

# Top Chrono !

DOSSIER DE PRESSE

RESULTATS DE L'ENQUETE TOP CHRONO  
SUR LE DELAI D'INTERVENTION EN ASTREINTE



**ACTION  
PRATICIENS  
HÔPITAL**



Contact :

Dr Anne Geffroy-Wernet [anne.geffroy-wernet@aph-france.fr](mailto:anne.geffroy-wernet@aph-france.fr)

Dr Yves Rébufat, président d'APH [yves.rebufat@aph-france.fr](mailto:yves.rebufat@aph-france.fr)

## Table des matières

---

Introduction : pourquoi cette enquête ? .....	3
Méthodologie .....	5
Résultats.....	8
Démographie .....	8
Résultats généraux.....	10
Délai départ et cause départ .....	10
Délai arrivée .....	16
Délais d'intervention et réglementations internes ou recommandations .....	17
Commentaires libres (synthèse) .....	18
L'équilibre vie personnelle – vie professionnelle.....	18
Le trajet : le point oublié de la contrainte ? .....	19
Discussion et propositions.....	20
Délai de départ et décompte du temps de travail.....	20
Départ immédiat (« sans délai » et < 15 minutes) .....	20
Le cas particulier de la salle de naissance .....	22
Départ différable (> 15 minutes) .....	23
Le trajet .....	24
Conclusion.....	25
Annexes .....	26
Annexe 1 : Classification des urgences chirurgicales - Etude CLASSES (SFAR) .....	26
Annexe 2 : Commentaires libres (autorisation de publication) .....	27

## Introduction : pourquoi cette enquête ?

L'arrêté du 30 avril 2003<sup>1</sup> régit la continuité et la permanence des soins. La définition du contenu d'une astreinte, de ses modalités d'exercice, des impératifs de délai de réponse et de prise en charge, des conditions pour le transport n'y sont absolument pas mentionnées. Pour les *personnels non médicaux*, l'article 20 du décret 2002-9 modifié<sup>2</sup> décrit ces modalités. Le début de cet article est très clair : « Une période d'astreinte s'entend comme une période pendant laquelle l'agent, qui n'est pas sur son lieu de travail et **sans être à la disposition permanente et immédiate de son employeur**, a l'obligation d'être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail au service de l'établissement. »

Par ailleurs, les recommandations des sociétés savantes ou réglementaires sont – volontairement – très évasives pour indiquer le délai attendu de l'arrivée d'un praticien à la suite d'un appel pour une urgence. La sémantique comprend généralement les expressions « délais raisonnables » ou « délais compatibles avec les impératifs de sécurité » - la sécurité étant celle du patient, pas du praticien ! Parfois, un délai « maximal » d'intervention est indiqué (extraction fœtale en urgence, temps pour déboucher une artère coronaire en cas d'infarctus ou une artère intracérébrale en cas d'AVC). Cependant, il ne s'agit pas de plages où rien ne se passe jusqu'à l'expiration d'un délai, mais d'un continuum : chaque minute aggrave la situation.

Ainsi, la pression est mise sur le praticien d'astreinte dès l'appel dans de nombreuses circonstances.

L'objet de cette enquête est de montrer l'intensité de la sujétion des astreintes, d'envisager la pertinence de la requalification de certaines astreintes en garde, de mettre en évidence les circonstances où l'intégralité du temps d'astreinte doit être considérée comme du temps de travail.

*Texte explicatif figurant au début du questionnaire envoyé aux praticiens.*

La réforme des astreintes médicales à l'hôpital public<sup>3</sup> a remis en lumière le sujet du décompte du temps de travail en astreinte, et les problèmes que cela engendre (transformation d'heures en demi-journées, prise du repos quotidien le lendemain avec risque de "dette" de DJ etc.). Toute l'activité téléphonique, de télé-médecine et de télé-expertise n'a pas été prise en compte rigoureusement dans la réforme... sauf à dire dans l'instruction qui accompagnait le décret que cette activité devait aussi être prise en compte.

<sup>1</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000043322735>

<sup>2</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000398298/2026-06-02>

<sup>3</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051862353>

En la matière, le droit européen qui est censé s'appliquer en France est assez strict<sup>4</sup> : On travaille ou on ne travaille pas. Si on ne travaille pas, c'est du repos. Il n'y a pas de zone grise entre les deux. Doit être considéré comme "travailleur" quiconque exerce des activités réelles et effectives, à l'exclusion d'activités tellement réduites qu'elles se présentent comme purement marginales et accessoires.

Concernant les astreintes, c'est un peu plus subtil et la jurisprudence de ces vingt dernières années a permis de préciser un peu les choses. Pouvoir être joignable et répondre à un appel téléphonique n'est pas considéré comme du travail. En revanche, si cette contrainte s'accompagne de l'obligation de se rendre sur son lieu de travail pour y intervenir dans un délai tellement court qu'il limite de manière objective les possibilités de se consacrer à ses intérêts personnels et sociaux, il s'agit de travail (arrêt Matzak de la Cour Européenne de Justice<sup>5</sup>).

Une idée parfois avancée par les praticiens est que l'intégralité de l'astreinte devrait être décomptée en temps de travail (comme les gardes sur place).

Un recours avait été alors déposé auprès de la ministre de la Santé de l'époque. Après 2 ans de procédures, nous avons été finalement retoqués suite à un "mémoire en défense" produit par la ministre, stipulant que, comme il y avait toujours un médecin sur place à l'hôpital, il n'y avait aucune urgence à ce que le praticien d'astreinte arrive immédiatement ! Notre avocat avait alors expliqué que, même si le contraire nous paraissait évident, nous n'avions pas de preuve tangible à fournir au ministère.

Ensuite, il y a eu le COVID. Puis la perte des 4 ans. Puis la reconnaissance des gardes. Le combat pour les astreintes. Mais nous gardions ce sujet en tête !

La boucle est-elle bouclée ? Pour APH, non ! Car il est temps de rouvrir ce dossier, et d'évaluer dans quelle mesure les astreintes médicales, pharmaceutiques et odontologiques mériteraient d'être intégralement décomptées en temps de travail, comme les gardes sur place. Durant la période de négociation, il est également temps de reconnaître sans délai que la téléexpertise en astreinte, quelle qu'en soit sa forme (téléphone, ordinateur...) doit être décomptée comme du temps de travail.

<sup>4</sup> <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:299:0009:0019:fr:PDF>

<sup>5</sup> <https://curia.europa.eu/site/upload/docs/application/pdf/2018-02/cp180014fr.pdf>

## Méthodologie

Il s'agit d'une enquête en ligne, via un formulaire Google Forms, qui s'est déroulée du 12 février au 18 mai 2026.

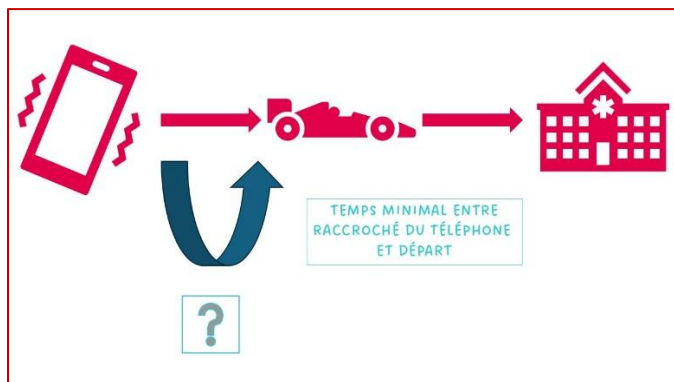


### Enquête-minute "Top chrono" Astreintes et délai d'intervention : quand les minutes sauvent...

CETTE ENQUETE DURE MOINS D'UNE MINUTE.

