoirs). Reste sa mise en place pratique et sa pérennisation qui ne me semble pas acquise.

Difficultés rencontrées avec la direction pour faire reconnaître le score de pénibilité d'astreinte (difficultés de traçage des appels, du recours départemental, ...)

Scores de pénibilité interprétés de manière autoritaire par le binôme Présidente de CME/Directrice

Bcp de complexité et conflit de loyauté vis à vis des finances des CH qui sont au rouge... mais besoin de reconnaissance de notre travail

Réforme mal appliquée à mon hôpital, au lieu de gagner en rémunération, j'ai perdu 50% des rémunérations des astreintes, ce qui ne reflète pas mon travail.

C'est une bonne idée pour les astreintes qui étaient non forfaitisées pour les forfaitisées la rémunération risque de baisser ! La rémunération pouvant aller de 70 à 280 euros la décision finale de la direction paraît très inégale en fonction des services et non justifiée avec l'information que ce sera réévalué à 6 mois sans que les critères décisionnels soient très explicites !

Non concernée

"La comptabilisation des déplacements et surtout leur valorisation sont toujours aussi obscures, à croire que les lois sont faites pour qu'on n'y comprenne rien et qu'on laisse faire... Il faudrait un temps de travail clair pour les PH, afin qu'on sache si on est en heure supp ou non.

Par ailleurs, la multiplicité des forfaits crée de la division entre les différents services, et les critères d'évaluation des forfaits sont parfois très subjectifs et utilisés différemment selon les services : tensions entre les PH, incompréhensions, etc."

Le décompte du temps de travail reste chronophage, et payé au bon vouloir de notre administration, par quadrimestre, sous forme de forfait de 5 h ; on s'y perd toujours autant, et on n'a pas le temps de tout vérifier, et re calculer. Prendre RDV avec l'administration nous fait passer pour des "morts de faim", considérés comme déjà " nantis" ! ... Posture bien désagréable, qui fait qu'on refuse svt l'obstacle.

En pratique baisse scandaleuse de la rémunération des astreintes

La pénibilité en médecine n'est pas valorisée contrairement à celle des chirurgiens et anesthésistes et aussi cardiologues

"Nous avons deux lignes d'astreintes : la nuit, astreinte déplacée en moyenne deux fois par semaine notamment en nuit profonde. Le dimanche matin : astreinte systématiquement déplacée plus de 3h pour assurer la permanence de soin. Nos deux lignes d'astreintes ont été évaluées au plus petits forfait (70€) comme un praticien ne se déplaçant jamais, nous avons du mal à comprendre cette décision et avons l'impression que notre travail n'est pas reconnu.

Sur l'astreinte opérationnelle du dimanche matin nous étions précédemment rémunérés 44.79€ d'astreinte (67,19€ avec la mesure transitoire), 140.67€ de déplacement de 3h (pas de modif avec la mesure transitoire) et nous percevions le TTA à chaque quadrimestre (105€ environ) soit 290€. Désormais nous percevrons un forfait de 70€ + le TTA soit 175€. Nous perdrons 100€ par astreinte de dimanche matin. Si nous venons pour moins de 3h nous serons donc rémunérés 70€ brut soit moins qu'en semaine."

"Certains de mes médecins ont perdu 50 % de leurs émoluments pour astreintes opérationnelles suite à la réforme, sans concertation et avec un travail de la Cops confidentiel. Ils se posent la

question de la poursuite de leur activité au sein du service (ex : astreinte opérationnelle du samedi après-midi avec présence 8h30 19h00, une demi-journée récupérée et un demi forfait à 35 euros pour l'après midi ce qui ne couvre pas les frais de garde des enfants à domicile ...)

L'administration a validé sans vote en CME

Décision actuellement contestée avec réétude par la cops demandée"

Absence de décompte de temps de déplacements et intervention sur place (pas de TTA).

Absence de récupération après dernière intervention.

Forte perte de salaire, forte augmentation delà charge de travail en astreinte. Grosse déception.

Beaucoup de retard dans notre hôpital où nous avons été forfaitsés (grande avancée) il y a qq années. Mais le temps de travail additionnel n'est toujours pas compté ni rattrapé ou indemnisé.

Le principe est juste, sauf que l'application sera difficile et chronophage pour nous les praticiens qui devrons tracer tous les déplacements et les activités pdt l'astreinte...

À noter, COPS en cours de mise en place dans mon établissement donc pas d'avis COPS pour cette réforme

"Toujours en discussion avec l'administration, à qui un mail a été envoyé avec nos propositions, et qui fait comme si de rien n'était

Actuellement, selon une de leur proposition, on serait payé 45 euros

Certains services n'ont pas d'astreintes le we, se pose la question pour nous de faire de même au vu des rémunérations proposées"

Je ne comprends pas qu'en 2026 les administrations pensent que c'est normal de donner de son temps presque gratuitement ou avec une récupération qu'ils savent pertinemment qu'on n'a pas le temps de prendre.

Mesures transitoires non appliquées pour le moment ; Pénibilité de l'astreinte sous valorisée.

Mal faite, très mauvaise communication de la part des autorités, grosses disparités entre les spécialités, au sein d'un même hôpital et entre des hôpitaux proches ou comparables...

"- Encore un exemple du ""comment diviser pour mieux régner"" que cela soit au sein d'un établissement ou vis à vis d'autres hôpitaux moins déficitaires et/ou qui fixent les astreintes au max pour l'attractivité.

- L'application locale de la récupération des astreintes semble encore plus floue que celle de leur paiement."

En attente que la revalorisation soit effective sur la paie. Pour l'instant, accord oral. Pas de confirmation écrite des affaires médicales. Astreintes de janvier seront encore payées sur le forfait d'octobre.

Inadapté car ne concerne que les lignes officielles d'astreinte alors que nous savons tous que le double de ligne est en réalité nécessaire pour le fonctionnement des services. Le reste est à la charge des établissements qui sont déjà en difficulté financière....

Notre CHU a profité de cette réforme pour diminuer les forfaits perçus par les médecins. Absence de travail concerté avec les équipes médicales de terrain. De ce fait, plusieurs équipes se mobilisent actuellement contre l'application faite de cette réforme.

Des décisions ont été prises dans notre établissement en COPS avec des informations partielles, ce qui amène de nombreux services / praticiens à poser des questions qui sont aujourd'hui sans réponses. Nous ne savons pas quoi déclarer, comment nous seront rémunérés et au final quoi réclamer. Il est probable que nous jetions l'éponge sur le sujet par manque de temps/énergie, ce que recherche probablement la direction...

Cette réforme fait que dès 3 heures de présence par astreinte nous sommes perdants par rapport à l'ancien système même avec le forfait maximum

Nous perdons de l'argent avec la réforme des astreintes (déplacements beaucoup moins bien rémunérés et forfait pas très élevé), problèmes ++ avec les DJ et CCA qui font des astreintes.

La charge de travail des PH pédopsychiatres, avec l'évolution sociétale, a fortement augmenté avec des astreintes épuisantes et encore, même avec la réforme, mal rémunérées (astreintes, de surcroit, plus fréquentes vu la baisse comme neige au soleil, du nombre des pédopsychiatres).

La réforme est déclinée établissement par établissement ce qui entraîne perte d'unicité au sein du statut de PH, des rivalités au sein d'un même service quand il y a plusieurs lignes d'astreinte, mise en concurrence des établissements au sein d'un même département avec perte d'attractivité pour certains.

Nous sommes en attente de la réponse de l'ARS et de l'administration

Ne prend toujours pas encore suffisamment en compte la pénibilité du travail à domicile sans déplacement (avis).

Je suis membre actif de la COPS, bien que non président. Il a fallu taper (fort) du point sur la table avec le directeur des affaires médicales pour faire changer les choses en termes de valorisations (très conséquentes) et de transparence. Il a fallu aussi remuer les lignes aussi auprès des médecins (certains très favorisés) par l'administration, pour le bien commun de tous et pour une tenabilité financière globale. Au total, nos objectifs sont remplis à 100% et le DAF est le premier à s'auto féliciter en CME des résultats obtenus ! La conclusion, c'est qu'il existe des verrous médicaux comme administratifs, mais on peut y arriver si on est soudés et surtout totalement transparents car les petits arrangements de couloir font le lien de la direction et des managements administratifs aveugles.

"Absurdité de vouloir à tout prix uniformiser des astreintes au sein d'un GHT avec des modes d'exercices d'astreintes si différents entre CH/CHU et entre différents CH.

Perte d'autonomie de chaque établissement au profit de l'administration (ARS)"

Astreintes de plus en plus denses, indemnisées au lance pierre

"Réforme mal ficelée : laisser la foire d'empoigne entre médecins !!

Élaboration des tarifs par la DAM puis validation en COPS puis vote en CME (11 votants !!!)

Aberrations nombreuses avec injustice entre pénibilité pour certains et rémunérations pour d'autres (astreinte rythmo !!?? Avec zéro déplacement ou presque alors que CHU pas d'astreinte rythmo !!)

Certaines lignes d'astreintes servent de salaires déguisés dans certains établissements

Astreinte gériatrie : 135€ chaque soir pour zéro appel ou déplacement ! (astreinte USIP 80€ par soir avec un déplacement par semaine minimum !)

Écarts entre établissements comparables pour même ligne d'astreinte (exemple : astreinte Coro sur 3 PH : 135€ Ici vs 280€ ailleurs !! Avec activité comparable ! )

Permettra peut-être au chirurgien de mieux récupérer leur temps de travail, aucune revalorisation pour nous. Astreinte certes peu souvent déplacée (déjà 2 ligne de garde sur place) mais pénibilité, surtout en weekend, de devoir rester à proximité de l'hôpital et déplaçable à tout moment non suffisamment prise en compte + samedi matin non valorisée ni en temps ni en argent si non déplacée (la garde commence l'après-midi et donc pas de forfait prévu pour le samedi matin )

Résultat décevant (les astreintes sont revalorisées mais le TTA diminue) ; bilan neutre voir négatif

Communication défaillante en interne, pas de communication claire sur les déplacements we astreinte et TTA (disparition des indemnités de sujétion ? )

Supervisée par notre médecin référent de site bien investie donc je n'ai pas cherché à avoir plus d'informations, je sais qu'elle a bien défendu nos intérêts

La réforme en soi est bien pour certains, la revalorisation était nécessaire. Cependant pour en revaloriser certains, d'autres (moi notamment) sont perdants : obligation de mutualiser les astreintes avec d'autres services pour lesquels je n'ai pas les compétences, moins d'astreintes donc et perte de salaire. Nous sommes les dindons de la farce. A enveloppe constante, il y a des perdants... Nous sommes en litige avec notre direction et prêts pour soutenir un mouvement de grève

Le seul but de cette réforme est comme toujours les économies

On fait des astreintes même le week-end on n'est même pas payés alors qu'on est encore PADHU

Les astreintes d'une sur-spécialité dans un service CHU couvre en réalité toutes les demandes de cette surspécialité dans la région Aquitaine par téléphone. Or je ne crois pas que l'astreinte d'un service réponde à toute une région !!!

Difficulté à faire appliquer le décompte du temps de travail avec forfaitisation. RH déclare que ça doit pas dépasser 48h semaine sans donner de solution si cela dépasse et ne réalise de toute façon pas de décompte du temps de travail

Budget alloué par notre CH trop limité pour parler de revalorisation

L'établissement aurait dû accepter des forfaits max plus élevés pour les spécialités très dérangées

"Notre direction n'a pas travaillé avec la COPS. Le calcul du score de pénibilité a été fait par la direction sans les praticiens. LA COPS a fait une contre-proposition qui n'a pas été prise en compte par notre direction. La direction n'a pas souhaité être transparent sur la cotation de la pénibilité. La CME a voté contre à l'unanimité. La question des récupérations n'a pas encore été soulevée. La pression du GHT pour uniformiser les forfaits a pesé aussi lourd dans la balance. Notre communauté médicale est vent debout et l'ensemble des pharmaciens de notre territoire (hors CHU) sont vent debout car ramener à la même rémunération que les pharmaciens du CHU qui sont en 2nd ligne avec un interne de garde. Nous sommes totalement dénigrés par des directions qui estiment que déjà nous sommes bien chers payés ! Nous avons interrogé beaucoup de pharmaciens de différents CH et aucun n'ont été traités de la sorte et aucun ne bénéficie du forfait le plus bas ; ils ont eu le droit à une VRAIE cotation de pénibilité.

Un de nos confrères addictologue (qui ne réalise pas d'astreintes) estime que c'est un déni de démocratie et que le but de cette réforme est de diviser, mettre en concurrence et diminuer les forces en termes d'actions syndicales. Et il a bien raison !

Nous sommes un petit établissement avec de grandes difficultés pour générer de l'attractivité médicale ; cette réforme va anéantir tous les efforts fournis de ces dernières années.

On s'attaque aux praticiens en les laissant à merci de leurs directions et qu'en est-il de la revue des forfaits des gardes administratives ???!!"

Réforme honteuse, ne tiens pas compte du temps de déplacement, injuste pour les HU dans sa globalité

Forfait max 180€ en chirurgie digestive sans rapport avec pénibilité +++, direction dit ne pas avoir de financement pour cette réforme

Incompréhensible et génératrice de conflits internes

La revalorisation était nécessaire mais les forfaits accordés sont anormalement élevés au vu de la situation budgétaire

"La réforme n'est pas une revalorisation mais une dévalorisation de la rémunération des déplacements.

Les forfaits de bases sont insuffisants pour la pénibilité de notre activité (soins critiques réa) !!!"

Je ne suis pas concerné car depuis 2 ans je ne fais plus d'astreinte pour problème de santé

Réforme en attente de mise en œuvre chez nous mais est très attendu car les astreintes étaient largement sous évaluées.

"Je pense que le problème c'est que la moitié de nos lignes de gardes et d'astreintes ne sont pas financées par l'état mais par l'hôpital

le président de le COPS qui a mené la réforme était de bonne foi néanmoins il ne fait pas d'astreintes son service sous forme de garde"

Le CH de Roanne s'est limité à un niveau de rémunération maximal des forfaits d'astreintes à 190 euros ! Scandaleux !

Forfaitisation antérieure faite "en douce" auprès de certaines spécialités fausse la mise en application de la réforme !! notamment la mise à plat avec critères pénibilité (grille)

Dans mon CH tous les forfaits ne sont pas en adéquation avec la pénibilité des astreintes, le score n'était pas adapté. Exemple : pour mon service l'astreinte biologistes est dans le forfait à 70 euros comme les spécialités rarement déplacées, alors que l'astreinte est fréquemment sollicitée et déplacée plusieurs heures tous les week-ends. Dans mon CH les services de médecine ayant ce type de sollicitation et même temps déplacé sont dans le forfait à 140 euros. Dans les autres CH l'astreinte de biologie pour une activité équivalente est dans le forfait entre 110 et 150 euros et pour l'instant la direction ne veut rien entendre. C'est tout à fait injuste et non représentatif du travail effectué !

Nous sommes trois PH au service de chirurgie. Nous assurons chacun 10 astreintes/mois ; parfois très chargés, parfois pas, mais toujours très pénibles. Être payé 199€ brut/par astreinte après 13 ans d'études et formation dans la spécialité, mais semble honteux. N'importe quelle revalorisation serait juste.