Le questionnaire est très court :

**Quel délai MINIMAL pour se rendre à l'hôpital ?**



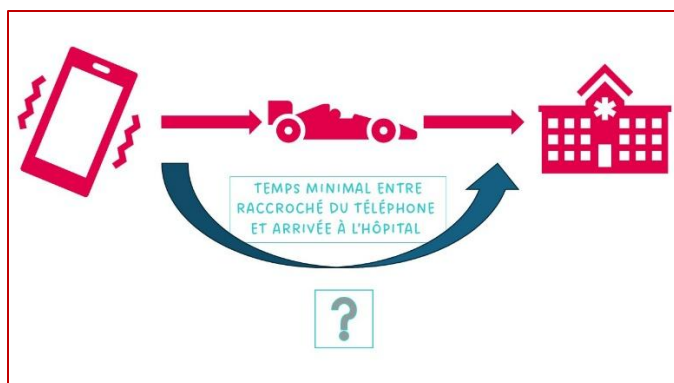
Lorsque vous êtes d'astreinte, dans quel délai MINIMAL pouvez-vous avoir à vous déplacer pour prendre en charge un patient ?

- Départ sans délai (je raccroche le téléphone et je pars immédiatement)
- Départ dans les 15 minutes suivant l'appel
- Départ dans les 30 minutes suivant l'appel
- Départ différé au-delà de 30 minutes
- Je ne suis pas concerné (pas de déplacement)

**Sans délai !** (section accessible uniquement aux praticiens ayant répondu « sans délai » à la question précédente)

Vous avez répondu « Sans délai ». Pouvez-vous nous donner un exemple de situation qui vous obligerait à vous déplacer sans délai lors d'une de vos astreintes ?  
(réponse libre)

#### Délai pour être **PRESENT** à l'hôpital



En pratique, pour ce type d'appel, sous quel délai – après l'appel reçu et raccroché – vous demande-t-on d'être présent dans votre établissement ?

- 15 minutes
- 30 minutes
- Une heure
- Plus d'une heure

Ce délai d'intervention répond à (réponses : oui/non pour chaque item)

- La nécessité d'être présent rapidement en raison de l'urgence médicalement justifiée
- Une recommandation de votre société savante
- Une convention non formalisée interne à votre service ou établissement
- Une règle écrite imposée par votre employeur

#### Données démographiques recueillies

Quelle est votre spécialité ?

Dans quelle structure exercez-vous ?

- CHU
- CH

- EPSM
- Autre

### Commentaires libres

Si vous avez des commentaires à faire sur ce sujet très précis, c'est ici ! (réponse ouverte)

Acceptez-vous que, le cas échéant, votre commentaire soit publié lors de la restitution de cette enquête (de manière anonymisée bien sûr)

- Oui
- Non

Merci de votre participation !

La diffusion du questionnaire a été réalisé comme suit :

- Envoi par mail (newsletter) à la liste de contacts d'APH (essentiellement praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires titulaires)
- Publication sur les réseaux sociaux d'APH : Facebook, Instagram et LinkedIn.
- Publication sur le site internet d'APH
- Relais par les composantes d'Action Praticiens Hôpital (Avenir Hospitalier & Confédération des Praticiens des Hôpitaux), notamment
  - SNPHARE (site, réseaux sociaux, newsletters)
  - SNGC (site)
  - SPH (réseaux sociaux)
  - SNPEH
  - SNBH

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.

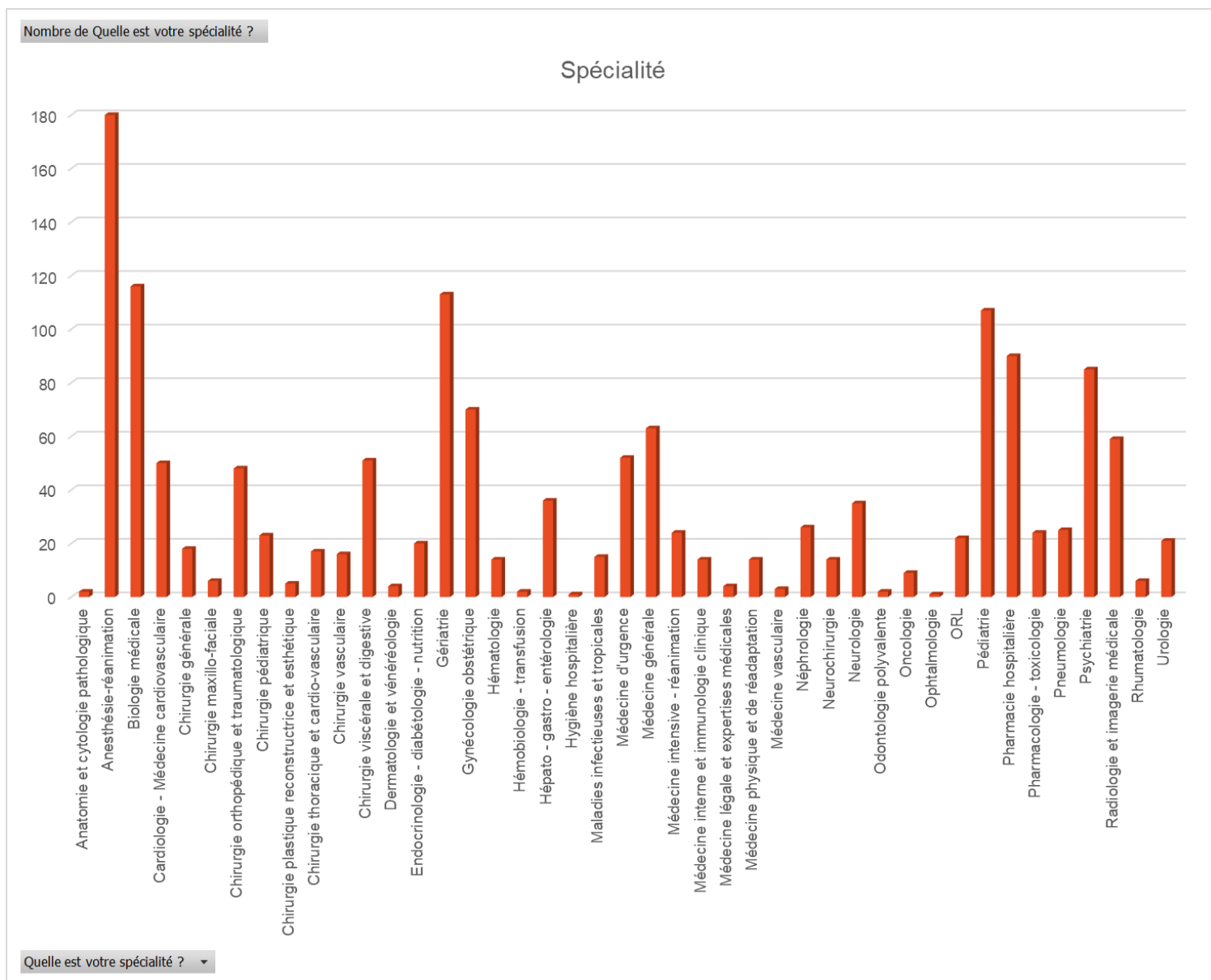
*NB : lorsque le terme « praticien hospitalier » sera utilisé ici sans précision, il s'adressera à l'ensemble des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers, quel que soit leur statut, quelle que soit leur spécialité.*

# Résultats

## Démographie

1507 praticiens ont répondu à l'enquête (le statut n'a volontairement pas été étudié, les lignes d'astreintes étant réalisées de manière indifférenciée par des praticiens de tous statuts). L'effectif de la population cible n'est pas connu (tous les praticiens ne font pas d'astreintes : certains ne participent pas ou plus à la permanence des soins, d'autres ne font que des gardes sur place).