MERCI POUR VOTRE AIDE (grille)

Nécessaire mais tardive - décision de la COPS non suivie par le directoire pour des raisons budgétaires.

En CME nous avons validé la grille et les niveaux des différentes astreintes mais le montant alloué n'est pas connu pour le moment ... tout dépendra de l'ARS et de la Direction du CHU

J'ai bien peur que l'on soit payé moins qu'avant vu comme la direction interprète les textes et calcule...

Inutile

Valorisation du forfait mais pas de valorisation des déplacements donc non-valorisation du travail et des soins (en l'occurrence chirurgicaux) qui peuvent être lourd et long (nuits blanches au bloc opératoire)

L'idée était d'augmenter l'attractivité du travail en CHU... et nous nous retrouvons avec des astreintes moins rémunérées. Et des CCA qui ne veulent plus - à juste titre - participer aux lignes d'astreinte

Pas encore mis en place dans notre hôpital et pas d'information sur la mise en place  
Mal organisée et discours infantilisant "pédagogique" de la direction de la CME pour justifier des réductions de dépenses. Direction qui justifie ses décisions en accusant les médecins de déclarations mensongères. Dévalorisation systématique de ses médecins. Astreinte trop peu valorisée par rapport au service médical rendu.

Je ne fais d'astreinte

Devenons audibles et que notre travail soit respecté

Délai trop court pour la mise en place, ne permettant pas de solliciter chaque service sur la pénibilité ni d'appliquer la grille SNPHARE. Outil GTM institutionnel obligeant la DAM à des extractions manuelles pour les déclarations d'appel d'astreinte antérieures (pour calcul des montants de forfaits). Vérifications DAM difficiles pour les déclarations d'appel.

Dommage que le décret n'ait pas été plus précis en donnant des tarifs de forfaits pour chaque type d'astreinte, dommage que mon établissement n'ait pas appliquer le forfait max pour aucune astreinte

Continuons à briser le service public de santé en le fragmentant encore plus et laissons nos collègues du privé se soustraire à leurs obligations médicales d'une délégation de service public en se soustrayant aux réquisitions de la PDS et en les satisfaisant.

Excellent implication de notre PCME + Direction à l'écoute, prête à accompagner et à suivre le sens de la réforme

Pouvez-vous faire un benchmark des astreintes par spécialité au niveau national, au moins la rémunération moyenne.

Difficile d'y comprendre quelque chose mis à part que ça oppose les différentes spécialités qui cherchent chacune à avoir le meilleur forfait

Ils ne tiennent pas compte forcement de la pénibilité puisque cette réforme tend à sortir d'une égalité entre les lignes pour entrer dans une logique d'équité basée sur la pénibilité il est fait une projection de ce qu'on va percevoir en cumulant tta et forfait de l'astreinte et ce montage de projection laisse croire après lecture que le forfait est valorisé alors que le tta durant l'astreinte n'est ni constant, ni garanti puisqu'il une variable d'ajustement par conséquent les forfaits sont tirés

vers le bas, le cœur de la réforme est le forfait qui va de 70 à 280 et non max 170 comme chez nous avec une grande disparité avec le chu

Le CH a pondu un système qui ne respecte pas tout à fait les nouveaux textes car ça reviendrait trop cher à l'établissement de l'appliquer...

Disparité sur le territoire. Aucune prise en compte qu'on assure l'astreinte d'urologie de 3 CH et 2 cliniques...

Plusieurs réponses incomplètes, car non encore appliquée dans sa version définitive : on attend de voir.

"Honnêtement, personne n'est capable de nous expliquer clairement le mode de rémunération J'ai l'impression que c'est compliqué pour nous embrouiller et qu'on ne réclame pas ce qu'on nous doit."

"Financement non prévu

Instruction de dernière minute de la DGOS avec montant maximum astreinte greffe !!!!!

Vraiment non justifié !!!!!!

Au final plus d'inégalités et des rémunérations astreintes à la baisse pour ceux qui étaient en temps continu !!"

Compliquée, car forfait de base variable 1 établissement à l'autre. Néanmoins, tentative d'une grille homogène par spécialité au sein du GHT

Grande opacité, forfaitisation à la tête du client, non basée sur des critères factuels.

Peut faire mieux

NA

Pas d'application de la réforme depuis la publication du décret par le ministère. Refus par la direction du score Snphare de pénibilité proposé à la cops de juillet 2025. Changement du forfait de base de façon unilatérale par la direction pour tout le monde à 70 euros à partir de novembre 2025... négociations toujours en cours des futurs forfaits par la direction suite à une mobilisation de l'intégralité des médecins du CHU mais réponse évasive de la direction quant à l'enveloppe de l'ARS... pas de revalorisation prévue mais essai de garder le même tarif qu'avant forfaitisation... réforme très mal vécue.

Aucune prise en compte de la pénibilité du travail.

"- Une usine à gaz, qui a créé un sentiment d'injustice chez certains même si les calculs ont été faits dans mon CH pour que personne n'y perde (mais certains sont beaucoup plus revalorisés que d'autres)

- impression aussi de 2 poids/2 mesures entre PH en temps continu (chez qui toutes les gardes ont été revalorisées sans critères de pénibilité !) et PH en temps non continu

- beaucoup de temps passé en COPS et pour l'instant : pas encore de revalorisation car pas de décision rendue par l'ARS ; on est même revenus au tarif initial puisque la « revalorisation » de 1,5 s'appliquait jusqu'au 31 octobre !!

- merci au SNPHAR de nous avoir proposé une grille "

"Les directions refusent ou manipulent (il n'y a quasiment pas de différence entre les deux) car la rédaction des textes législatifs est parfois floue et qu'elles trouvent toujours la faille

Dans le cas des mesures transitoires elles ne sont pas appliquées dans mon établissement car il n'est pas marqué dans le texte législatif que c'est obligatoire !"

Bonne idée. Prise en compte des forfaits antérieurs indispensables avant réforme car dévalorisation de salaire et conséquence sur organisation et qualité de vie

Absence de transparence et de communication comme d'habitude

La grille du ministère ou de ma COPS ne permet pas de classer en fréquence et gravité mon activité d'astreinte, de plus les appels non suivis de déplacements ne sont pas pris en compte.

On doit appliquer une rémunération maximale et uniforme pour tous les lignes d'astreintes comme celles des gardes

Pas de prise en compte du travail au téléphone sur l'astreinte. Valorisation uniquement du déplacement.

Je ne comprends pas qu'en 2026 il faille mener un combat pour une juste rémunération d'un travail qui impacte notre santé physique et mentale et notre vie personnelle et familiale. Je comprends encore moins que ce combat ne soit pas mené de front avec nos directeurs d'établissement qui ne sont qu'observateurs de la destruction du service public alors qu'eux aussi sont mal menés dans l'affaire... Tous ensemble !

Néant

Réforme contrainte par les ressources financières. Le forfait versé par l'ARS ne correspondant qu'aux astreintes réglementaires est insuffisant, complété par le CHU pour un montant global d'augmentation de la charge des astreintes de 20 % (revalorisation forfait + inclusion TTA). Les modalités de répartition de cette enveloppe sont encore floues malgré plusieurs réunions. La direction avance qu'elle ne connaît pas l'enveloppe à prévoir pour le TTA. + problème des HU.... La revalorisation n'est donc toujours pas appliquée au CHU de Rouen. La revalorisation transitoire a été payée rétroactivement fin décembre.

Peut mieux faire

Avis positif car nous étions les seuls concernés au niveau de notre établissement, donc il a été facile de négocier le forfait et nous avons eu ce que nous voulions.

Elle n'est pas encore en application dans notre établissement. Nous n'avons pas encore les tarifs des forfaits. Lors de sa mise en place, les mois écoulés depuis novembre seront recalculés avec la nouvelle formule, l'avantage c'est que l'on va savoir tout de suite si c'est favorable ou une arnaque.

Il faut plus d'informations auprès des soignants

Non prise en compte de la télémédecine, considération des horaires extrêmes comme hors astreinte alors que mise en place d'un tarif digne d'une baby-sitter, non-respect des tarifs annoncés par la DGOS pour la spécialité concernée.

Cette réforme était nécessaire mais a été très mal mise en place avec non-représentation de toutes les lignes d'astreinte

"De notre côté les forfaits ont été proposés par la direction, discutés et validés en COPS mais cela est resté assez opaque : pas question de prendre en compte la pénibilité, une grille interne ""GHT"" mais non communiquée même après demande, et les informations données en CME sont restées assez vagues ""vous allez recevoir un courrier nominatif"".

L'objectif était que ""personne ne perde"" par rapport à l'ancien système où 90% des lignes d'astreintes étaient déjà au forfait avec souvent un tarif négocié entre praticiens et direction par rapport à la faible attractivité de notre établissement. La direction avait peur de départs de

praticiens qui auraient trop perdu par rapport à l'ancien système. Pour notre part ""pharmaciens"" on a défendu notre cas auprès de la direction et des membres de la COPS car n'étant pas au forfait avant on risquait d'avoir le plus faible forfait et du coup d'être perdant car nous avons beaucoup de déplacements qui n'allaiient pas être pris en compte ou minimisés (chiffres faux de la direction !). Nous avons réussi à obtenir un forfait qui nous semble juste, mais nous déplorons qu'il n'y pas eu d'équité et aucune transparence sur le CH."

Mauvaise réforme. Ne fait de différence entre la pénibilité de nuit et le fait de travailler des week-end. L'ancienne réforme tenait mieux compte des déplacements sur place avec l'indemnité de sujexion. Je gagne 3 fois moins pour un samedi après-midi, et 2.5 fois moins pour un dimanche entier. Nous sommes mieux rémunérés les soirs de semaine mais moins bien rémunéré le week-end. Nous avons été orientés vers des forfaits par la direction qui elle-même était sous le contrôle de l'ARS.

Pénalisant pour les petits chirurgiens

Cette réforme entraîne une dévalorisation pour les PH de mon service (astreinte très déplacée +++)

"Les forfaits sont assez faibles dans notre CHU, et une demi-journée de récupération est obtenu après 5h de travail, ce qui est énorme comparé à une demi-journée habituelle qui est plutôt de 4h. Il serait intéressant de se servir de cette réforme pour militer pour un système de pointage pour les médecins et un arrêt de la rémunération au forfait jour pour passer sur une prise en compte réelle du temps de travail."

Absence de revalorisation, le seul point positif compte dans le Temps de travail

"Nos astreintes samedi et dimanche sont sur l'ensemble des services de médecine nous restons sur place toute la journée vu le nombre de patients à voir et nous sommes moins payé finalement qu'un jour de travail normal..."

Le terme "revalorisation" se transforme en "diminution"

Insuffisante.

"Pas de revalorisation franche pour ma part, ni pour mon équipe et ni pour la plupart des spécialités médicales dans d'autres astreintes, on sent encore que les médecins de spécialités avec des actes peu valorisés par la T2A (valorisation surtout des actes techniques et non des actes intellectuels), sont peu considérés

Pas de considération des actes de télétravail : avis donnés à distance, après évaluation du dossier, avis sur des images

70 euros pour mettre en jeu notre responsabilité, notre expertise c'est peu"

C'est juste une façon de baisser la rémunération des médecins alors qu'ils ne comptent pas leurs heures... contrairement aux administratifs qui sont de plus en plus nombreux

La réforme des astreintes dans notre établissement a dévalorisé les services qui se déplacent et qui passent du temps auprès des patients , comme c'est notre cas en pédiatrie (4-5 heures de visite le matin) par rapport aux personnes qui sont sollicitées mais qui ne se déplacent pas et qui eux ont eu une réelle revalorisation

"Le forfait a été diminué par rapport à notre forfait antérieur ce qui correspond à une baisse de plus de 400 euros sur mon salaire mensuel (nous effectuons en effet toujours une semaine d'astreinte par mois)

Nous avons bien été informé sur le forfait et sur le fait de tracer les déplacements. Mais nous n'avons aucune donnée pour savoir le temps de déplacement nécessaire à la génération d'un TTA. Il m'est donc actuellement impossible de savoir si je gagnerai plus ou moins. Par ailleurs le TTA se cumulera au CET avec possibilité de récupération qu'au-delà de vingt jours, ce que je n'ai pas encore en tant que jeune PH.

Cette réforme a donc pour le moment eu la conséquence de BAISSE ma rémunération au lieu de l'AUGMENTER."

Dans notre établissement c'est complètement illisible et je ne sais pas où trouver l'information à part à la demander à la DAM

Décision unilatérale de la direction de baisser les forfaits proposés par la COPS. Absence de communication

La DG de l'établissement a forcé la mise en application de la réforme qui avait été récusé à la CME. La gradation de la pénibilité des astreintes a été fait en autonomie par la direction sans suivre les directives de la cops. Résultats nous avons dû arrêter notre astreinte de réanimation, déplace tous les wkd au motif que ce n'était plus rémunéré. Il y a une perte de qualité de soins, sans concertation avec l'équipe médicale. Idem les déplacements ne sont payés que si nous dépassons les 48h moyennés or comme la DAM a supprimé la possibilité de faire du TTA aucune personne de pôle ne peut dépasser ce seuil, donc les déplacements ne sont plus payés...

Je sais très peu de choses sur la réforme des astreintes, sujet peu expliqué dans mon CH  
CHEZ NOUS DEPLACEMENT DES HU NON REMUNERE, HONTE ABSOLUE

La pénibilité du travail de nuit et de we est très mal reconnue par cette nouvelle rémunération des astreintes. Je suis actuellement beaucoup mieux rémunéré pendant mon travail de jour.

Très complexe et sujet à interprétation des textes selon les directions. Nous avons eu un empilement de nouveaux textes avec les anciens qui n'ont pas été abrogés totalement. Tout aurait dû être réécrit.

Trop compliquée. Laissée à l'appréciation des directions sans critères clairs et donc applications floues

C'est mieux mais c'est inégal en fonction du lieu de travail et insuffisant par rapport au travail réalisé

Aucune évaluation des déplacements ou nombre d'appel, nous avons été mis sur le forfait le plus bas

Reformé aberrante ? La PDS augmente et ma rémunération diminue

Nous n'avons pas eu d'explication et notre rémunération a été diminué, donc on ne voit pas l'intérêt de la revalorisation...

Plus de visibilité et d'explication, impliquer l'ensemble des praticiens H et HU dans la prise de décision

Inéquité entre les lignes imposée par la direction, score de pénibilité rempli par la direction sans base factuelle

Plus de clarification et d'information

Dévalorisation constante de notre métier

"Une grille d'évaluation officielle nationale de la pénibilité des astreintes auraient été nécessaire. La direction n'a pas exposé le mode de financement des astreintes et le discours était : il n'y a pas d'argent, faites un effort, le TTA compensera la baisse du forfait. Est-ce que la réforme va vraiment plomber les comptes du CH ? Mystère !"

A notre échelle : revalorisation estimée sur une année de + 30%

Je pense que nous sommes en GO une des rares spé ou le forfait de base a été revalorisé

Je suis moins bien payé qu'avant alors que sur notre astreinte de gériatrie le WE, nous avons à peu près 230 lits (35 d'aiguë, 50 de SMR et le reste en EHPAD dont SMIT) et que nous y passons la journée, les débuts de soirée et parfois aussi des appels la nuit.

Réforme nécessaire même si période difficile financièrement

Ne pas dévaloriser nos salaires, en particulier pour les gens qui se déplacent beaucoup (système mis en place dans notre CHU actuellement)

Réforme mortifère qui n'aurait jamais dû exister sous cette forme

Nécessité de mails itératifs au RH pour avoir des infos, pas de retour et application tardive de l'augmentation en octobre uniquement

Les forfaits sont abstraits, ils ne prennent pas en compte les centres de maladie rare

Non concernée

C'est du vol

La réforme manque de clarté et modalités d'application qui reste ambiguë.

Je ne sais rien ; je n'ai rien lu à ce sujet ; je fais peu d'astreintes mais je ne sais même pas si elles me sont payées ; ma méconnaissance du sujet est abyssale et me consterne. Je serais très intéressé par des informations sur le sujet...

"Réforme très mal menée, avec beaucoup de flou.

Vendue comme une revalorisation des astreintes (à l'instar de ce qui a été fait pour les gardes), mais au final il n'en est rien.

L'interprétation des grilles officielles par l'AP-HP est ubuesque, avec des niveaux de rémunération différents entre H et HU pour un même palier (afin de prendre en compte l'absence de TTA pour les HU), mais également des paliers différents entre H et HU au sein d'un même service, ce qui, pour le coup, est totalement incompréhensible."

Dans mon service, nous nous déplaçons beaucoup en astreinte, ce qui n'est pas prévu dans la nouvelle réforme. Donc à partir de deux déplacements par semaine, nous perdons en rémunération par rapport à l'ancienne réforme

Perte de la rémunération pour déplacement pour les PU-PH

Rémunération en temps additionnel ne prenant pas en compte l'échelon, c'est complètement aberrant ! C'est une fausse augmentation de rémunération des astreintes, car le temps passé sur place n'est pas bien rémunéré. Quand est-il du temps de déplacement pour rejoindre l'hôpital ?

Réforme uniquement faite dans le but de faire des économies. Sur l'astreinte téléphonique du service nous ne sommes plus payés du tout versus 42 euros brut avant, nous récupérons un TTA que nous ne pouvons jamais poser ! Je ne sais pas dans quelle profession aujourd'hui, on est réveillé la nuit pour prendre des décisions importantes concernant des patients, sans aucune contrepartie financière. Bon courage pour motiver les jeunes médecins de rester à l'hôpital !

Rémunération moindre qu'avant la réforme et ce même en l'absence de déplacement

Compliquée

GRANDE DISPARITE DE FORFAIT SELON LA SPECIALITE, INJUSTICE +++

On est payé moins

Sur notre CHU de Montpellier les décisions ne sont toujours pas arrêtées, et la contestation est forte. C'est rassurant de voir qu'une tentative de concertation existe. Mais en même temps avec cette non-décision, je ne suis plus payée de mes astreintes HU depuis Novembre, ce qui est franchement injuste.

Cette réforme a fait baisser la rémunération en cas de déplacement et en général nous sommes moins de fait moins bien payés.

Manque d'égalité dans l'évaluation de la pénibilité de chaque astreinte. La pénurie dans certaines spécialités a pesé trop lourd dans la balance

RAS

Aucun

Revalorisation pour la quasi-totalité des spécialités sauf la nôtre en gynécologie obstétrique.

Pénibilité majeure +++ qui dépasse les 280e l'astreinte. Manque de reconnaissance de la responsabilité, de l'urgence vitale de chaque geste de cette spécialité. Pénibilité et manque de respect ressenti de devoir en plus devoir justifié par une fiche chaque intervention horodatée de l'astreinte... perte de temps +++ en sortie d'astreinte après une nuit blanche et alors que la consultation/écho/bloc déborde, de devoir retracer toute l'astreinte... Dévalorisation et dégradation ++ de la reconnaissance de cette spécialité dont la pénibilité est majeure. Risque de fuite des GO vers le libéral++

Réforme aberrante car elle a abouti à un forfait moindre ou équivalent à l'ancienne rémunération alors qu'elle était intitulée "revalorisation"

Cette réforme semble valoriser les astreintes peu déplacées mais défavorise clairement les astreintes très déplacées. Le forfait négocié par la direction locale pour notre service n'était pas celui convenu, nous n'avons pas été informés de choix et on l'a découvert lors de premier bulletin de salaire après réforme ; Une perte significative mensuelle a été observé pour les PH de service par comparaison à une période à charge de travail égale antérieure. Comme d'habitude, aucun respect de travail des PH dans les hôpitaux.

Notre service a obtenu le forfait min de 70 euros. Les conditions d'attribution des forfaits sont opaques. On a le même forfait que des astreintes sans déplacement or on est déplacé environ

1x/3 sur une période d'environ une heure. On est obligé de rester à proximité de l'établissement. J'aurais aimé des critères nationaux qui prennent en compte le nb de déplacements, la durée, la fréquence de prise des astreintes et que celles-ci soient revues de façon annuelle par les établissements en fonction de l'évolution de l'activité.

Attente de la réponse de l'ARS avant le déploiement de la réforme intermédiaire.

Aucune considération pour le temps réel travaillé, trauma center niveau 1 et spécialité lourde rémunéré à une misère à l'heure.

Dans mon CHU nous sommes moins bien rémunérés qu'avant alors que le ministère de la santé ne fait que s'enorgueillir d'avoir revalorisé les astreintes des médecins ces dernières années/mois. C'est une propagande mensongère. Ces réformes illisibles sont une diversion pour réduire les coûts du système de santé au détriment des médecins hospitaliers. Cela témoigne d'un profond mépris pour nos fonctions.

"JE TROUVE QUE LA FORMULATION DE LA REFORME DES ASTREINTES SELON LEUR FORMAT EST NULLE.

IL AURAIT MIEUX VALU DONNER UN CHIFFREZ UNIQUE POUR LES ASTREINTES FORFAITAIRES ET LES ASTREINTES OPERATIONNELLES A APPLIQUER D'EMBLÉE. NOTRE ADMINISTRATION HOSPITALIERE NOUS A EXPLIQUE QU'EN RAISON DU DEFICIT LIE AUX REMPLACANTS ? LE BUDGET QUI LEUR A ETE ALLOUE SERVIRA A COMBLE LE DEFICIT DES REMPLACANTS. LA DOUBLE PEINE ON N'EST PLUS REMUNERE EN COUVERTURE ALORS QU'ON EST OBLIGE DE SE TENIR A DISPOSITION.

C'EST UN COMBLE !"

L'absence de cadrage clair amène les professionnels à se prendre à partie sur le niveaux de pénibilité en se comparant les uns aux autres

"Ici paye 130€. Alors que la plupart des chirurgiens sont au forfait maximum.  
Concernant le TTA, pas de contrat signé, nous ne savons donc pas comment se fera la rémunération "

Inégalités entre statut hu et non hu / inégalité entre les chir et l'anesthésie pour le même acte / baisse de salaire pour le même travail

Volonté d'appliquer une équité sur l'ensemble du GHT 85 alors que les activités des différentes spécialités est différente entre les périph et l'établissement support

Je ne suis plus concerné depuis que j'ai changé de service, mais cette réforme n'est que la juste reconnaissance du travail effectué dans l'ombre, lorsqu'on est rappelé de chez soi pour aider à la continuité de service !!

Méthode de tarification incompréhensible (il est devenu impossible de vérifier sa fiche de paye !). Pour l'instant nécessite une augmentation de budget important pour l'hôpital, dont on ne sait pas s'il sera reconduit dans 1 an

C'est très bien mais certaines astreintes sont presque autant rémunérées que des gardes sur place

Très mal mise en place, perte nette de revenu (forfait de 70€, pas de paiement des déplacements) : travailler autant pour gagner moins, UNE HONTE, un manque de respect et un mépris profond de la part de la direction

Pertinente

"COPS peu représentative de l'ensemble des spécialités concernées par les astreintes. Très mauvaise communication locale et implication des membres de la COPS partisane."

n/a

Plus de clarté et d'informations

Réforme se fondant sur le classement en fonction de la pénibilité. Ce classement est insultant, malhonnête et outrancier. Il a divisé les spécialités dans notre établissement. Il a été réalisé par des professionnel n'ayant aucune idée de la réalité de terrain. En bref, cette réforme est odieuse, consiste à trouver un moyen pour nous revaloriser le moins possible en bricolant pour évoquer une dévalorisation importante. La reconnaissance de la permanence des soins (je suis orthopédiste) est médiocre (23,3€ de l'heure) L'administration et les ARS nous méprise et nous malmène. C'est scandaleux

Une honte, on devait être revalorisé mais nous sommes dévalorisés ! La clinique d'en face à une astreinte payé 250 euros, alors que nous allons être payé 180 euros et que nous nous déplaçons contrairement à eux .... et que nous sommes CHU de recours ....

Cette réforme est absurde le paiement au déplacement valorisait le temps de travail. Notre GH a bien géré mais je ne cautionne pas l'idée de la réforme

Bonne revalorisation mais probable ajustement à la baisse dans les années qui viennent

Pas suffisant

Discussion tendue, en cours avec la DAM de notre hôpital qui a trafiqué les grilles de pénibilité des astreintes et minimise notre temps de présence sur place avec une méthode de. Calcul injuste net faussé, les forfaits ne sont pas validés encore à ce jour.

Aux dernières nouvelle, tarifs des forfaits toujours en négociation auprès de l'ARS. Je ne sais pas si les astreintes depuis novembre ont été rémunérées.

L'absence de transparence et d'uniformisation a créé beaucoup de sentiment d'iniquité tant en local quand GHT qu'en régional, les mêmes fonctions ont parfois des revalorisations différentes au sein d'un GHT. Il ne devrait y avoir qu'une règle univoque à appliquer.

Inadmissible reforme ciblant les PH tellement dévoués pour leur travail : où comment faire fuir les PH du public vers le privé

Non concernée

Période probatoire toujours pas appliquée

"Réforme qui privilégie localement les spécialités chirurgicales versus médicales, notamment certaines qui sont peu déplacées en réalité puisque basé sur un déclaratif.

Travaillant sur du territoire et deux sites distincts, pour une astreinte de même spécialité, elles ont la même rémunération malgré un recours et donc une pénibilité très différente."

"Diviser pour mieux régner, encore et toujours.

Nous payer toujours moins, et sur les périodes de travail les plus pénibles, nuits, week-ends, jours fériés... A se demander pourquoi je continue de faire mon métier, avec si peu de reconnaissance.  
"

Réunions COPS toujours en cours, montants des forfaits attendus le 27/01....

À nouveau tout est opaque et pas d'explication claire sur les tarifs et la mise en place

Pour les spécialités médicales de mon ch, dévalorisation du temps de déplacements lié à la suppression de l'indemnité de sujexion et perte de rémunération d'environ 250/300 euros par astreinte

Je trouve que cette enquête est prématuée car pour le moment on a uniquement été informé de comment elle va être appliquée mais on ne l'a pas encore vu (premier mois de forfaitisation en nov. 2025 - sera visible sur la fiche de paye de fin janvier ; première régularisation de déplacements et TTA prévu en fin février)

Bcp d'astreintes étaient déjà forfaitisées et très bien valorisées donc nouveau dispositif peu lisible pour les professionnels et une course à l'€

Trop d'opacité. Pas de score SNPHARE utilisé à Sorbonne Université. Trop d'écart entre spécialités. Différence HU et H pas pour toutes les spécialités !!

"En ce qui concerne mon service de Médecine vasculaire. Nous avions 2 lignes d'astreintes car 2 listes de professionnels à pouvoir participer (doppler et service).

Nous avions un forfait de 150 euros par 1/2 journée soir 1275 euros la semaine (avec une visite le samedi, une visite le dimanche jusqu'à 14h en gros. Là on nous a passé à 70 de forfait et donc il nous faudra 20heures de déplacement pour garder la même rémunération ce qui est tres rare dans notre activité"

Peu claire, pas d'uniformisation selon le type d'établissement et le type d'astreintes au sein des GHT... je pense ne pas avoir tout compris mais avec l'administration française c'est une habitude, c'est d'ailleurs pourquoi j'ai arrêté la chefferie de mon service après seulement 1 an à l'exercer et que j'arrête progressivement tout ce qui est institutionnel : c'est devenu une perte de temps et d'intérêt à mes yeux.

Réforme non financée --> les établissements en ont profité pour baisser l'enveloppe globale, car très peu de médecins ont compris les enjeux. Donc pas facile de se faire entendre. On en reparle dans 6 mois quand ils se seront aperçus qu'ils y perdent.

Injustice concernant le forfait maximum pour les astreintes fortement mobilisées, perte de rémunération

Une usine à gaz et pas d'augmentation de rémunération au final

Le forfait choisi par le comité stratégique n'a rien avoir avec les discussions, les votes, ni les scenarios proposés au cours des multiples réunion.

Plutôt bonne au départ mais trop de liberté laissée aux directions créant des inégalités entre CH, nous sommes payés moitié moins que nos confrères des CH alentours (y compris dans le même GHT), il en résultera une mise en concurrence des hôpitaux pour le recrutement de jeunes PH, une démotivation de certains PH voire une réflexion à quitter le service public.

Il est scandaleux de faire des réformes qui vont peser sur le budget de l'hôpital sans revalorisation du mode de rémunération des hôpitaux. Il est, à mon sens, impossible aujourd'hui pour un hôpital de ne pas être en déficitaire.

Pas de revalorisation avec le nouveau format alors que c'était un engagement. Encore une fois nos revendications sont bafouées.

"La délégation de l'application de cette réforme au niveau local est d'une grande lâcheté de la part de l'Etat. Elle expose à l'arbitraire, à des arbitrages opaques et des écarts de revalorisation difficiles à comprendre et que les directions seraient probablement en mal de justifier. Le clientélisme n'est pas à exclure non plus.

Une revalorisation nationale du forfait d'astreinte aurait été plus simple, plus incontestable et plus juste au final."

Je n'ai que très peu suivi les débats autour mais ai assisté aux délibérations à la CME, je ne suis pas certain d'avoir bien compris pourquoi l'utilisation de cette méthode plutôt qu'une autre et le manque de souplesse de cette dernière pour des astreintes qui peuvent être bien différentes en semaine ou en week-end, je suppose qu'elle est faite pour simplifier et lisser, et à fortiori, revaloriser

"La séniorisation des DJ est rémunérée seulement sur les 3 premières astreintes.  
Encore insuffisante car pénibilité assez peu prise en compte. Pas assez de budget donné aux hôpitaux par l'ARS. "

La réforme crée des inégalités et tensions, compétition entre les établissements. Une réforme nationale, augmentation comme pour les gardes, aurait été préférable,

Les grandes différences de forfait d'astreinte entre hôpitaux de la même région sont un vrai problème

Plutôt favorable pour ma ligne d'astreinte mais d'autres sont déficitaires au sein du CH (moindre rémunération !!)

Pas vraiment. Car pas d'astreinte rémunérée ds notre service

Il s'agit simplement d'un changement sur le mode de rémunération, dans le cas de mon service, cela n'a entraîné aucune revalorisation des astreintes.

"Après simulation sur une année type (2024), la réforme des astreintes m'aurait fait perdre de l'argent par rapport à l'ancien système. Je n'ai jamais compris comment le palier de mon service a été retenu (palier 2), alors que des services comparables ont un palier 3 ou 4. De plus, ce nouveau système pénalise ceux qui passent le plus de temps sur place, donc ceux pour qui l'astreinte est plus lourde, et favorise au contraire ceux qui peuvent partir rapidement. L'ancien système avait sans doute des défauts, mais il permettait une rémunération plus juste, basée sur les déplacements réellement effectués, de façon individuelle, et prenant en compte les différences de pénibilité d'un week-end à l'autre (et donc d'un praticien à l'autre). Il suffisait peut-être de revoir la valorisation de l'ancien système et/ou de prendre en compte les appels téléphoniques sans déplacement... ?