La figure suivante indique le nombre de réponses selon la spécialité d'exercice.

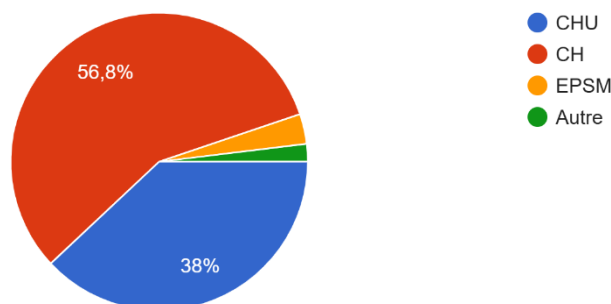


Notons que près de 12 % des répondants sont anesthésistes-réanimateurs : deux explications à cela

- Le relais actif de l'enquête par le syndicat des anesthésistes-réanimateurs hospitaliers (SNPHARE)
- La prépondérance de l'anesthésie-réanimation dans la permanence des soins (l'anesthésie-réanimation et les soins critiques adultes représentent 21 % des astreintes en établissements de santé publics et privés<sup>6</sup>)

Dans quelle structure hospitalière exercez - vous ?

1 507 réponses



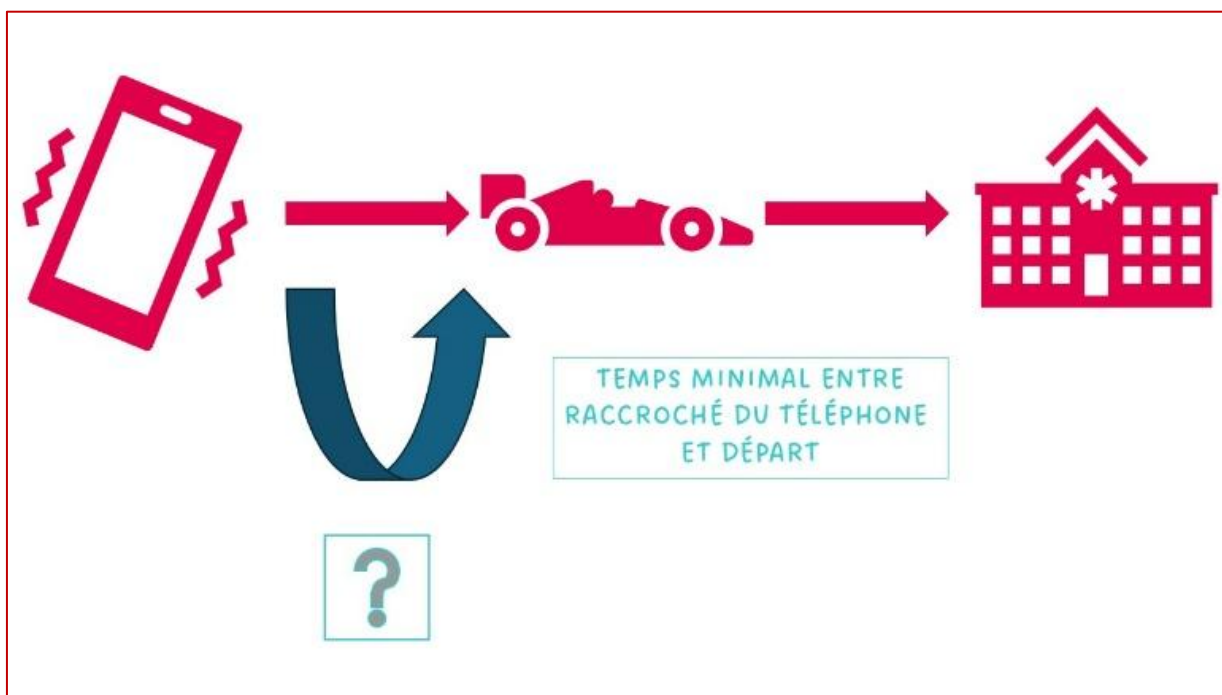
57 % des répondants exercent en CHU, 38 % en CH non universitaire, 3 % en établissement psychiatrique (des psychiatres pouvant exercer en CH ou en CHU également).

<sup>6</sup> <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/la-permanence-des-soins-11447/article/permanence-des-soins-en-etablissement-de-sante-les-resultats-de-l-enquete-2024>

## Résultats généraux

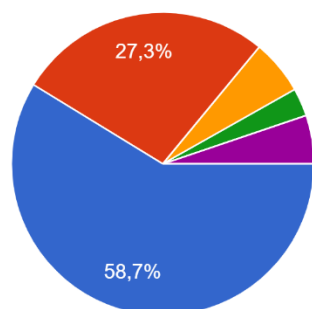
### Délai départ et cause départ

Quel délai MINIMAL pour se rendre à l'hôpital ?

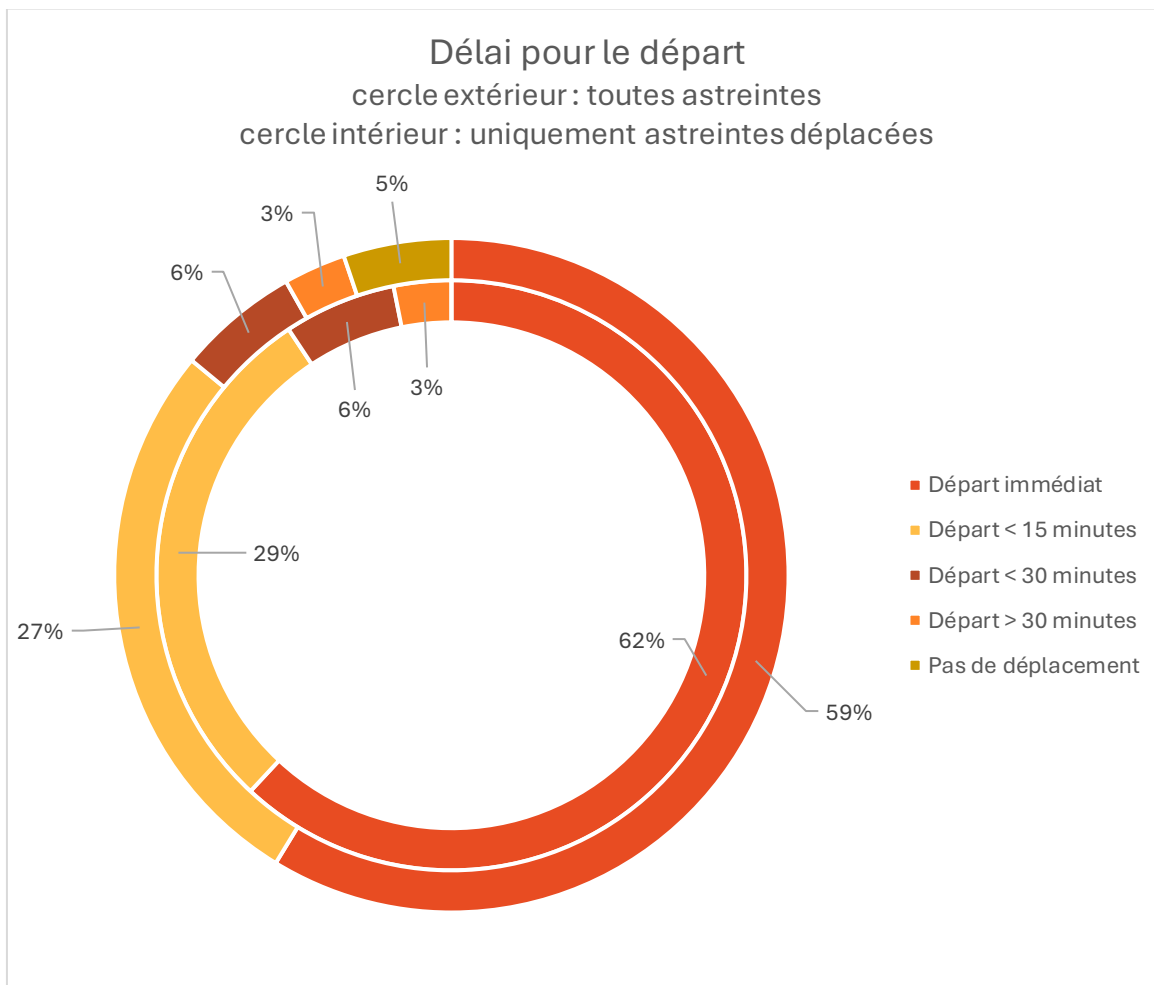


Lorsque vous êtes d'astreinte, dans quel délai MINIMAL pouvez-vous avoir à vous déplacer pour prendre en charge un patient ?