À titre d'exemple, pour un week-end d'astreinte avec 5 heures de présence le samedi après-midi et 10 heures le dimanche, c'est-à-dire une astreinte particulièrement pénible dans mon activité :  
- ancien système : 4,5 astreintes à 44 € + 3 plages de déplacements à 140 € = 618 € (hors TTA)

- nouveau système : 4,5 astreintes forfaitisées à 100 € = 450 € (hors TTA)

Au total, cette réforme a contribué, pour ma part, à une démotivation supplémentaire vis-à-vis de l'hôpital public."

"La réforme est nécessaire mais donne les pleins pouvoirs à la direction des établissements qui doivent composer avec le déficit financier propre à l'établissement. Cela mène à de fortes différences de rémunération des lignes d'astreinte entre les établissements (qui sont parfois proches géographiquement, malgré la volonté d'homogénéiser au sein du GHT).

Par ailleurs, cette réflexion sur la ""pénibilité"" de l'astreinte est source de confrontations désagréables entre les médecins au sein de l'établissement, avec de réelles différences de point

de vue sur la définition de pénibilité. Les critères de pénibilité utilisés ne sont pas reconnus légitimes par tout le monde. Cela créer des tensions entre les différentes spécialités et un sentiment de non-reconnaissance pour les lignes d'astreinte jugées moins pénibles par les critères actuels."

Pour le moment, l'ARS refuse de valider les forfaits proposés et souhaite que ceux-ci soient moins élevés

Injustice vis-à-vis du statut d'assistance spécialiste et de praticien hospitalier qui a le droit à la tta qui permet d'avoir une rémunération moins injuste et non forfaitaire la réforme en

Discordance forfait CHU autre CH qui ne récompense pas du tout l'activité du CHU

"L'administration de notre CHU essaye de faire des économies de ""bout de ficelle"" sur le dos des médecins. On nous a rétrogradé le paiement de nos astreintes à postérieur : nous avons reçu un message le 21 novembre nous expliquant que le logiciel de paye n'étant pas prêt on nous paierait à partir du 1 novembre 70E de forfait et pas de TTA pour une durée indéterminée jusqu'à ce que le logiciel soit prêt!! levée de boucliers bien sûr ils ont été obligés de faire autrement et de payer le TTA, des forfaits transitoires ont été accordés à chaque ligne d'astreinte par de savants calculs tenant compte uniquement des déplacements de l'année 2024 sans aucune notion de pénibilité

Ils seront revus en fonction du travail de la cops sur la pénibilité mais on ne sait pas quand et la dernière cops a acté que les déplacements entre 18h30 et on ne sait pas encore quelle heure ne seront plus indemnisés pour d'obscures raisons incompréhensibles.

Les médecins de notre chu sont en souffrance, et la direction va négocier ligne par ligne les astreintes, la valorisation des astreintes les plus pénibles se fera au détriment des moins dérangées."

Nécessaire mais rémunération insuffisante

J'ai déjà sollicité la DAM de mon établissement pour discuter de cette réforme. Les décisions ont été prise unilatéralement par l'administration de mon établissement sur les forfaits.

"réponse des affaires médicales aujourd'hui. ""Docteur D. bonjour,  
Nous allons réaliser une note d'information expliquant ce que la réforme des astreintes modifie, ainsi que les montants arrêtés, qui pour le moment ne sont pas définis.  
Vous souhaitant une agréable fin de journée.  
Cordialement,"

La pénibilité des astreintes de chirurgie digestive n'est pas reconnue à sa juste valeur

Répartition très inéquitable des différentes tranches de forfaits au sein des spécialités. Forfait maximal attribué uniquement aux spécialités chirurgicales qui devraient être en garde au vu de leurs nombreux déplacements, donc nivellement par le bas pour les autres spécialités à astreinte.

"La spécialité des obstétriciens est l'une des plus pénible (stress déplacements nocturnes parfois extrême urgence code rouge , , stress médico-légal pas de repos compensateur : programme opératoire à effectuer le lendemain à 8h même si l'on n'a pas dormi la nuit ), la réforme aboutit à une perte de rémunération de notre forfait antérieur, les intérimaire sont payé plus de 1000euros et on reprend souvent au pied levé l'astreinte s'il n'y a personne pour éviter la fermeture de la maternité .... , de plus on nous demande par des grilles complexes à remplir de justifier chaque acticité (chronophage) et celles effectués en journée en plus de notre activité habituelle ne sont pas prises en compte (césarienne/ forceps , intervention d'urgence etc.) qui nous interrompt dans notre programme ), nous n'avons aucun repos compensateur contrairement aux anesthésistes ..." "

Rémunération forfaitaire de l'astreinte moins avantageuse qu'avant car la TTA lors du déplacement bien que renseignée est opaque lorsque l'on souhaite récupérer le temps travailler. Impression qu'elle disparaît en fin d'année ... Compteurs Clepsydre TTA et RIS qui disparaissent d'une année à l'autre, tout est remis à zéro et non basculé sur le CET : où est passé l'argent ? TTA de toute façon sous payé donc ce n'est pas mon choix

Dans notre CH une entente a pu se faire concernant les niveaux de forfaitisation pour chaque spécialité, par contre toujours pas de contrat de temps de travail proposé et signé aux PH travaillant en demi-journée. Cela a l'air d'arranger tout le monde avec souvent des PH qui préfèrent être payé que récupérer alors que l'idée première de cette réforme n'était pas cela je pense. C'est un peu dommage à mon avis.

Calcul semblant avoir été réalisé, pour coller exactement à l'enveloppe anciennement allouée aux lignes d'astreintes à l'échelle de l'institution

Pas de prise en compte de la pénibilité dans la grille d'évaluation % de réévaluation très différents au sein d'un même service

Les astreintes des PA (PADHUE) ne sont pas valorisées : 5 astreintes pour faire une permanence sur place, et c'est injuste. On fait le même travail, on ne sollicite jamais (du moins là où je travaille, les collègues sous couverture)

Information fin décembre en cme sur la tarification et le max de 50% de rémunération des déplacements, plusieurs mails à la direction pour mes déplacements effectué rester sans réponses

Le terme de revalorisation est usurpé. La pénibilité n'est pas prise en compte. Cela crée en plus des conflits entre les spécialités.

Notre hôpital nous a mis à nous biologistes et nos collègues pharmaciens au minimum 70 euros alors que nous sommes que 3 dans notre pool et que les astreintes sont systématiquement déplacées le week-end. Nous n'avons pas d'internes. On en a gros ! En fait c'est simple c'est du mépris.

Dans l'idée cette réforme est bien mais dépend trop de l'aide financière fournie par l'ARS. Donc la rémunération des services dépend trop de cette aide et non de points bien définis et proposés par certains syndicats.

"Dans mon hôpital, nous sommes d'""astreinte"" le week-end... alors que nous venons faire la visite du service qui prend minimum 8h30-14h30... parfois jusqu'à 17h

Lors de la discussion sur la réforme des astreintes, la direction a découvert que dans un service d'hématologie, eh bien oui, ce sont des astreintes où on vient systématiquement faire la visite et pas juste une grasse mat chez nous à attendre un appel !!!!

Si notre établissement était honnête, ils nous proposeraient des demi-gardes !

On nous a vendu une revalorisation alors que c'est une dévalorisation - c'est de l'irrespect des médecins

Dommage que cette réforme qui devait reconnaître la pénibilité de l'exercice des praticiens H et HU ait pu être galvaudée de la sorte

"Sujet assez obscur et nous sommes en attente des rémunérations des fameux forfaits. Seul un score de pénibilité par service a été présenté à la COPS récemment, mais les services n'ont pas été sollicité pour la conception de ce score..."

Nous sommes assez inquiets de la dévalorisation de nos astreintes, la CME veille au grain mais sans savoir quelle impact elle pourra avoir réellement"

Elle facilite le calcul de la rémunération des astreintes mais je ne perçois en quoi elle constitue une revalorisation

"La COPS a été correctement menée au sein de notre établissement (EPSM), avec une validation par la direction de grilles tarifaires tenant compte de la pénibilité (nombre d'astreintes annuelles, nombre de déplacements).

Cependant, le CHU, en tant qu'établissement coordonnateur du GHT, a refusé le forfait proposé pour les pharmaciens. La DAM du CHU a motivé ce refus par l'argument suivant : « nous n'allons pas rémunérer des pharmaciens davantage que des médecins ». Cette réponse ne reposait sur aucun critère objectif, ce qui a conduit à une révision du forfait à la baisse.

Par ailleurs, l'uniformisation des rémunérations à l'échelle d'un GHT ou d'un territoire ne paraît pas toujours pertinente. À titre d'exemple :

- au CHU : garde assurée par un interne, avec un pharmacien d'astreinte en seconde ligne ;
- à l'EPSM : astreinte opérationnelle assurée par un pharmacien ou un interne, avec possibilité de solliciter un pharmacien d'appel exceptionnel (en cas d'astreinte assurée par un interne).

Dans ce contexte, il ne semble pas incohérent que la rémunération des astreintes diffère selon le type de pharmacien au sein d'un même GHT.

Idem au sein d'un territoire, en fonction du nombre de déplacement par astreinte, une astreinte peut être très différente d'un CH à l'autre."

Au niveau de la APHP les astreintes sont payées au minimum possible et nous n'avons pas le droit à la récupération du TA

Les rémunérations sont déjà différentes selon temps continu, urgence et service à demi-journée et j'ai l'impression que c'est de nouveau les PH qui ont un temps de travail en demi-journée qui sont les dindons de la farce

Forfaits différents sur le GHT pour une même spécialité alors que pénibilité égale, et forfait identique pour un service de même spécialité alors qu'ils ne se déplacent pas le dimanche

Médecin DIM donc sans astreinte ni garde, non concerné par les astreintes mais par les extractions de données qui sont différentes d'un établissement à un autre avec pourtant les mêmes instructions mais une lecture différente

Le problème sur la forfaitisation des astreintes a été au niveau du GHT (CHU pivot) qui a minoré les forfaits proposés (- 80 euros par rapport à la proposition de notre COPS) du fait de notre spécialité (chir > med > pharmacien) en dévalorisant totalement l'intérêt de la permanence des soins de l'ensemble du corps médical. Inacceptable venant d'un DAM de CHU pivot de notre GHT.... et avec une volonté à peine cachée de revaloriser les astreintes (voir en gagner). Pour info, nous sommes 4 PH à tourner sur un pool d'astreinte (sur une étude de mai 2024 à avril 2025 : 83 plages d'astreinte par PH pour 31,6 TTA par PH).

Très appréciable dans notre petit établissement

La reforme nous fait perdre une ligne de demi astreinte et une majoration d'un forfait pour sous-effectif (ligne à 4 seniors pour l'astreinte), nous faisant perdre 40% de notre salaire d'astreinte. Nous ne sommes pas en mesure d'assurer la permanence de soin dans notre service en respectant les repos de sécurité, nous ne les prenons donc pas. Et nous n'avons pas de récupération en cas de déplacement (même de plus de 3h). Et nos HU n'ont pas de majoration en cas de déplacement

pour le moment, ils n'ont pas été pris en compte dans la réforme pour le moment. Nous avons 160e de forfait, qui est le plus important proposé au CHU de Nantes, malgré la pénibilité reconnue comme maximum (ancienne ligne de demi garde et effectif à 4 sur la liste d'astreinte)

Non concernée

Montant très aléatoire et non spécifique aux difficultés de chaque établissement ou de territoire

Réforme très obscure présentée par la direction et les médico-administratifs (chef de pôle, CME..) comme un progrès !

Astreintes avec peu de déplacement, mais départ vers 20h, bcp d'appels en nuits profondes.

La rémunération a été diminuée ...

Cette réforme des astreintes ne change rien pour moi, ce n'est donc pas une revalorisation. Elle ne tient pas en compte non plus la pénibilité due aux appels téléphoniques sans déplacement.

C'est une pagaille sans fin... les CCA se sont retirés du tour d'astreinte car déplacements non payé du coup les PH doivent faire plus tout en étant moins payé...

"Le principe des niveaux de forfaits et des critères de classement est critiquable, d'autant que les taux par ligne d'astreinte complexifient davantage et crée des réelles inégalités et sentiment d'injustice.

Par ailleurs, vigilance quant à l'instruction publiée le 31/12/2025 qui est clairement contraire à nos intérêts : le ministère cherche à continuer de nous exploiter jusqu'à l'épuisement... Réaffirmation de 4 DJ par 24 h (vs revendication souhaitée de 5DJ par 24h) et l'annexe 4 relative au décompte du temps de travail en début de soirée, qui tend à se développer en dehors des plateaux techniques (au prétexte d'une offre de soin insuffisante) "

Annonce de revalorisation et de simplification. On en est loin

Laisser le choix du forfait à la volonté des directions assure que le niveau minimal va être proposé à tous, et par la baisse de tarification pour les heures déplacés 162e/5h actuellement contre 250e/5h anciennement va pénaliser le plus le personnel le plus déplacés !!! La réforme est favorable seulement aux astreintes rarement déplacées. 32euro /h dimanche nuit c'est une honte !

Une injustice flagrante qui règnent responsable des conflits et manque des motivations,

Réforme difficile à comprendre pour moi ... mais souhaitable !!

"Encore une fois on se fout des PH. Une réforme menée en urgence dans les CHU. Cela ne répondra pas au défi d'attractivité des HU et PH.

On rappelle que comme toujours c'est le public qui porte le système de santé à bout de souffle qui est une fuite en avant vers les dépenses malgré que les salaires ne sont pas à la hauteur des responsabilités ! "

Nous avons fait venir le directeur des affaires médicales dans le service. Il a été incapable de nous comparer les rémunérations avant vs après car méthodologie semblant trop complexe. Ce manque de transparence est catastrophique pour la confiance des médecins envers leur direction et reflète bien le contexte actuel de manque d'interaction entraînant des décisions unilatérales. Pour la CoPs nous sommes représentés par des spécialistes médicaux qui n'ont aucune notion de la charge de travail de chirurgie. Nous sommes la spécialité qui opère le plus de malades aux urgences. De notre côté, le calcul donne une légère majoration du forfait en l'absence de

déplacement mais une perte de salaire en cas de déplacement. Je suis en orthopédie avec une charge de travail de nuit importante, nous opérons le plus de malade aux urgences et je ne comprends pas que les spécialités avec le plus de travail la nuit ne soit pas à un forfait proche du maximum puisque l'intervalle a pour objectif de fixer des rémunérations plus justes.

Nécessite de budget supplémentaire pour que ce soit une revalorisation - nécessité de réorganisation au sein de chaque hôpital pour redonner du sens à chaque ligne - Nécessité de revalorisation nationale pour les HU (CCA ++)

"Éternel problème entre h et hu

Vivement un statut unique

Le double statut est une erreur avec grilles gardes astreintes TTA retraites qui génèrent du conflit  
Quand on est hospitalier on a la statut pH et notre autre employeur nous donne un autre statut le reste du temps

Manifestement ce double statut ne dérange personne et n'est jamais abordé ??"

Avec une astreinte très déplacée 21h le soir et de 8h30 à 19h les samedis nous sommes largement perdants, le GHT Loire a décidé que personne ne serait payé au taux plein de ce qui est une aberration pour moi puis 240 euros les astreintes centrales du GHT puis 190 euros les autres. Dans notre centre tous les services de médecine avaient un médecin le dimanche matin désormais ce passage est rémunéré 70 euros +TTA et il va donc s'arrêter ce qui est une perte de chance pour les patients et une lourdeur pour l'interne de garde (un médecin senior devrait être mutualiste sur la maturité médecine)

Très attendue

La mise en place des astreintes s'est accompagnée d'un flicage avec signature d'un registre au départ et à l'arrivée (avant système déclaratif pouvant être fait à posteriori), décompte des appels devant passer absolument par un numéro unique (anciennement on nous appeler sur notre portable de n'importe quelle poste de l'hôpital la nuit ou le WE). Ce numéro devant être basculé sur le portable du praticien (non organisé par l'hôpital). Si pas d'appel vers le numéro unique, risque de diminuer le forfait car aux yeux administration pas de pénibilité.

Difficultés à comprendre les textes en particulier la partie récupération

Toujours un système inéquitable

Dans notre cas spécifique, la rémunération pour notre astreinte (qui est opérationnelle, donc en général pas moins de 2 à 4 heures par demi-période) sera divisé par 4 ou 5, voir 6 selon sa durée.

L'Ars n'a toujours pas validé et on est sans nouvelles. Ce qui empêche le nouveau tarif de s'appliquer alors qu'il est validé en Cme.

Il est juste de revaloriser les astreintes mais les déplacements (dimanche matin notamment) devraient être payées comme avant, de manière simple et juste, selon le temps passé

"Nous avons et allons avoir de grosses difficultés à faire valoir notre temps de déplacement en astreinte pour deux raisons principales :

- premièrement : notre ARS parle de ne décompter le temps de déplacement en astreinte uniquement pour la prise en charge de nouveaux patients entrés dans le service en période d'astreinte et non pour la gestion des problèmes urgents des patients déjà hospitalisés dans le service avant cette astreinte.
- deuxièmement : notre direction parle de décompter le TTA uniquement si nous avons dépassé 48h hebdomadaire alors que nous sommes des services en temps décompté par demi-journée.

Donc si nous ne pointons pas tous les jours, ils n'auront pas cette information de temps hebdomadaire réalisé et ne déclencheront donc pas de TTA..."

Rien compris si ce n'est que je toucherai moins qu'avant et que je n'avais aucun intérêt de me déplacer vu que les déplacements ne sont plus rémunérés.

"Les Forfaits chez nous ont été répartis en trois niveaux (70-140-210€). La Direction a demandé une ventilation en 3/3 environ = 1/3 à 70€, 1/3 à 140€ et 1/3 à 210€ selon les scores de pénibilité SNPHARE.

Demander et contrôler les indicateurs utilisés pour calculer la pénibilité de sa ligne : les premiers chiffres (nb de déplacements) utilisés pour le calcul du forfait de notre ligne d'astreinte étaient faux (sans malveillance). Grâce à notre vigilance, ils ont été contestés et corrigés sans réticence et le forfait de la ligne revalorisé en conséquence (changement de tranche -> x2)."

"Très bonne réforme mais mal gérée dans notre établissement.

Cela a créé des tensions entre les médecins et pharmaciens (car les pharmaciens ont été dévalorisés, forfait minimal donc la forfaitisation faisait perdre du salaire, on a dû se battre).

La direction a classé les spécialités, pas toujours justifié en fonction de la pénibilité de l'astreinte... mais plutôt du « statut »"

Validation des forfaits en cours, à ce jour pas de paiement déplacements ou TTA depuis novembre 2025 (rétroactif en 2026 mais quand ?), forfaits 70 euros pour tous en attente évaluation critères de pénibilités, et souhait de la direction d'imposer la récupération en TTA aux astreintes peu déplacées

Avec le forfait, nous sommes moins payés qu'avant sur une astreinte avec un déplacement de plus de 3h ; et la récupération des déplacements via le TTA (intégré aux obligations de service) reste très flou car c'est lissé sur 4 mois (quid d'une semaine de congé sur ces 4 mois ?)

Avec le calcul effectué dans mon établissement, le forfait de base de mes astreintes se trouve dévalué par rapports aux précédents tarifs

"Les forfaits devraient être considéré comme des heures supplémentaires et exonérées d'impôts

Il n'est pas évident dans notre établissement que les tta soient exonérés d'impôts

Pas normal que ces obligations d'astreinte lié à notre statut ne soit pas intégré au calcul des retraites"

Les pratiques, donc le temps passé en astreinte est différent d'un praticien à l'autre de mon service. Il n'est donc pas normal d'être forfaitisé.

Réforme indispensable, correctement mise en place dans notre établissement, qui a permis de rendre visible notre travail de soirée, de nuit et de WE.

Réforme qui permet à des hôpitaux démunis de PH de faire valoir une attractivité aux dépend des autres y compris dans un même GHT malgré l'objectif annoncé d'harmonisation...décision unilatérale des directions...impact à attendre sur continuité des soins si obligation de récupération des TTA

Gardes sur place donc non concerné par contre on soutient l'application de la réforme.

La MEP a été faite de façon collégiale, constructive, avec sollicitation de tous. La méthode a été exposée clairement, débat en COPS et CME...bref, plutôt transparent tout ça !

La réforme a été présentée comme revalorisation, une refonte structurelle, un levier d'attractivité et une reconnaissance de la pénibilité de la PDS : il n'est pas envisageable que certaines lignes d'astreintes soient moins rémunérées après la mise en place de la réforme...

L'application de la réforme n'est pas encore totalement aboutie dans mon CHU à cause de la particularité des HU. De plus, la forfaitisation était déjà appliquée depuis longtemps, ainsi la quantité des déplacements qui seront à rémunérer en TTA n'est pas connue car les déplacements étaient non déclarés.

Notre établissement a dû suivre les recommandations du GHT, on nous a imposé 4 forfaits 70-130-220-280 sans possibilité de s'adapter, un surcoût important pour notre établissement, notre directeur considérant que 70E correspondant plutôt à une seconde ligne d'astreinte, nous avons statué sur les 3 autres forfaits, dans notre service nous sommes gagnants finalement, mais notre direction se donne le droit de modifier en 2026 à la baisse ou à la hausse, je pense que ce sera à la baisse pour nous.

On nous a dit qu'on n'est pas obligé à suivre les circulaires de la DGOS

JE FAIS DES GARDES SUR PLACE ACTUELLEMENT EN TANT QUE PEDIATRE, ET DONC JE NE SUIS PAS DIRECTEMENT CONCERNÉ PAR LES ASTREINTES ; mais je me sens solidaire de mes collègues qui font les astreintes

Mon forfait d'astreinte a baissé du coup je me fais rémunérer mon TTA pour être au même niveau financier. Par ailleurs mon astreinte est payée au même forfait que d'autre spécialités bien moins sollicitée (je suis pédiatre PDS en salle de naissance avec obligation d'intervenir rapidement même forfait que les gériatres par exemple !)

"Nécessité d'avoir des informations sur le coût réel pour les établissements de la mise en place du forfait astreinte (financement de la mesure par l'état ou stabilité des budgets octroyés et donc financement en partie par les établissements).

Nécessité d'un argumentaire DGOS pour imposer la mise en place du TTA pour les PH dans les établissements."

Je n'ai rien compris et en plus dans mon hôpital, la direction refuse le dépassement des horaires, il ne faut pas venir avant 8 h 30 le matin (sauf appel de l'IDE) et ne pas partir après 18 h30 , si dépassement pas de TTA

"Ayant une spécialité à forte pénibilité le week-end, du fait de la continuité des soins (distinction artificielle permanence et continuité) : le temps de week-end est mal revalorisé par ces astreintes forfaitisées (temps long de présence samedi et dimanche, TTA payé plus tard, moins de lien fait entre rémunération et pénibilité) , en revanche, la semaine , avec moins de déplacement, cela est bien revalorisé comparativement au WE.

Sentiment globale d'inéquité : revalorisation locale d'astreinte de sécurité (doublant une garde) au double de notre astreinte par exemple."

Revalorisation indispensable... qui traîne trop, encore une fois : effet d'annonce ?

"Notre établissement est très en retard et vient juste de présenter les tarifs pour le T0 (tarif transitoire) ; les astreintes depuis novembre n'ont pas été payées

le forfait de base a bien été augmenté mais le TTA a été largement dévalorisé et nous devrions toucher tout juste la même chose qu'avant ; du coup il y a une dévalorisation du travail de week end : pour les services avec beaucoup de déplacement le week end et peu en semaine il faut faire la semaine complète avec le week end pour s'y retrouver en termes de rémunération; si on coupe celui qui fait le week end est perdant

Les réunions sur les futurs tarifs et la pénibilité n'ont pas débuté"

Avoir une réunion avec la direction pour comprendre cette réforme (pas uniquement info par le chef de service)

Il existe de multiples lignes d'astreinte sur le CH, toutes ont été revalorisées en astreintes forfaitisées (notamment les labo qui se déplacent fréquemment et les pédiatres qui ont garde très lourde et qui viennent du CHU voisin (logés sur le CH le week-end), seule la nôtre ne l'a pas été (ligne d'astreinte médecine sur l'ensemble du CH + médico-social (3 EHPAD + 1 USLD sur site) les dimanches/ fériés (pas de nuit) mais avait été revalorisée régulièrement suite à nos interventions depuis 2022 (système totalement hors cadre sans TTA ni récupération antérieurement) ; depuis 2023 demi-indemnité de sujexion + TTA le matin; depuis 2025 nous récupérons le dimanche am, maintenant il générera du TTA récupéré ou indemnisé donc en amélioration.

"Pas d'argent dans l'établissement donc le découpage se fait en théorie de manière équivalente entre TTA et forfait de base sur ce qui a été déclaré dans les scores pour ne pas avoir de dépenses supplémentaires. Si pas d'astreinte déplacée, une moindre rémunération car le forfait de base a été diminué. En résumé, c'est une revalorisation sans revalorisation voire une dévalorisation dans les cas où il n'y a pas de déplacement.

C'est complètement hypocrite, je préférerais l'ancien système. Cette réforme a malheureusement permis à certains établissements de revenir sur des acquis, qui étaient, à mon sens, mérités."

Quasi statu quo du fait du déficit budgétaire de l'hôpital et même report du paiement des astreintes de fin 2025 à mars 2026 pour défaut de trésorerie

Réforme mal ou non appliquée

Sur le CHU d'Orléans, toutes les spécialités médicales ont été peu considérées avec globalement une baisse de revenu des médecins spécialistes alors que la réforme se voulait être une revalorisation. Administration peu enclue à discuter. Globalement nous allons travailler à l'identique et être moins rémunérées ce qui n'est pas le cas des spécialités chirurgicales.

Pas de budget pour une "vraie revalorisation"

Autant l'ancienne rémunération était insuffisante, autant la nouvelle est plus que suffisante

Notre service a clairement été pénalisé du fait de sous-déclarations de déplacements (praticiens de passage dans le service qui ne prenaient pas la peine de déclarer tous leurs déplacements) alors que des services qui sur déclarent des déplacements se retrouvent donc avec un forfait bien plus important.

Nécessaire et indispensable

"Spécialités médicales : auparavant, nous étions en AS chaque nuit et pour les week-ends avec plusieurs appels par semaines dans les différentes spécialités (essentiellement médecine interne, douleurs + SP, rhumatologie etc.). On nous dit que le budget ne le permet plus, on nous demande d'arrêter les AS de nuit, rémunération forfaitisée les week-ends, contactables jusqu'à 18h30. Pas de rémunération pour les déplacements, seulement l'inscription des heures de présence pour récupérer par la suite (déplacement de 5h = 0,5 journée de récupération), pas de possibilité de rémunération.

On nous demande de choisir : astreinte ou demi-garde pour le dimanche matin, cette dernière nécessitant une présence de 8h30 à 13h30.

Je ne sais pas si considéré comme obligations de service."

Astreintes non payées mais récupérées avec la réforme

Réforme injuste pour le personnel médico-technique, ne prenant pas en compte la diversité des déplacements

Un signal positif pour le personnel médical pérenne qui tient les services dans un contexte mais reste insuffisant (au regard des prestations versées aux mercenaires médicaux notamment dans les établissements prioritaires)

La discussion sur le montant des astreintes aurait dû se faire avec la participation des sociétés savantes : neurologie sfnv

Réforme indispensable mais dont la méthodologie est plus que discutable et dont les budgets en conséquence n'ont pas été prévus : aberrant !

Notre CH a tenu compte de la pénibilité de nos astreintes et nous a proposé un tarif qui nous convenait. Mais le CHU du GHT a refusé et a voté pour 70 euros de moins par mois et c'est eux qui ont eu le dernier mot. Ils n'ont pas du tout pris en compte la pénibilité. Il ne devrait pas avoir d'harmonisation des forfaits au niveau du GHT. Chaque établissement a ses pénibilités et contraintes.

Discussion tendue sur la génération du TTA et de sa rémunération

"Actuellement, la COPS n'existe plus dans notre hôpital. Et en tant que biologiste, je vais gagner sur les astreintes de semaines si cela passe à 70€. Mais, je vais perdre pour le dimanche où je reste plus que les 3 heures déclenchant le forfait de 250€, au moins les 5h nécessaires pour le TTA. Mais, je ne pense pas que l'hôpital me paiera le TTA. De fait, si c'est le cas pour 5 à 7h de présence le dimanche je gagnerais 70€ contre 250€. En effet, même si nous sommes en 2 et 3 sur la grille SNPHARE. On nous rétorque qu'il y a une ligne budgétée pour le laboratoire ou la pharmacie dans le GHT par l'ARS. De fait, c'est l'hôpital qui paye. Donc, cela sera sans doute 70 €. Nous sommes à 45 mn du CHG de Chartres. Et en termes d'accréditation, les biologistes doivent être habilités. Ce qui est donc impossible de mutualiser les astreintes. D'ailleurs, ni chartres, ni Dreux le souhaite."

Rémunération insuffisante

Le TTA entre 18h et minuit n'est pas compté. Lorsqu'il le sera, cela justifiera le décompte de l'astreinte et de la garde de 18h à 8h en 3 demi-plage. Nous étions déjà forfaitisés depuis 2018 avec un forfait intégrant 1/2 TTA + astreinte soit presque le tarif de la garde que nous avons dû abandonner au profit de l'astreinte contre notre volonté et nous avons perdu notre repos de sécurité du lendemain au passage ...

L'indemnisation de nos déplacements (fréquents), non imposable elle, a diminué d'1/3 dans le cadre d'une réforme dite de "revalorisation" !

Faite à la va vite avec une ARS qui impose et qui ne discute de rien, une DAM autoritaire, un président de CME qui a réglé des points pour ses copains, un président de COPS inexistant, une communauté médicale ou chacun tirait pour lui

"Il y a eu des réunions avec la COPS mais les forfaits n'y ont pas été décidés à ma connaissance. La direction a souhaité que le volume ne dépasse pas ou peu les mesures transitoires appliquées durant l'été. Il y a eu des informations en CME mais pas sur les forfaits définis. Notre service n'a pas été sollicité pour l'élaboration mais notre chef de service étant président de CME, il a pu faire remonter le score du SNPHARE qui a pu être utilisé, en parallèle d'une analyse des appels et déplacements sur une période assez représentative. Je suppose que les propositions de la direction ont été validées en COPS.