1 507 réponses



- Départ sans délai (je raccroche le téléphone et je pars immédiatement)
- Départ dans les 15 minutes suivant l'appel
- Départ dans les 30 minutes suivant l'appel
- Départ différable au-delà de 30 minutes
- Je ne suis pas concerné (pas de déplacement)



5 % des répondants ne sont pas concernés par le questionnaire, leur astreinte n'étant jamais déplacée.

Les spécialités des praticiens indiquant un départ sans délai sont les suivantes :

Départ sans délai (je raccroche le téléphone et je pars immédiatement)	885
Anatomie et cytologie pathologique	1
Anesthésie-réanimation	126
Biologie médicale	41
Cardiologie - Médecine cardiovasculaire	37
Chirurgie générale	14
Chirurgie maxillo-faciale	6
Chirurgie orthopédique et traumatologique	21
Chirurgie pédiatrique	14
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	4
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	10
Chirurgie vasculaire	15
Chirurgie viscérale et digestive	38

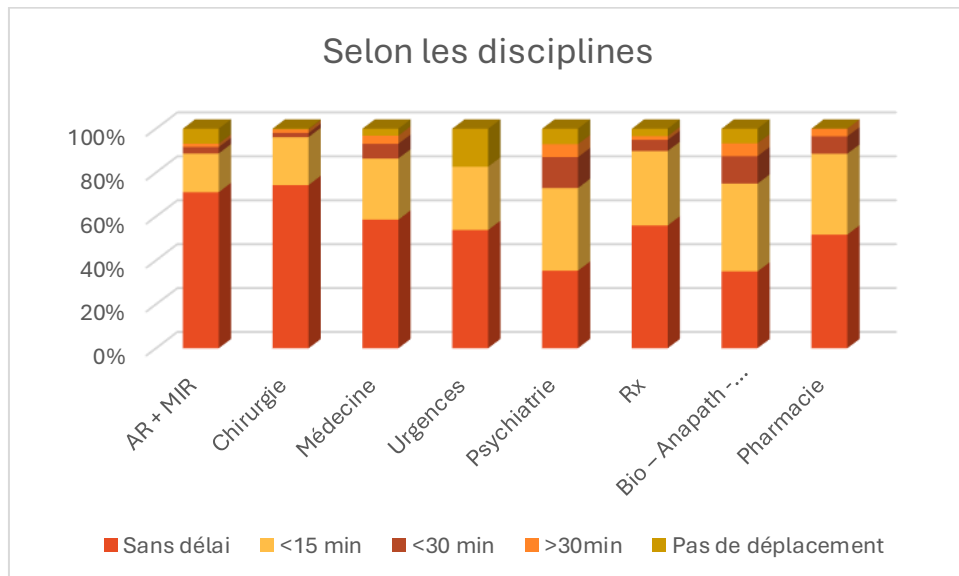
Endocrinologie - diabétologie - nutrition	4
Gériatrie	62
Gynécologie obstétrique	63
Hématologie	9
Hépatologie - gastro - entérologie	14
Maladies infectieuses et tropicales	6
Médecine d'urgence	28
Médecine générale	28
Médecine intensive - réanimation	19
Médecine interne et immunologie clinique	7
Médecine légale et expertises médicales	1
Médecine physique et de réadaptation	6
Médecine vasculaire	1
Néphrologie	17
Neurochirurgie	13
Neurologie	25
Odontologie polyvalente	1
Oncologie	2
ORL	22
Pédiatrie	79
Pharmacie hospitalière	48
Pharmacologie - toxicologie	11
Pneumologie	15
Psychiatrie	30
Radiologie et imagerie médicale	33
Rhumatologie	2
Urologie	12

59 % des astreintes (62 % des astreintes déplacées) sont susceptibles d'imposer départ **immédiat** vers l'hôpital.

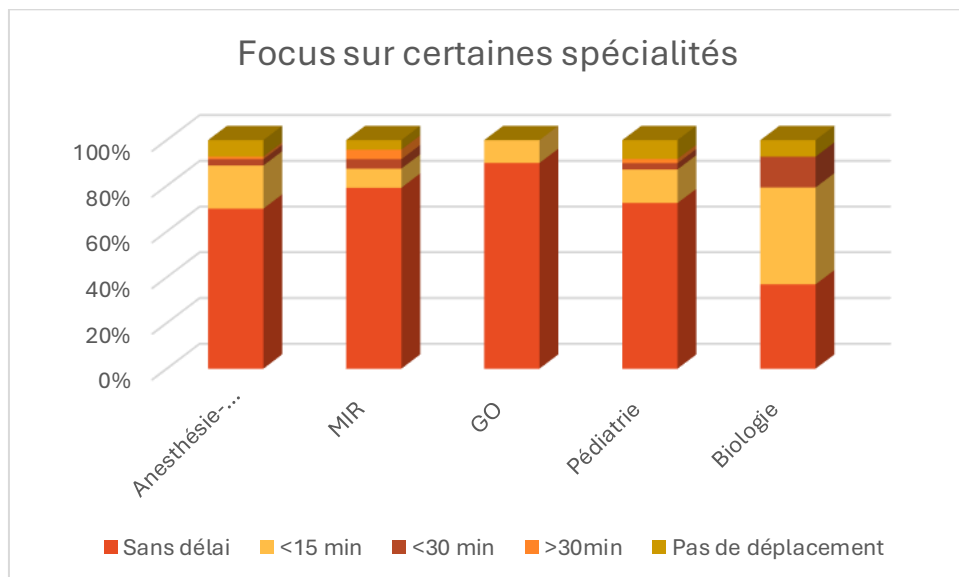
Il faut rajouter à ce résultat que 27 % des astreintes (29 % des astreintes déplacées) sont susceptibles d'imposer un départ non immédiat mais dans le quart d'heure et 6 % dans l'heure.

**Au total, lorsqu'une ligne d'astreinte est déplacée, dans 91 % des cas, le déplacement n'est pas différable au-delà d'une demi-heure (et 97 % non différable au-delà d'une heure) et le plus souvent, le départ interrompt l'activité en cours.**

Ces résultats sont constants lorsqu'on les analyses par groupes de spécialités (disciplines).