Il y a énormément de disparités entre établissements même au sein d'une même région. Pour la même spécialité, on peut aller de 70 à 220€ le forfait. Les organisations sont certainement différentes mais cela ne justifie pas un passage du simple au triple ! C'est là que j'attends l'arbitrage de l'ARS pour lisser un minimum"

Pas d'harmonisation des services équivalents à d'autres CH (exemple de la biologie avec des forfaits allant de 70€ à 170€)

Les grilles auraient dû être imposée par le ministère et non laisser à la discrétion des établissements et des GHT ... Question d'attractivité de mon point de vue ...

Opaque et toujours non appliquée à Rouen

Merci pour votre mobilisation !

Dans notre établissement on ne sait toujours pas où en est la qu'observe aucun retour depuis les annonces faites de mesures transitoires

"Equipe d'anesthésie et réanimation cardiaque pédiatrique, l'hôpital Necker enfants malades:  
Nous sommes une équipe de 17 anesthésistes (juniors et seniors) et 3 cardio pédiatres qui assurent 2 listes de garde présentielle et une liste d'astreintes 24/24 et 7/7 pour une réa de 18 lits (bientôt 26), 3 blocs et une salle hybride kt/bloc.

Nous avons une activité de 4 patients/j au bloc et 4-5 cathétérismes par jour. Nous débordons avec le programme froid tous les jours. Nous avons un programme de transplantation cardiaque et pulmonaire pédiatrique, 20 cœurs et 10 poumons l'année 2025. Le weekend dernier nous avons greffé un cœur vendredi et un samedi.

La direction nous a imposé un forfait de 130€ bruts pour les astreintes. La directrice des affaires médicales nous a expliqué qu'elle a calculé la moyenne de ce qu'on a déclaré en 2024. Même si c'était vrai la loi propose d'homogénéiser les tarifs entre services équivalents."

Le problème est l'interprétation du temps de travail de we nous perdons en qualité de vie notre établissement refuse de reconnaître des demi-journées 3 par we qu'il reconnaît avant et ne transforme en demi-journée qu'au-delà de 5h !! C'est non applicable pour des services comme nous

"Refus pour la deuxième fois de notre proposition par l'ARS car plus de 40 % des forfaits sur le même quartile ... Donc selon la loi il y a forcément des astreintes de difficulté/intensité variable dans tous les établissements .. et ceci alors qu'il y a autant de variété que d'établissements, Avec parfois des établissements où les astreintes sont toutes légères, parfois des établissements où les astreintes sont majoritairement lourdes et parfois des situations panachées

Il n'y a rien de mieux que cela pour mettre les médecins dos-à-dos : Pourquoi le cardiologue forcément travaille-t-il moins que le chirurgien ou vice-versa (et je ne suis ni cardiologue ni chirurgien) ?"

Ben, c'est surtout que plus de 30 ans d'astreintes ne sont pas comptabilisées pour le calcul de ma retraite !

"Réforme avec de grandes ambitions avec enfin un vrai calcul du temps de travail qui finit très mal pour la plupart des astreintes fortement déplacés de mon CHU.

Enveloppe budgétaire gelée par la DG avec forte menace sur COPS et CME, méconnaissance de la reforme par la COPS elle-même qui a utilisé l'ancien TTA de nuit (250€) pour calculer l'enveloppe alloué aux déplacements et a donc minoré tous les forfaits.

Perte importante de salaire et non revalorisation pour toutes les spécialités de l'urgence (anest/chir/radiologue) avec déjà une AG organisé par la CME avec expression d'une importante colère de la part des PH. Mobilisation et grève abordé par certains. Départ vers le privé pour les autres. Un très mauvais tournant pour l'hôpital public français.

En bref, application catastrophique de la reforme."

Dévalorisation des astreintes

Astreintes anesthésie chirurgie néonatale dévalorisées par rapport aux autres lignes d'astreinte...

Mesures temporaires non appliquées pour les astreintes forfaitisées dans mon CHU. Contact va être pris avec la SNPHARE

Nous avions déjà forfaitisé les astreintes avant la réforme. Pour certains services, il va y avoir une perte de rémunération alors que pour d'autres, ce sera un gain !

"Depuis mon email à la DAM, avec copie au SNPHARe, ils ont enfin résolu le problème de logiciel qui les ""empêchaient"" d'appliquer les mesures transitoires : nous devrions être payés rétroactivement sur la paie de février. Merci !

En revanche la ""négociation"" sur les différents niveaux d'astreintes est âpre et difficile : mis à part la coro qu'ils acceptent de mettre à 280€ ils essaient de mettre toutes les autres lignes à 70€ + déplacement. Ils veulent aligner les forfaits entre services ""identiques"" des 2 établissements du GHT sans tenir compte des différences de fonctionnement et du nombre de PH, du type d'interne (socle ou fin de cursus) sur place en garde."

Nous avons dans mon service une astreinte de jour (le week-end) non officielle car refus de l'officialisation par la direction, mais ainsi, nous restons prêts à nous déplacer tout le week-end sans compensation hors déplacements exceptionnels

Satisfaisante

Il faut des consignes claires et précises sur la façon d'évaluer le travail fourni en astreinte : ex : combien d'appels ? combien de temps passé au téléphone ? temps de "télétravail" en garde ?

"Trop compliquée je n'y comprends rien.

1) Il faudrait que les syndicats se mobilisent sur une réforme des astreintes plus claire et plus rémunératrice (car l'administration en profite pour nous perdre et ne pas nous rémunérer) plutôt que de se focaliser sur la permanence des soins qui a été très revalorisée ces dernières années au détriment des astreintes. L'hôpital ne fonctionne pas uniquement grâce aux urgences mais aussi grâce aux services d'aval qui fonctionnent en astreintes.

2) Il faudrait que le temps de travail des PH soit décompté en heures, comme cela l'est aux urgences, afin qu'il puisse être rémunéré (actuellement je travaille 70h/semaine sans rémunération pour les heures supplémentaires car elles sont non comptabilisées)"

Un pas dans la bonne direction bien qu'insuffisant

Bien mais non appliqué pour raisons budgétaires

Forfaitisation d'astreinte depuis 2 ans ici en cardiologie interventionnelle, mais baisse de la rémunération forfaitaire depuis la réforme. Pas trop d'idée quant au complément par TTA

A moyens constants d'après ce que j'ai compris, donc des déçus nombreux et quelques gagnants, je pense.

Aucun commentaire

Réforme pas du tout valorisée financièrement ne prenant pas en compte la pénibilité.

Encore une usine à gaz

Une réforme qui n'a eu aucun effet positif pour nous : critères de pénibilité définis par la direction avec l'objectif de ne pas dépenser plus pour les lignes d'astreintes. On nous a expliqué que si on voulait plus, il fallait négocier avec les chirurgiens pour qu'ils acceptent d'avoir moins...

Bonjour je suis adhérente à la snphare et je ne sais pas comment appliquer le repos de 11h après une astreinte.... si déplacement de 2h de 4 à 6h pas de possibilité de travailler la journée suivante comment faire poser du tta?

REFORME UBUESQUE, UN MEDECIN DE SPECIALITE, UN PHARMACIEN EST INDEMNISE DIFFERENMMENT EN FONCTION DE LA REGION OU IL SE TROUVE EN FRANCE EGALEMENT EN FONCTION DE LA NOCIVITE DE LA FHF SUR SA REGION, DU MEPRIS DE CERTAINS DIRECTEURS DES GHT POUR CERTAINES SPECIALITES

C'est nécessaire et urgent

Disparition de l'indemnité de sujétion.

"Je n'ai pu répondre qu'à une seule des lignes d'astreintes qui assure la permanence des soins en SSR. Mais je fais également des gardes d'étages sur mon centre hospitalier (appelé en 1ere ligne pour tous les problèmes en l'absence d'interne et de déplacement des urgentistes). Cette réforme a fait poser une refonte de cette garde en astreinte mais où il faudrait dormir sur place car il faut un médecin sur l'hôpital... on y perd le repos de garde et ça diminue le tarif..."

Forfait minimal quel que soit les astreintes du labo. Méthodo renseignée mais pas conclusions (points par service donc pas de comparaison possible). Recours sensément possible mais fin de non-recevoir Claire. Réévaluation très théorique vu que pas de critères communiqués. Astreintes peu sollicitées rémunérés au même prix qu'astreinte très sollicité au téléphone.

Pharmacien gérant convention fehap / viser un alignement des rémunérations des astreintes avec le public

Rémunération des astreintes imposée par l'administration, sous couvert d'une enveloppe fixe, pas de négociation de la COPS ? Etat de fait

Sous réserve de "simplification", on redistribue à l'échelle locale la grille de rémunération des astreintes. A la clé : de gros déséquilibres territoriaux pour les PH d'une même spécialité, et des batailles de chiffonniers en interne. Notre structure a décidé arbitrairement que le niveau max était à 200€, chez le voisin c'est 280. De plus, les astreintes les plus déplacées / sollicitées sont celles qui sont le moins bien revalorisées par cette réforme. Cette réforme est aberrante.

Pas d'utilité et chronophage

Je n'effectue pas d'astreintes en tant que pharmacien remplaçant contractuel et je suis l'affaire de très loin.

L'application différente selon l'établissement et l'interprétation variable du texte de loi par chaque administration sont une aberration. Dans notre CHU la décision unidirectionnelle de la direction d'appliquer en mesure transitoire à toutes les lignes d'astreinte le forfait minimum a mobilisé l'ensemble des PH pour une rémunération plus juste. Malgré la promesse de la direction d'un rattrapage "dans les mois suivants" une fois que les forfaits définitifs auront été établis, aucune communication n'avait été faite sur la façon dont ces forfaits allaient être calculés. Cette mobilisation majeure a porté ses fruits à la fois dans l'établissement des forfaits transitoires et sur l'implication plus claire de la COPS dans l'établissement des forfaits définitifs (en cours). Nous attendons la suite.

Bon point cette réforme des astreintes, dommage que ceci crée des inégalités entre établissement (et en défaveur pour recrutement)

Les forfaits sont très injustes et arbitraire. La pénibilité n'a pas été prises en compte par notre direction. Cela crée des grosses disparités entre les spécialités. Il y a des différences majeures en intrahospitalier mais aussi à l'échelle du territoire. Exemple : les astreintes des PH de certains établissements ne sont jamais déplacées car il y a un interne sur place mais elles sont payées sur le même forfait que les nôtres où nous avons des déplacements réguliers et beaucoup de sollicitations téléphoniques. C'est très injuste et défavorable à notre attractivité.

Valorisation nécessaire des astreintes après la revalorisation des gardes. Reconnaissance de la pénibilité des astreintes avec forfait dont la gradation a été légitimement évaluée par les praticiens à travers COPS et CME. Rôle d'influence par les directeurs au niveau des ARS par toujours très clair.

Passage en garde pour continuer à travailler sans dégrader la PEC de patients - mais pour nous praticien plus de contrainte car passage en garde pour la même rémunération et le même travail

Réforme qui semble destinée à faire des économies à l'hôpital

Les grilles ont été imposées par la direction, sans évaluation de la pénibilité

"Je ne suis pas concernée car PH en anesthésie avec gardes 24 h sur place.  
Mais les collègues concernés sont atterrés, et subissent une politique de territoire qui nécessite à niveler par le bas la rémunération des astreintes - notamment celle des pharmaciens -, au nom d'une uniformisation présentée comme souhaitable dans le texte, mais qui est ""vendue"" comme une sorte d'injonction - .

Le référentiel pour cette spécialité est le CHU, qui fonctionne avec des internes en 1ère ligne, alors que dans un petit CH comme le nôtre, il n'y a pas de filtre avant le senior.

Pas de prise en compte du temps travaillé mais non déplacé, encore une fois pour les pharmaciens, qui peuvent être sollicités sans avoir besoin de se déplacer à l'hôpital, et ce à plusieurs reprises y compris en nuit profonde, et de manière durable en examinant le dossier du patient avant de pouvoir apporter une réponse. Cela peut valoir pour d'autres spécialités en astreinte. Ce temps n'est pas absolument pas valorisé dans le texte, et n'a pas été non plus mentionné dans le travail effectué pour créer la grille qui a servi de support de travail pour ""classer"" les types d'astreintes.

De plus l'appréciation des différents items est très direction dépendante.

Tout ça manque de lisibilité.

Cela nous a valu un débat en COPS puis en CME, avec une demande forte de retravailler avec le GHT pour une COPS de territoire et de ne plus avoir des astreintes rémunérées à 70 € avec d'hypothétiques valorisation en TTA ou autre.

En attendant le mois de mai où tout devra être calé (bien que théoriquement rétroactif depuis début novembre), la rémunération précédente est maintenue en accord avec les directions des hôpitaux du territoire.

Je me demandais comment un syndicat d'anesthésie, selon moi beaucoup moins concerné par les astreintes / autres spécialités, s'est trouvé à élaborer la grille ""score astreinte"". Parce que les syndicats des autres spécialités n'ont pas bougé ??

Merci"

Réforme bien expliquée par la direction/forfait le plus bas décidé en COPS en notre absence...

Aucune information de la part de la direction

"Nécessaire mais texte ridicule. Relance concurrence inter établissement pour même travail.  
Discussions tendues avec la direction.  
Décision par défaut qui ne satisfait que la direction."

Une source de conflit car les directions s'en servent pour créer la discorde entre les services et probablement diminution par rapport à ce que l'on avait jusque là

Les tentatives de dévoiement de cette réforme par les directions est affligeante.

Notre direction est hors la loi : refus de payer TTA, refus de récupérer les astreintes, refus de nous revaloriser les astreintes pour les neurologues avec UNV et astreintes lourdes...le plus bas forfait de toute la région. L'ars m'explique qu'ils n'ont pas droit d'ingérence... qui peut m'aider ?

"Notre astreinte est systématiquement déplacée sur les 2 parties de la nuit car nous relisons tous les examens d'imagerie réalisés sur place.

Il s'agit en effet plutôt d'un travail de garde mais pour l'instant l'hôpital nous refuse le recrutement des PH nécessaire au passage en garde (2 postes ou au minimum 1.5 poste).

Cette réforme correspond en moyenne à une perte de 40 euros par astreinte pour nous. Au-delà de l'argent perdu qui n'est certes pas majeur mais quand même, nous le vivons comme un mépris de la part de la direction et une non-reconnaissance de la pénibilité et de la qualité de notre travail, car cela se rajoute à plusieurs actions récentes qui vont également dans ce sens. D'autre part, nous déplorons le manque de communication et d'intégration des pH aux prises de décision (communication de la cme uniquement avec les chefs de service par exemple, et très partielle). De plus, le forfait a été décidé en cops sachant que la présidente de la cops ne fait pas d'astreinte. De plus, au début des discussions, certains membres de la COPs et notamment la présidente n'avait pas saisi que les TTA étaient moins rémunérés qu'avant et donc ne comprenaient pas l'inquiétude des pH et minimisaient nos questionnements à ce sujet."