Nous avons également individualisé quelques spécialités :



Afin de valider la réponse « sans délai », nous avons demandé aux praticiens d'illustrer cette situation par une situation clinique concrète, dont nous pouvons faire la synthèse ici :

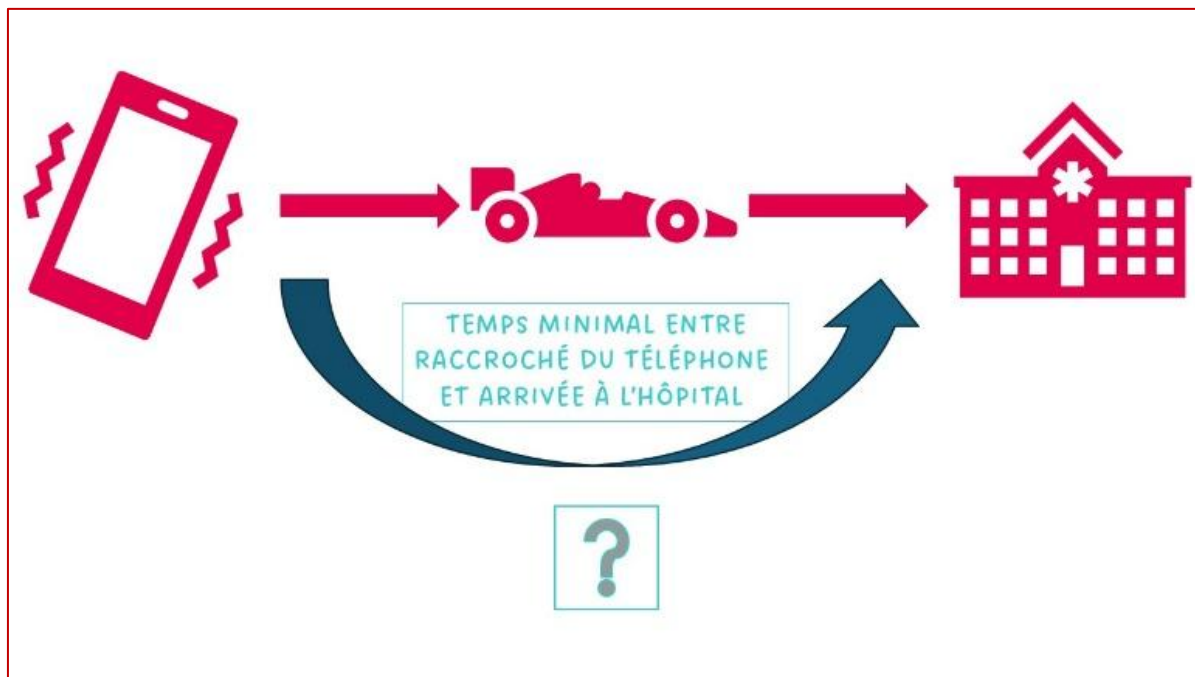
Type de prise en charge	Situations cliniques	Spécialités concernées
Plateaux techniques interventionnels	<p>Anévrisme de l'aorte, dissection aortique                      Fracture de rate                      Tamponnade cardiaque                      Césarienne « code rouge », grossesse extra-utérine rompue, hémorragie du post-partum, embolie amniotique, difficultés d'extraction lors d'un accouchement voie basse                      Hématome intracrânien (extra-dural, rupture anévrisme etc.)                      Hémorragie digestive, extraction de corps étranger (pile-bouton etc.)                      Hémorragies post-opératoires                      Hémorragies post-traumatiques (polytraumatisés en choc hémorragique)                      Embolisation choc hémorragique                      Coronarographie IDM, pose de stimulation cardiaque externe                      Thrombectomie AVC                      Arrêt cardiaque, pose d'une ECMO (arrêt cardiaque réfractaire) ou d'une assistance circulatoire, rupture valve cardiaque, plaie du cœur                      Urgence chirurgicale nouveau-né, invaginations intestinales (pédiatrie)                      Péritonite, perforation d'organe creux, ischémie mésentérique, fasciite nécrosante                      SOS main, luxation ou fractures avec complications vasculo-nerveuses compromettant le pronostic vital, syndrome de loge                      Torsion de testicule                      Rupture carotidienne, trachéotomie en urgence (asphyxie)  <b>Renfort collègue de garde (urgences vitales simultanées, situations complexes)</b>  <b>Plans blancs / NOVI</b></p>	<p>AR, chirurgie viscérale, vasculaire, thoracique, cardiaque, ORL, urologie, neuroradiologie, cardiologie interventionnelle, gastro-entérologie</p>
Urgences*	<p>Renfort déchocage                      Astreinte hélico SMUR  <b>Renfort collègue de garde (urgences vitales simultanées, situations complexes)</b>  <b>Plans blancs / NOVI</b></p>	<p>Médecine d'urgence, AR, MIR</p>

Soins critiques*	Renfort réanimation notamment pour intubation difficile Dialyse en urgence Réanimation néonatale en salle de naissance <b>Renfort collègue de garde (urgences vitales simultanées, situations complexes)</b> <b>Plans blancs / NOVI</b>	AR, MIR, néphrologie, pédiatrie
Services MCO*	Détresse respiratoire (+/- fibroscopie en urgence), douleur thoracique, Choc septique Troubles de conscience Crise convulsive et état de mal épileptique = Situations qui entraînent régulièrement le passage en soins critiques	Toutes les spécialités
Psychiatrie *	Agitations majeures, délires, violences envers soignants Certificats Réquisition police / gendarmerie Et les problèmes somatiques cités + haut	Psychiatres
Services médico-techniques	Analyse d'un prélèvement en vue d'un don d'organe Examen direct d'une ponction lombaire (suspicion de méningite), recherche de paludisme, Lecture de lame / leucémie aiguë en état critique Groupage sanguin, interprétation d'une RAI positive en contexte de transfusion urgente Exploration très urgente d'un bilan d'hémostase préopératoire Délivrance en urgence de médicaments non disponibles dans les services Panne informatique	Anatomie pathologique, biologie
Pharmacie	Produits de coagulation Chimiothérapies / immunothérapies Antidote Prothèse biologique	Pharmaciens

\*hors prise en charge immédiate dans un plateau technique

## Délai arrivée

### Délai pour être PRESENT à l'hôpital

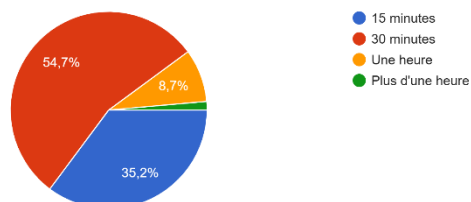


Cette question peut sembler redondante avec la question précédente, elle mesure la réalité de l'urgence à être présent à l'hôpital, et donc intègre le temps de déplacement du praticien. Le délai d'urgence pour le patient, une fois le praticien appelé, est composé, en ce qui le concerne, de son délai de réaction (départ) et de son temps de déplacement.

35 % des praticiens réalisant des astreintes déplacées déclarent devoir être potentiellement présents dans le quart d'heure ; rappelons dans ce contexte que des établissements organisent que le praticien prenne son astreinte « sur place » pour s'assurer d'être disponible – et sans que son astreinte bénéficie pour autant des conditions de la garde (rémunération, décompte du temps de travail couvrant toute la garde, chambre de garde, repas).

En pratique, pour ce type d'appel, sous quel délai - après l'appel reçu et raccroché - vous demande-t-on d'être présent dans votre établissement ?