Je n'ai pas encore vu ma nouvelle fiche de paye prenant en compte la réforme, Fiche de paye toujours très obscure, Jamais de décompte clair, Il faudrait un relevé par quadrimestre, Je ne sais pas pourquoi le tarif maximum n'a pas été appliqué dans notre CH

Notre activité d'urgences a augmenté en 2025. Le forfait a été évalué sur notre activité antérieure. Je pense que nous devrions être à l'échelon au-dessus dans les bases de forfait (actuellement 4/8) car celui-ci ne reflète pas assez la pénibilité de nos astreintes (notamment le we)

Quand je pense à la médecine libérale qui se gave ....

Dans mon CHU : rabotage inacceptable des forfaits entraînant la quasi absence de revalorisation, pour des motifs "budgétaires". Plus des 2/3 des médecins impliqués dans les astreintes ont signé une pétition. Nous attendons l'appui des syndicats. Mépris total de notre direction. C'est une honte. Il faut envoyer des mots d'ordre de grève en soutien des PH pour faire bouger les directions et obtenir des forfaits conformes au texte.

- Les 4 niveaux proposés ont été restrictifs et non adaptés aux besoins spécifiques de chaque établissement et au sein de notre GHT cela n'a pas pu être bougé

- Le problème de la ""sincérité"" des déplacements ""déclaratifs"" revient sur le tapis. Proposition d'une badgeuse pour contrôler les déplacements ce sur quoi la communauté serait d'accord dans un souci de transparence mais refus de comptabiliser le temps en heure en journée et de mettre en fonction une badgeuse aussi pour le travail en journée

- Scandale de l'absence de valorisation de la doublure des Dr Junior et PADHUE qui doivent être doublés. Enorme contrainte pour les disciplines en difficulté démographique comme pédi-néonat et gynéco qui ont un tableau de doublure d'astreinte mobilisable en code rouge pour seconder un PADHUE ou Dr Junior non rémunéré

- Problème du Dumping entre les sites proches où le tarif forfaitaire est différent d'un établissement à l'autre. Comme pour la PST Majorée, il est plus intéressant d'aller faire une astreinte ailleurs que du TTA dans sa propre équipe"

Inacceptable

La réforme est censée revaloriser les astreintes mais notre forfait en chirurgie vasculaire est passé de 199,56 à 130 euros

Pensez aux privées, multi sites, déplacements, récupération mais aussi travail de nuit et événements exceptionnels tels que les astreintes « cycloniques »

Le forfait est une aberration pour les astreintes sur les plateaux techniques. La notion d'activité ou non doit rester. La prise en compte des appels aussi.

Nous verrons bien à quel forfait nous serons fixés (c'est non communiqué à cette heure).

"Réforme intéressante mais non nécessaire pour la permanence des soins mais inapproprié pour la continuité des soins

Il fallait différencier les 2"

Reformé non nécessaire sur la permanence des soins au vu de la rémunération du forfait et clairement inutile sur la continuité des soins

"Imposition de la vision du CHU en tant que pilote GHT. Astreinte de médecine peu déplacer en nocturne méprisé (coefficient de minoration des appels) versus astreinte de chirurgie (coefficient de majoration des déplacements nocturnes).

GHT qui en a profité pour imposer la suppression des lignes d'astreinte qu'elle considère comme inutile/couteuse. Au détriment du patient. Tout en demandant toujours plus d'entrée et de sortie le week end pour soulager les urgences. Mise en danger des soins.

Projet déjà annoncé de baisse des forfaits à venir, alors que l'enveloppe globale PDS est moindre qu'en 2025.

Volonté non assumée de réduire le déficit du CH par une baisse des revenus du PH.

Quel intérêt à être PH ? "

La réforme était nécessaire, mais elle a été utilisée par la Direction pour mettre les praticiens hospitaliers des différentes spécialités les uns contre les autres, car il n'est pas possible que tout le monde soit forfaitisé au maximum. En fonction du déficit de l'hôpital, un forfait aussi bas que possible a été imposé.

Perte sèche d'environ 2000 par mois.

Il n'est pas normal selon moi que la décision finale revienne aux chefs d'établissement : absence d'homogénéité nationale

Valorisons encore plus les médecins hospitaliers publics !!! Et arrêtons d'enlever de plus en plus d'avantages aux médecins

"Manque de communication et de lisibilité y compris sur les feuilles de payés trop compliqués pour les vérifier. Notamment une partie de la rémunération calculée par quadrimestre avec avance puis régularisation. Résultat erreurs fréquentes dans notre établissement avec trop perçus puis demandes de remboursement énormes (erreur après passage à 80%, non versement de cotisations vieillesse ensuite réclamées...)

Demande de simplification des payés pour plus de lisibilité et vérifications en temps réel à M+1"

Au CHU de Tours, les négociations sont en cours pour trouver les différents paliers de forfaitisation. Ce qui a pour conséquence un grand flou, on ne sait plus combien nous sommes rémunérés actuellement depuis le 1er novembre 2025 et on ne sait pas quand on la nouvelle grille sera appliquée. Un des points négatifs et l'absence de possibilité de laisser le choix au praticien de la rémunération ou de la récupération du TTA. Si le choix de l'administration se porte sur la récupération pour notre ligne d'astreinte, les consultations seront pénalisées avec de plus grands délais car il faudra remplacer les collègues des unités nécessitant une permanence de soins : les unités d'hospitalisations complètes et les unités d'urgence et de liaison. Par ailleurs, dans la réforme, la rémunération du TTA est nettement moins avantageuse qu'antérieurement ce qui ne nous motive pas à nous déplacer.

Dévalorisation

Aberration des contraintes d'application (max 30% sur le mm échelon)

Oui il faut absolument que les gardes et les astreintes soient prises en compte dans la retraite

"La direction de l'hôpital de st Pierre a envoyé un courrier aux assistants leur demandant de rembourser le montant des astreintes du 1er janvier 2024 au 30 juin 2025, prétextant l'application de l'arrêté du 23/12/2023.

1. Montant du trop-perçu à régulariser

Sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2024 au 1<sup>er</sup> juin 2025 vous avez perçu :

53 indemnités de sujexion à un montant de 211,01 € ; soit un total de 11 185,55 € brut =

Sur cette même période vous auriez dû percevoir -

53 indemnités de sujexion à un montant de 140,67 € ; soit un total de 7 455,51 € brut ».

• Le montant total du trop-perçu s'élève à : 3 728,02 € brut

Le montant restant à rembourser s'élève à 3 098,72 €

Je ne comprends pas pourquoi alors que l'arrêté dit le contraire ?"

La décision sur les forfaits de notre CH a été prise par le CHU référent sans communication sur le mode de calcul de la pénibilité des astreintes

Dommage qu'on ait pas bénéficié de la mesure transitoirement

Un énorme merci à toutes les personnes qui ont œuvré pour la mise en place de cette réforme absolument nécessaire. Beaucoup de discussions sur le sujet depuis 4 ans avec notre administration, finalement très peu de travail collaboratif au moment de définir les grilles. 4 niveaux défini par l'administration sans concertation avec les PH pour un montant max de 220. On partait de tellement loin qu'on est satisfait.

Bonne chose mais difficile à mettre en place

"Une bonne chose, mais qui aurait dû donner des forfaits fonction des spécialités, pénibilités Cela a créé des tensions énormes entre les services et entre les Hôpitaux, toujours difficile de diviser !!"

Bonne intention mais la situation financière de l'hôpital a joué un rôle important, les rémunérations choisis ne sont pas toutes justes et n'ont pas été comparées à la situation avant la réforme (la direction n'a pas voulu le faire) et donc on ne sait pas si la rémunération s'est améliorée ou non.

Je serai moins payée après application de la réforme que entre juillet et novembre 2025 !

"La Direction des affaires médicales a annoncé en CME que le tarif +30% applicable depuis juillet ne serait pas réalisé à Brest car ""non obligatoire"".

### Très mauvais signal

Notre astreinte était forfaitisée, quels que soient les déplacements, donc les déplacements n'étaient pas déclarés. Avec la réforme, le forfait de base a diminué car ""vous n'avez pas de déplacements déclarés"".

### Très contraignant de comptabiliser les déplacements

### Suite à la réforme je suis moins payé

"Anciennement astreintes forfaitisées (140,67 brut/plage) -à la demande de la CME.

Majoration 30% de juillet à nov. payée en 1 fois sur paie de décembre après nombreux efforts + aide du Snphare.

Désormais, forfait local du GHT, adapté de la grille SNPHARe (5 niveaux forfaits, reprenant les déplacements et pas les sollicitations/télé-expertise) calculé à 3/5 sur historique des déclarations d'astreintes réelles (180€ brut/plage), validé par vote en CME, mais forfait 2/5 (130€ brut/plage) proposé à la direction en CMG, validé ainsi. (Proposition faite par la direction/RH en CMG de manière unilatérale avant la COPS/CME - info découverte par PCME lors de la CMG...). "

"Quelle usine à gaz, et c'est le meilleur moyen pour que tout le monde se tape sur la figure !!! et encore une manière de diviser les docteurs entre eux.

De plus, cette réforme ôte l'indemnité de Sujétion. Ce qui fait que pour un PH qui fait une visite de dimanche matin, comptabilisée par notre établissement car déplacement de 4 heures + 1h de déplacement, cela générait un RTA + 1 indemnité de sujétion+ 1/2 d'indemnité d'astreinte. Dorénavant, la visite du dimanche matin, si on récupère en TTA, est rémunérée 1/2 astreinte (au maximum 160 euros...ce qui n'est pas le cas bien sûr).

Nous faisons partie des PH ayant eu la ""chance"" d'avoir un forfait favorable. Mais nombre de mes collègues ont je pense une baisse sensible au final de leur revenu en lien avec l'astreinte, du fait de la disparition de cette indemnité de sujétion...

Peut-être une bonne idée dans le principe, mais un ni fait ni à faire dans la mise en œuvre, non pas par l'établissement qui a été mis devant le fait accompli, mais par les syndicats qui ont pensé à cette réforme merdique!

"

Une avancée, mais je la juge insuffisante en ce qui concerne la revalorisation...

Cette réforme a créé des dissensions au sein de la communauté médicale en intégrant des différences de pénibilité en fonction des spécialités. En fonction des situations budgétaires des établissements les forfaits pour une même spécialité et à activité comparable sont différentes. L'obligation de 4 forfaits par établissements induit de facto des différences de rémunérations.

Application d'un forfait 2 qui ne correspond absolument pas à la charge de travail d'un service de chirurgie cardiaque pédiatrique, transplanteur cœur poumon

La grille présentée n'a pas été appliquée dans notre établissement. L'établissement support du GHT a eu raison des forfaits établi au sein de son établissement et a jugé que le PH de seconde ligne (interne sur site, et donc jamais déplacé et rarement sollicité) ne devait pas être rémunéré en dessous du PH de périphérie (déplacé 2 à 3 fois par semaine et tenu à rester mobilisable dans un secteur géographique donné...)

"1/ La direction a imposé son calcul des forfaits. Comme celui-ci était favorable à la majorité des PH, ceux pour qui le calcul est défavorable doivent le subir - c'est le cas des pharmaciens

2/ De plus le tableau de calcul des forfaits étaient faux (p.ex. 933 jours d'astreinte par an pour la ligne des psychiatres, et 489 jours pour la ligne des pharmaciens en 2024, bizarre non ?), mais la direction n'a pas modifié le document"

Les forfaits ont dû être évalués à la baisse à la demande de l'ARS pour ne pas "trop dépenser"

Je vais gagner plus mais pas beaucoup plus !

La forfaitisation n'incite pas à se déplacer en nuit profonde...

Idéale pour diviser la communauté médicale d'un établissement

Elle est clivante

Je n'ai rien compris

"Appliquée dans notre établissement mais avec un forfait adapté en fonction des difficultés de recrutement et non selon les critères définis initialement.

Exemple astreinte du secours montagne (bi-départementale, avec des interventions systématiquement à risque au forfait minimum car ligne attractive).

Sur le TTA (même teste) : tarif unique non indexé à l'échelon --> il devient moins bien rémunéré que le temps de travail (contraire au code du travail)."

## Commentaires sur les spécificités HU

Non concernée mais solidaire !

Bonus à mon sens justifié appliqué au niveau du CHU

Une honte que le salaire soit différent pour un travail identique...

Inadmissible qu'on ne puisse pas leur payer leur TTA

Je trouverais juste que la rémunération soit identique entre pH et hu.

Je regrette de m'avoir installé tant que PH en janvier 2020. J'ai perdu 1000 euro brut sur mon salaire, même avec la prime SEGUR. Une autre arnaque contre les anciens pour privilégier les nouveaux installés. Des nouveaux qui ne cherchent pas à venir dans un CH périphérique isolé.

Pas d'infos sur la rémunération compensatrice pour les HU en astreinte...

Nos HU sont furieux d'avoir été juste oubliés et ils ont raison.

"Une aberration de plus. La vocation universitaire (PU) était déjà en crise, nos jeunes préféraient déjà des postes d'assistant partagés avec des périph du GHT plutôt qu'un poste de cca (visite, enseignement, permanence des soins...). Ils ne sont désormais plus payés pour les gardes qu'ils font abondamment.

Comment permettre de motiver des jeunes à une période contraignante sans compensation ?"

Il est anormal que les HU soient perdants dans la réforme des astreintes, ils doivent pouvoir être rémunérés pour leurs déplacements

Statut HU devrait être harmonisé sur le statut H (TTA, congés...)

La manière de gérer le temps des HU et de le décompte est une aberration au même titre que les demi-journées. Le temps continu pour tous et les bons outils de traçabilités sont nécessaires.

Ne devraient pas compter comme PH du Service car ils font de la recherche et ne sont quasiment jamais postés, ce qui est juste mais qui ne les rend pas partie active du service, toute la lourdeur des vacations, des astreintes etc. retombe sur nous, mais quand on compte le nombre de PH on les considère aussi, ce n'est pas juste

LES HU NE FONT RIEN , les services sont gérés par le PH et les assistants

Les HU ne se gênent pas pour ne pas être là le samedi matin ce qui nous oblige à être là sans être rémunérés le samedi matin ; et ils prennent autant de vacances que les PH alors qu'ils ne sont pas censés avoir de récupération...!!!

À améliorer pour les collègues HU ("défavorisés")

C'est inadmissible qu'ils n'aient pas de RTT et que leur TTA ne soit pas pris en compte

En attente d'un texte en cours de discussion à priori

Il est désormais nécessaire que le temps clinique des HU et des H fasse l'objet d'un traitement identique.

C'est un scandale que les universitaires n'aient pas leurs déplacements payés ! Cette réforme n'aurait jamais dû être appliquée en l'état.

"Le rapport de l'IGAS de 2023 donne la recette pour les HU :

- 10 DJ d'OS hebdomadaires,
- mise en place du TTA,
- alignement de la rémunération de la PDS sur celle des H"

Il n'y a plus aucun intérêt à faire une carrière hospitalo-universitaire. Les jeunes DJ ne veulent plus faire CCA, que assistant.

Leur travail mérite d'être justement valorisé (et comptabilisé, autre sujet), cependant localement, sur une grille transitoire, le forfait des HU a été décidé au double de celui des H. très bien, mais de fait, le max étant 280...le max des H est à 140. Pas sûr que cela soit le but. Les discussions sur la grille définitives débutent (pourquoi faire simple), à suivre.