1 429 réponses



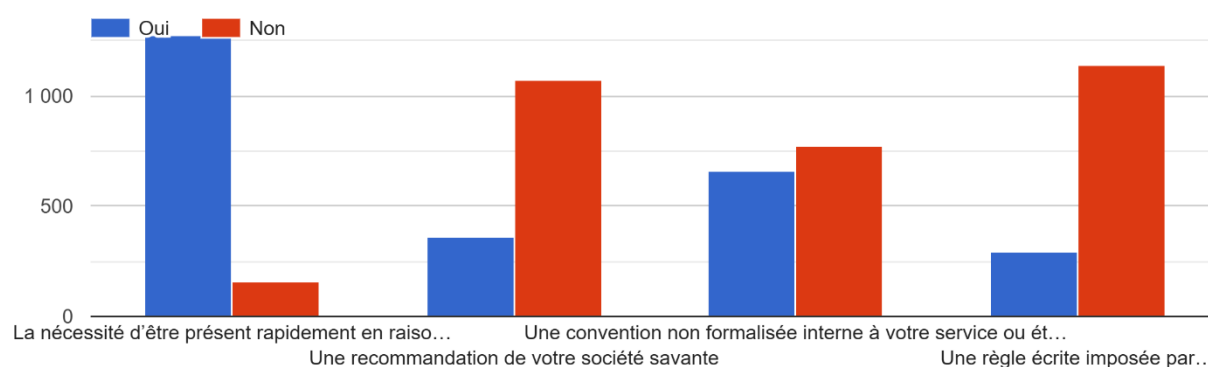
Au total, 90 % des praticiens sont susceptibles d'avoir à être sur place dans la demi-heure (résultat cohérent avec le résultat précédent).

## Délais d'intervention et réglemmentations internes ou recommandations

Ce délai d'intervention répond à (réponses : oui/non pour chaque item)

- La nécessité d'être présent rapidement en raison de l'urgence médicalement justifiée
- Une recommandation de votre société savante
- Une convention non formalisée interne à votre service ou établissement
- Une règle écrite imposée par votre employeur

Ce délai d'intervention répond à



**Pour 89 % des praticiens, le délai d'intervention répond à une appréciation médicale :** « La nécessité d'être présent rapidement en raison de l'urgence médicalement justifiée »

**25 % de ces délais seulement sont étayés par une recommandation de société savante.** Cela dit, des travaux sont en cours concernant les plateaux techniques, notamment un travail sous l'égide de la SFAR (cf. annexe 2), qui pourra confirmer dès la fin de l'année le degré d'urgence des urgences chirurgicales ainsi qu'à travail réalisé au centre hospitalier de Perpignan<sup>7</sup> où les chirurgiens et les anesthésistes-réanimateurs se sont mis d'accord sur les délais de prise en charge au bloc opératoire des patients non programmés, de l'urgence vitale immédiate au délai > 24 heures.

Ainsi, **46 % des répondants ont un accord tacite** (« convention non formalisée ») sur des délais d'intervention minimaux, et **20 % des répondants ont une règle écrite** imposée par leur administration locale. Notons que 10 % des répondants ont à la fois cet accord tacite et cette règle écrite.

<sup>7</sup> [Classification de Perpignan](#)

## Commentaires libres (synthèse)

80 % des praticiens acceptent que leur commentaire soit publié dans la restitution de l'enquête. Ces commentaires publiables figurent en annexe 2 et dépassent le cadre de l'enquête. En effet, la réforme des astreintes se passant très mal dans de nombreux établissements<sup>8</sup> (cf. enquête SNPHARE, février 2026 : les praticiens se sont exprimés de manière générale sur leurs astreintes et sur l'effet de la réforme.

Les commentaires font apparaître plusieurs sujets connexes :

- **L'équilibre vie personnelle – vie professionnelle et le stress lié au principe de l'astreinte**
- **Le sujet du transport**
- **L'absence du décompte du temps de travail réalisé dans le cadre de la télé médecine.** Si ces commentaires sont à la marge de l'objectif de notre enquête, il n'en demeure pas moins que ce point doit absolument être résolu, au même titre que la mesure du temps de travail des astreintes déplacées « sans délai ».

L'ensemble des éléments sont perçus, pour certains praticiens ou pour certaines contraintes, comme un frein notable au recrutement.

### L'équilibre vie personnelle – vie professionnelle

C'est une contrainte évidente de la permanence des soins. Le fait d'être d'astreinte, c'est-à-dire à la fois à la disposition de son employeur et avec son entourage, impacte énormément la vie familiale, de loisir. La restriction des activités personnelles est citée de manière récurrente : peu ou pas d'éloignement, pas d'activité de longue durée, organisation « au cas où » pour pouvoir partir immédiatement (utilisation de deux voitures pour un déplacement familial, préparation minutieuse pour pouvoir partir le plus vite possible, incluant la position de la voiture etc.).

Par ailleurs, l'éventualité d'un appel, et d'un appel pour déplacement urgent, occasionne un stress tout au long de l'astreinte, et des troubles du sommeil. (Nous avons déjà montré dans l'enquête APH « Nuits Blanches »<sup>9</sup> qu'une astreinte même non déplacée génère une fatigue conséquente). Un autre stress est celui d'une réponse à donner alors qu'on n'est pas sur place, qu'on est réveillé en sursaut et qu'il faut être capable de mobiliser toute sa compétence – et imaginer les détails involontairement omis par l'interlocuteur – pour donner une réponse rapide et engager ou non un déplacement, sans faire perdre de chance au patient.

---

<sup>8</sup> Enquête SNPHARE sur la mise en place de la réforme des astreintes, février 2026.

<https://www.snphare.fr/fr/blog/posts/enquete-snphare-sur-la-reforme-des-astreintes--ou-trouver-les-resultats->),

<sup>9</sup> Enquête APH « Nuits blanches », juillet 2022. <https://aph-france.fr/Nuits-Blanches.html>

## Le trajet : le point oublié de la contrainte ?

**Les modalités du déplacement du praticien jusqu'à l'établissement n'ont jamais fait l'objet d'un travail avec les tutelles.** Et pourtant, les praticiens réalisant des astreintes déplacées mettent en avant le sujet du transport, qui ne se résume pas à la valorisation du temps de trajet (jusqu'à juillet 2025, le temps de trajet n'était pas décompté pour les astreintes forfaitisées, en raison probablement d'une écriture réglementaire trop floue), mais au trajet lui-même.

Sont listés, de manière récurrente

- **L'absence prévue ou imprévue de disponibilité d'un moyen de transport** (absence de véhicule, absence d'autorisation de conduite, panne ou accident)
- **La variabilité du temps de trajet** (conditions de circulation, conditions météorologiques) voire l'impossibilité de rallier l'établissement
- **La prise de risque et le danger lors de la conduite**, ce d'autant qu'il s'agit d'un véhicule personnel, parfois à deux-roues, avec un choix délibéré « bénéfice-risque » de violer le code de la route pour arriver rapidement à l'hôpital. Là aussi, l'impact des conditions météorologiques est souligné.

**L'ensemble de ces contraintes amène un nombre non négligeable de praticiens à être d'astreinte sur son lieu de travail, dans leur bureau, y compris la nuit.** Ce sujet est particulièrement sensible pour les **salles de naissances** où le principe de l'astreinte est unanimement dénoncé pour les médecins concernés : gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs et pédiatres néonatalogistes.

## Discussion et propositions

---

Cette enquête permet de montrer

- L'intensité des départs « sans délai » et < 15 minutes pour les astreintes des praticiens hospitaliers, et ce, pour l'ensemble des disciplines.
- Le problème aigu des médecins d'astreinte en salle de naissance.
- La justification médicale de ces départs (le retard du départ entraînerait une perte de chance pour le patient).
- L'absence de recommandations claires des sociétés savantes sur les délais de prise en charge, et la grande variabilité de conventions tacite ou écrites internes aux établissements.
- Les problématiques liées à la réception de l'appel et au transport du praticien, et ses conséquences médico-légales.
- Le retentissement de ces astreintes sur l'équilibre vie professionnelle – vie personnelle.

### Délai de départ et décompte du temps de travail

#### Départ immédiat (« sans délai » et < 15 minutes)

Cette enquête n'apprend rien aux praticiens ! En revanche, elle apprend probablement beaucoup aux tutelles...

En effet, un des syndicats-composante d'Avenir Hospitalier / Action Praticiens hôpital avait déjà soulevé le sujet du décompte de l'intégralité du temps de travail en astreinte, dans le cadre d'un contentieux, il y a quelques années. Cette demande avait été déboutée en Conseil d'Etat, sur la base du mémoire produit par la Ministre de la Santé de l'époque qui affirmait « *Les astreintes n'interviennent qu'en complément des gardes sur place, de façon subsidiaire et pour des spécialités et situations ne nécessitant pas une prise en charge en urgence absolue. La gradation des dispositifs de soins permet en effet d'organiser sous forme d'astreinte les spécialités et activités non impliquées dans la prise en charge des urgences graves et absolues ou nécessitant des prises en charges immédiates, qui, elles, relèvent nécessairement d'une organisation sous forme de permanence sur place* »<sup>10</sup>. Nous savions que c'était totalement faux... mais n'avions pas de preuve concrète pour démentir ce propos.

---

<sup>10</sup> Mémoire en défense du Ministère des solidarités et de la santé, Ministère du Travail, Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse, Ministère des sports, à la requête n°425957 du SNPHARE. SNPHARE.

L'enquête Top Chrono répond à cette question, permettant de donner un élément concret à nos tutelles : pour **91 % des astreintes déplacées, cette sujétion impose un départ « sans délai » ou dans les 15 minutes** suivant le raccroché de l'appel.

**Selon le Ministère de la Santé, ces astreintes devraient donc être des gardes.** Il s'agit d'ailleurs d'anciennes lignes de gardes qui, il y a une vingtaine d'années, ont été transformées en astreintes pour plusieurs raisons

- Pour des raisons de confort des praticiens, notamment lorsque les départs immédiats sont rares – mais nous verrons que ce confort est tout à fait relatif et probablement praticien-dépendant
- Pour des raisons d'effectifs. Le repos de sécurité est obligatoire après une garde, et 11 heures après le dernier déplacement d'une astreinte déplacée. Cependant, le praticien peut être placé en astreinte sur son repos de sécurité « en cas de nécessité de service ». La « nécessité de service » conduit à une habitude historique de ne pas respecter le repos de sécurité, et à avoir une activité clinique normale, comme nous l'avons montré dans une précédente enquête<sup>11</sup>. Ainsi, l'effectif-cible est-il plus faible lorsqu'une équipe réalise des astreintes – fussent-elles très déplacées, y compris en nuit profonde – que si l'équipe est organisée avec une permanence des soins sous forme de garde.
- Pour des raisons économiques. L'astreinte est moins rémunérée que la garde (et le hiatus a été encore plus important depuis la revalorisation – temporaire puis pérenne – des gardes, et ce, jusqu'à la réforme des astreintes de 2025), et, dans le cadre des astreintes forfaitisées, le temps de déplacement en astreinte n'était même pas décompté dans la plupart des établissements. Ainsi, l'ARS et les établissements font des économies sur le travail réalisé par les praticiens qui ont des astreintes lourdes !

La reconsidération de ces lignes d'astreintes est impérative, ligne par ligne. Un cas particulier concerne les médecins exerçant en salle de naissance, auquel nous consacrerons un chapitre particulier.

Comme l'a très pertinemment souligné l'un des répondants, le délai d'intervention du praticien (qui peut être contraint « indépendamment de sa volonté ») permet **de transférer la responsabilité** d'une perte de chance pour le patient (liée à une prise en charge retardée) **de l'établissement au praticien**, ce qui ne nous paraît pas acceptable.

**Selon la Cour de Justice de l'Union Européenne, le temps de travail de ces astreintes doit être intégralement décompté.** L'arrêt Matzak<sup>12</sup> du 21 février 2018 a reconnu qu'un délai de réponse de 8 minutes pour un pompier impliquait une sujétion suffisamment importante pour que l'intégralité de son temps d'astreinte soit considérée comme du temps de travail. CQFD. L'intégralité du temps de l'astreinte doit donc être décomptée pour l'ensemble des lignes

<sup>11</sup> Enquête APH « Nuits blanches », juillet 2022. <https://aph-france.fr/Nuits-Blanches.html>

<sup>12</sup> [https://infocuria.curia.europa.eu/tabs/document/C/2015/C-0518-15-00000000RP-01-P-01/ARR\\_COMM/201104-FR-1-html](https://infocuria.curia.europa.eu/tabs/document/C/2015/C-0518-15-00000000RP-01-P-01/ARR_COMM/201104-FR-1-html)

impliquant un déplacement immédiat ; une nuance peut cependant être apportée aux lignes d'astreintes occasionnant de manière exceptionnelle un déplacement immédiat exceptionnel.

**Proposition 1 : Déplacements immédiats (« sans délai » et < 15 minutes après le raccroché du téléphone)**

- 1.1 : Idéalement, les lignes d'astreinte imposant un déplacement immédiat doivent être transformées en garde.
- 1.2 : Une mesure transitoire cohérente est de décompter l'intégralité du temps d'astreinte en temps de travail.

L'identification de ces lignes doit être faite au sein de la Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS), en présence d'un représentant au moins par ligne concernée. La liste – non exhaustive – des situations imposant un départ immédiat, obtenue dans cette enquête, peut servir de base de discussion.

L'absence d'application de cette mesure mettrait les tutelles en contradiction avec la réglementation française et européenne.

## Le cas particulier de la salle de naissance

Il est une situation clinique très particulière, la « césarienne code rouge » qui implique, pour des raisons de sauvetage fœtal (le plus souvent) et/ou maternel, une extraction en extrême urgence de l'enfant à naître, imposant d'ailleurs le plus souvent une anesthésie générale, même si la parturiente bénéficie d'une analgésie péridurale. Ces « codes rouges » ne sont pas prévisibles et correspondent à des situations cliniques suraiguës.

Dans ces situations d'urgence vitale fœtale et/ou maternelle, chaque minute perdue représente une perte de chance, et la littérature propose un délai maximal de délai décision – extraction de 15 minutes, et la réanimation néonatale potentiellement très complexe doit être débutée immédiatement après la naissance<sup>13</sup>.

Des situations moins suraiguës imposent un délai décision – extraction inférieur à 30 minutes.

**Ces délais sont incompatibles avec un fonctionnement en astreinte. Tout retard à la prise en charge engage la responsabilité médico-légale des médecins concernés.**

Pourtant, la réglementation actuelle n'impose pas la présence sur place des médecins concernés : gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs et pédiatres néonatalogistes, lorsque les maternités sont de petite taille. La réforme de cette réglementation,

---

<sup>13</sup> <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/02/pages-de-1123-1140.pdf>

attendue depuis longtemps par les professionnels, après échec des discussions en 2018-2019, a été de nouveau lancée par la Ministre le 5 février 2026, et les conclusions doivent être données à la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2026. Ce point devra impérativement y figurer, comme cela a été demandé par l'ensemble des représentations professionnelles.

**Proposition 2 : La permanence des soins pour les médecins exerçant en première ligne en salle de naissance (gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres néonatalogistes) doit se faire sous forme de garde sur place, dédiée exclusivement à la maternité, quelle que soit la taille de la maternité, quel que soit le type de la maternité.**

Cette proposition doit pouvoir s'appliquer aux autres personnels potentiellement d'astreinte et indispensables à la réalisation d'une césarienne de manière sécuritaire, notamment IBODE et IADE.

## Départ différable (> 15 minutes)

Dans le cadre d'un départ différable, la sujétion reste très prégnante et justifierait probablement – sauf déplacements exceptionnels ou départ très différable – un décompte de l'intégralité du temps d'astreinte en temps de travail.