Non concerné mais génère un retard de l'application de la réforme au sein de notre établissement car le CHR établissement support de notre GHT attend les propositions de forfaits d'astreinte du CHU afin de ne pas être en décalage

"Difficile de définir les obligations de service pour un HU, risque d'être pénalisant. Ex : je passe la journée en réunion pour le service et donc non posté en clinique => je ne remplis pas mes obligations de service, idem lorsque je donne cours, suis de jury de thèses, etc..."

Probablement qu'un forfait de base plus élevé pour les HU serait nécessaire pour compenser l'absence de TTA

Passer à 10 demi-journées/ sem et non 11 serait cohérent ainsi qu'augmenter les CA pour combler la différence CA/RTT avec les PH"

Les HU clairement défavorisés

Ce débat ne devrait pas avoir lieu : le jour où on sera tous Dr dans un CHU on aura avancé. Le statut de U c'est à la fac.

Inadmissible alors qu'il y a de moins en moins de jeunes intéressés par ce statut

Ne veulent plus prendre d'astreinte car on ne sait pas comment ils vont être payés (c'est ok pour novembre, décembre mais après pas d'info)

Je ne suis pas concernée mais c'est incroyable d'avoir proposé cette réforme sans penser à leur statut

HU : jouent un rôle à part, décisionnaires dans leur collégialité, sans échanger avec les PH pour les choix de nomination. Imposent des nominations dans des équipes qui ne s'entendent pas car leur choix est politique. Encore un système archaïque de magouille

Les débats se cristallisent sur les HU alors que les PH sont bien plus nombreux et vont perdre de l'argent eux aussi. On détourne un peu le problème, c'est un problème !

Le statut HU n'est plus du tout attractif avec l'absence de TTA

Certaines astreintes HU sont rémunérées au plus haut niveau du fait de leur nombre de déplacement... mais cela me semble une aberration, elle devrait passer en garde pour le bien être des praticiens.

"Dans notre établissement on nous a fait renoncer à nos TTA en faisant un montage astreintes TTA inclus pour ne pas léser les HU, mais au final c'est comme si on renoncer aux TTA

On a bloqué un premier vote et puis la réforme est passée au deuxième vote

On leur a fait remarquer que lorsque les garde de HU CCA compris ont été revalorisées et que celles des PH ne l'ont pas été cela n'a ému personne "

Aberrant

Aberration de ne pas avoir rectifié d'emblée ce grotesque "oubli" pour une population notamment CCA MCU ultra-investis.

Pour le CHU cela pose un problème d'équité PH avec TTA/ HU sans TA, les jeunes CCA perdent en revenus ce qui n'aide pas l'attractivité des carrières HU, pas de retour de la DGOS aux questions posées pour les HU, ce qui va contraindre à trouver une solution locale dont on ignore si elle sera validée par le trésorier payeur.

Ils font un boulot formidable, mais on souffre tous d'une gouvernance totalement inadaptée à notre fonctionnement avec ces deux statuts totalement hétéroclites. On a tort d'admettre que les titres universitaires confèrent du pouvoir, ils ne donnent que du savoir.

Se font toujours avoir. NB : une réévaluation doit être réalisée dans les mois qui viennent par la DAM et la COPS.

La différence de traitement des HU pose un problème.

Ils auraient pu se réveiller avant ;-)!

"Non  
S'auto dispensent pds très très vite !!! Ne méritent pas plus "

Anormal

A un même travail, même rémunération

Pas concerné mais une harmonisation des statuts serait sans doute plus saine

Ils doivent avoir un forfait identique

Le forfait 280 euros est réservé pour les PUPH du GHT 44

Il est indispensable que les HU aient les mêmes droits que les PH

Scandaleux que les déplacements ne puissent pas être rémunéré, cela impacte notre service car les HU ne souhaite pas prendre d'astreinte donc nous nous arrangeons pour que les PH les reprenne, ce qui n'arrange personne

Dans notre service les HU n'ont aucune valorisation de leurs déplacements en astreinte (pas de TTA ou récupération ou rémunération)

Les universitaires doivent absolument bénéficier des mêmes droits que le reste de la communauté médicale

Inacceptable qu'il y ait ces différences de traitement

Les chefs de clinique qui ne sont pas payé en TTA c'est honteux

Has been, ils doivent bénéficier d'une réelle revalorisation globale de leur statut

Les propositions formulées dans notre CHU ne prévoient pur l'instant rien pour les HU, misant sur le fait que le DGOS corrige cette erreur incroyablement aberrante, ce qui ne semble pas se profiler. Le modèle a donc vocation à être revu à Montpellier de A à Z

Injustice enorme

Même combat

Le non-équilibre entre H et HU est vraiment anormal et va impacter de nombreux services. Des astreintes qui pour le coup risquent de devenir très "pénibles" si les HU n'en font plus !

Injuste

Inadmissible

C'est tellement ancré dans les esprits...

"Aucune décision prise, c'est une honte !

3 mois qu'ils ne sont pas payés pour le travail fourni le WE et la nuit, qui fait ça ???"

Les 11 demi-journées sont théoriques et complètement fantaisistes. Je travaille peu de samedis, mais bien sûr la semaine très très souvent hors des clous...

"Totalement pour une harmonisation des statuts HU et H, qui sont d'un autre temps.

Aucun intérêt à cette distinction, si ce n'est d'arriver divisés face aux tutelles administratives...

Nous soignons les mêmes patients dans les mêmes services : nos droits et nos devoirs doivent être les mêmes.

Parole d'un futur HU titulaire."

Non concernée mais je compatis pour leurs retraites

Perte de la rémunération pour déplacement pour les PU-PH

Encore une perte d'attractivité supplémentaire pour les HU

Déplacements non payés, récupération impossible ... Dur

Un scandale aussi, quelle injustice : pas de RTT, astreintes gratuites, retraite moins bonne... je me pose sérieusement la question de partir.

A force qu'on se foute de la gueule des médecins et maintenant des HU j'en suis à sérieusement envisager d'arrêter toute activité médicale et de me réorienter loin de ces gros cons de hauts fonctionnaires incompétents, à la morale douteuse.

CHU avec un très grand bassin de population, avec beaucoup de travail, porté par beaucoup des PH, mais ou que les HU sont respectés et écoutés

Mes collègues HU sont dévalorisés car ils n'ont pas le temps additionnel. PH et HU sont sur la même ligne d'astreinte et ont les mêmes activités en astreinte.

Différence inacceptable, nécessité de prise en compte du travail des HU

Absolument non satisfaisante !!! plus aucun avantage pour la carrière HU, moins payés sans décompte des TTA !! misère

Difficile d'attirer les jeunes dans ces filières quand c'est plus dur, plus long, plus incertain et avec de moins bonnes conditions de travail. A quand une réforme du système universitaire qui n'est plus en adéquation avec son époque et qui n'a pas su évoluer (dans le bon sens) ?

Un des CCA n'est payé que du forfait et pas des déplacements pour les astreintes

Aucune valorisation des déplacements ! Il vaut mieux ne pas se déplacer et bloquer le système...

Ce n'est pas juste c'on fait ne différence

Comment vont-ils récupérer leurs déplacements sur les astreintes ??

Inadmissible de ne pas être rémunéré pour un travail fait (et illégal)

Disparition des HU en l'absence de réforme rapide sur leur rémunération.

Une honte, à diplôme équivalent (voir +) rémunération inférieure !!! Comment voulez-vous motiver les internes à devenir CCA et poursuivre une carrière hospitalo universitaire

"Ce statut devrait DISPARAÎTRE. Quel sens d'avoir une garde à plus de 700 euros et l'autre à 400 euros. Les U devrait compter leur temps de travail. Il y a des services où on les cherche en permanence.

On devrait avoir des primes pour les cours à la fac, pour le rôle dans les commissions, pour la recherche, pour la chefferie, Chaque Titulaire ""équivalent PH"" devrait faire au moins 50% de temps cliniques et le reste repartie fonction des besoins et de ses envies (exemple 20% recherche 20% enseignement 10% administratif...). Les postes non titulaires (donc plus jeunes) comme assistants, PHC devraient faire 80 % de cliniques et 20% enseignement"

Pas de communication sur les U pour la réforme des astreintes

Il faut homogénéiser la rémunération des H et des HU mais pour TOUT : par exemple la rémunération des gardes aussi, il faut revoir et homogénéiser tous les avantages des uns ET des autres et pas seulement les avantages qui favorisent une catégorie plus que l'autre, pour que les PH et les HU puissent rester unis dans les réformes demandées .

Il devrait être revalorisé comme les autres

Il faut harmoniser le temps de travail. Et également il faudrait que les gardes soient payées comme les H et que le salaire de base soit augmenté. C'est une injustice pour les H que les gardes soient payées 2 fois moins alors que le travail de nuit et de WE est le même.

Nos 2 CCA ont arrêté les astreintes vues que leurs déplacements ne sont pas rémunérés.

Totalement défavorable d'être HU actuellement. Il faut se sacrifier.

Un sujet... il y a une poussée chez eux pour demander des RTT ... le statut est donc franchement en train de bouger ... il va falloir regarder alors le tarif de nos gardes de PH

"Je pense qu'un double barème aurait dû être imposé, afin d'avoir un barème spécifique pour valoriser le travail d'astreinte des HU qui n'ont pas accès à l'indemnisation du TA au quadrimestre. J'aurai mis dans le même barème tous les médecins qui choisissent la récupération du TA et non l'indemnisation au quadrimestre, car la rémunération de leurs astreintes va franchement diminuer. Car ce n'est pas le travail d'astreinte qui est revalorisé mais la ""non-récupération du TA"", c'est à dire l'indemnisation du TA au quadrimestre.

Les directions d'établissements veulent dévaloriser le travail d'astreinte, pour compenser la revalorisation de la "«non-récupération du TA»", et maintenir des dépenses stables et donc limiter le déficit budgétaire (dévalorisation de la rémunération du travail d'astreinte + revalorisation de la rémunération de la ""non-récupération du TA"" = total globalement stable)."

La réforme entraîne une baisse d'attractivité nette sur ces postes, augmentons le sacerdoce pour être hospitalier universitaire sans venir d'une bonne famille ou avoir un entourage à l'aise financièrement

Pas normal que déplacement non compté

Ici les déplacements des HU ne sont pas payés !!! Incroyable

Il faut créer pour la partie hospitalière de leurs rémunération une grille équivalente à celle des PH pour que les HU ne restent pas 15 ans sur le dernier échelon sans perspective d'évolution

Complètement oubliés à Nantes, et aucune communication officielle de la part de la direction n'a été faite jusqu'à présent.

Trop présents

Déplacements non payés ils se sont retirés de la liste et les PH font plus même si nous aussi on gagne moins

Pour le statut unique de PH

Je suis MCU associé. Pas de particularité pour ce statut. Nos confrères HU doivent avoir au moins la même rémunération si ce n'est plus,

Nécessité de revalorisation nationale pour les HU (CCA +++) Pour les astreintes et pour l'attractivité globale

"Doit vraiment être réfléchi. Nous avons opté pour de la récupération en temps."

Et encore de l'iniquité !

Nous n'avons pas de TTA, pas de RTT, nous avons 11 demi-journées dues (avec des journées de travail allant de 8 à 10h voir plus)

Les questions abordent les problèmes principaux de cette réforme pour les HU. Je ne fais plus de dimanche d'astreinte car je suis désormais deux fois moins payé qu'avant pour ce dernier, effectuant une visite systématique aux soins intensifs de 8 h 30 à 13 h 30 sur cette astreinte.

Pas de HU chez nous mais la différence de statut est inacceptable.

Les H et HU doivent être rémunérés de façon identique pour un même travail.

Je ne suis pas HU mais leur statut est également un scandale surtout pour la retraite !!

Alors que les CHU reposent sur l'activité d'encadrement et d'innovation des HU, et que seuls les HU peuvent coordonner des DES et donc faire ouvrir des postes d'internes aux EDN, la non-application de la réforme pour les HU est une énième manifestation pour le mépris qui s'exprime à notre encontre

Peu d'empathie pour les HU qui roulement pour leur propre communauté sans transparence sur leurs émoluments réels par rapports aux "simples" PH

"Un statut vieillissant de moins en moins attractif. On force maintenant les post internat vers ce statut pour ne pas perdre le poste..

C'est une ineptie qu'il n'est pas accès au TTA.

Il faut réformer totalement les 3 statuts CCA, PHU et PU."

Problématique des astreintes non rémunérées pour les HU

Bien considérés par notre direction heureusement

Lorsque je travaille le samedi, je ne touche pas d'argent contrairement à mes collègues. Ainsi, un autre HU de mon service a décidé de ne plus participer à la continuité des soins le samedi --> déséquilibre entre HU qui font et ceux qui ne font pas. Déséquilibre aussi avec les PH, qui ont plus de vacances et aussi plus de RTT et lissage

Non concerné mais je trouve que les HU essayent de "manger à tous les rateliers" : Ils critiquent leur absence de RTT, mais ils oublient de dire que leurs gardes sont payées double que celles des H et qu'ils peuvent adapter leur emploi du temps comme ils le souhaitent .... (déclaration de vacances en temps de travail ER ....)

ERREUR PAS DE HU MAIS PRESENTS AU GHT ET SOUHAIT QUE LES PERIPH NE DEPASSENT PAS 220 POUR LAISSER LES 250 ET 280 AU hu !!!!!!!UNIFORMISATION GHT EST LE MAITRE MOT SANS TRAVIL SUR LA PENIBILITE EN FAIT, LES GRILLES SONT PREPAREES FINACIEREMENT PUIS DES DIRECTIONS Y COLLENT LES SPE, 40% ICI ET CeLLE CI EN DESSOUS ETC;;;;

Réforme mal conçue, s'étant assis sur le fait que les HU n'avaient pas de TTA, encore plus défavorisés que les PH dans cette réforme.

La rémunération des astreintes des HU doit enfin tenir compte de l'absence de TTA

Une réforme en profondeur du statut est impérative pour "ré-enchanter" ce type de carrière.

Pour moi c'est inacceptable que les Hu ne se voient plus payer leurs déplacements. Je trouve scandaleux que rien ne se fasse au niveau national pour corriger ça, et que l'administration de l'hôpital ne trouve pas de solution pour compenser cette inégalité que nous ressentons au sein même de notre équipe, ce qui nous fragilise beaucoup.

C'est une honte. Le règlement de cette injustice doit se faire au niveau législatif, mais gros problème de définition du temps de travail chez les HU.

La situation est scandaleuse et me poussera à arrêter les astreintes au semestre prochain.

Pour moi les HU ont une problématique de retraite qu'il faut régler car leur statut n'est pas juste

Source de conflits intra services - rendre plus homogènes les rémunérations (un peu moins d'écart en faveur des HU) et les droits (plus de congés et retraite calculée sur ensemble des rémunérations pour les HU)

Ouvrir le tta aux HU...

"Je pense que le passage à 10 DJ par semaine serait une bonne chose, car notre statut a beaucoup perdu en attractivité comparé à celui des PH. Ce serait une réforme indolore à mon sens, car ne demandant pas d'argent supplémentaire. Une fausse revalorisation en somme.

En pratique nombreux sont ceux qui ne viennent plus, de toute façon."

Il y a des avantages... et des inconvénients

Très bien qu'ils soient limités sur le nombre de garde de nuit et de week-end mais devrait s'étendre à l'ensemble des PH.