La réforme des astreintes de 2025<sup>14</sup> a omis de prendre en compte l'activité de télémedecine réalisée en astreinte, malgré la demande insistante et répétée de l'ensemble des organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers de tous statuts. L'intensité de cette activité n'est pas connue : l'enquête DGOS-ATIH interrogeait bien les praticiens sur ce sujet, mais les résultats sur la télémedecine (comme sur l'activité en nuit profonde) n'ont jamais été communiqués publiquement<sup>15</sup>. Cela dit, il reste aberrant qu'une telle réforme, destinée à actualiser un décret du début du millénaire, ait omis de prendre en compte les évolutions du XXI<sup>ème</sup> siècle, notamment en termes d'activité à distance des praticiens hospitaliers : avis téléphoniques, téléconsultations et avis en « visio », lecture d'images radiologiques, consultation de dossier à distance, prescription à distance etc. Ainsi, l'activité de télémedecine peut solliciter plusieurs heures les praticiens d'astreintes, de manière continue ou fractionnée : il s'agit d'un travail, et sa pénibilité est potentiellement importante.

<sup>14</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051862353>

<sup>15</sup> <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/la-permanence-des-soins-11447/article/permanence-des-soins-en-etablissement-de-sante-les-resultats-de-l-enquete-2024>

En effet, selon la directive européenne du temps de travail, il n'y a que deux états : le travail et le repos. Au minimum, ce temps de travail à distance (« télémédecine ») doit-il être décompté et intégré aux obligations de service.

**Proposition 3 : Proposition 3 : Activité de télémédecine : intégration de l'intégralité du temps passé en télémédecine, au sens large, dans le temps d'intervention des praticiens.**

L'absence d'application de cette mesure mettrait les tutelles en contradiction avec la réglementation européenne. La réglementation nationale doit être impérativement modifiée, afin de se mettre en conformité avec la réglementation européenne.

## Le trajet

Absence de possibilité de se déplacer, contraintes pratico-pratique liée au véhicule et aux conditions de conduite, prises de risque lors de la conduite... les situations décrites par les praticiens sur le sujet du trajet n'autorisent pas un statu quo.

Ce sujet mérite donc bien qu'un mandat de la Ministre soit donné à la Ministre pour sécuriser le trajet des praticiens. Les propositions suivantes doivent faire partie des prochaines discussions concernant l'exercice des astreintes médicales hospitalières, afin d'intégrer ces dispositions pratiques dans la réglementation.

### Proposition 4 : Trajet

- 4.1 : **Mise à disposition d'un logement** (type « chambre de garde », incluant un confort minimal pour se détendre et une salle de bain) dans l'hôpital ou à proximité immédiate pour tout praticien qui le souhaite, notamment en cas de résidence et/ou de temps de trajet incompatibles avec les délais de sécurité médicalement imposés, d'absence de moyen de transport particulier disponible, d'absence de permis de conduire, d'interdiction de conduite automobile – que cette situation soit transitoire ou pérenne.
- 4.2 : **Sécurisation du trajet** avec l'octroi d'un **gyrophare** afin de pouvoir diminuer les risques liés à une conduite rapide en cas d'urgence (franchissement des feux rouges et des carrefours, priorisation sur les voies de circulations notamment en cas d'embouteillages ou de flux lent), sur le modèle des SAMU.
- 4.3 : **Organisation d'un « plan B » en cas de panne de véhicule ou d'accident** (taxi ou véhicule SAMU selon le degré d'urgence) et prise en charge de la voiture en panne ou accidentée. Prise en charge assurantielle par l'établissement.
- 4.4 : **Octroi systématique d'un véhicule (voiture, moto) de l'établissement** pendant toute la durée de l'astreinte, sur simple demande du praticien.

## Conclusion

---

Outre les difficultés de mise en place de la réforme des astreintes que nous avons déjà dénoncée, des points importants sont encore à travailler pour 1/ assurer la qualité et la sécurité des soins des patients 2/ assurer la sécurité des praticiens et limiter la contrainte de leurs conditions de travail en astreinte 3/ être en conformité avec la réglementation.

Action Praticiens Hôpital, qui regroupe quatorze syndicats représentant l'ensemble des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques demande qu'un mandat de la Ministre soit donné à la DGOS pour résoudre les différentes facettes de ce dossier, qui conditionne l'accès aux soins de qualité, l'attractivité des carrières médicales hospitalières et l'organisation de l'ensemble du système de santé pendant la période de permanence des soins.

# Annexes

## Annexe 1 : Classification des urgences chirurgicales - Etude CLASSES (SFAR)

**Impact de l'implémentation d'une classification nationale des urgences chirurgicales :  
 étude observationnelle prospective multicentrique avant-après  
 Etude CLASSES**

Rationnel	Objectifs de l'étude	Critères d'inclusion et de non-inclusion
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Les urgences chirurgicales représentent 25 à 30 % de l'activité chirurgicale des hôpitaux publics.</li> <li>❖ Elles sont associées à une morbidité-mortalité élevée : environ 10 % de mortalité et 30 % de complications à 30 jours.</li> <li>❖ L'augmentation du délai de prise en charge est un facteur majeur de morbi-mortalité et concerne environ 30 % des urgences chirurgicales.</li> <li>❖ Un triage efficace des patients selon la gravité de l'urgence et l'état clinique du patient est une priorité pour réduire l'impact de l'attente préopératoire.</li> <li>❖ Le comité ACUTE de la SFAR, en concertation avec les sociétés savantes chirurgicales, a créé une classification nationale des urgences chirurgicales, avec des délais cibles selon l'indication et la fragilité du patient. Celle-ci sera présentée au congrès SFAR 2026 et diffusée comme outil d'aide à la décision sous forme d'aide cognitive.</li> </ul>	<p><b>Objectif principal</b>              Évaluer la variation du taux de complications postopératoires à J30 mesuré au moyen du score de Clavien-Dindo et exprimé de façon continue à l'aide du Comprehensive Complication Index (CCI) entre les périodes avant et après implémentation de la classification nationale des urgences chirurgicales.</p> <p><b>Objectifs secondaires</b>              Plusieurs objectifs secondaires seront étudiés et évalueront la variation entre les périodes "avant" et "après" implémentation de la classification nationale des urgences chirurgicales : délais de prise en charge, durée de séjour, mortalité, etc...</p>	<p><b>Critères d'inclusion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adultes (≥ 18 ans) bénéficiant d'une chirurgie non cardiaque réalisée en urgence (chirurgie ayant bénéficiée d'une consultation anesthésique préopératoire moins de 48h avant l'acte chirurgical).</li> <li>▪ Prise en charge au sein d'un Centre Hospitalo-Universitaire ou Centre Hospitalier Général.</li> <li>▪ Prise en charge initiale et diagnostic effectués au sein du service des urgences du centre investigateur.</li> </ul> <p><b>Critères de non-inclusion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Opposition du patient à l'utilisation des données.</li> <li>▪ Majeurs sous régime de protection légale.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Méthodologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Étude prospective, observationnelle, multicentrique</li> <li>➢ Entre 5000 à 6000 inclusions attendues</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Contacts</b></p> <p>Investigateur coordonnateur:              Pr Stéphane BAR : <a href="mailto:bar.stephane@chu-amiens.fr">bar.stephane@chu-amiens.fr</a>              Réseau Recherche SFAR: <a href="mailto:recherche@sfar.org">recherche@sfar.org</a></p>	<p><b>Schéma de l'étude</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>PHASE 1 : Période concernée</p> <p>01/02/26 - 30/06/26</p> <p>FEV 26 MAR 26 AVR 26 MAI 26 JUIN 26</p> <p>2 semaines à sélectionnée au choix durant la période concernée afin d'inclure les patients de votre centre</p> </div> <div style="text-align: center; background-color: #f4a460; padding: 5px;">                 Publication/Présentation de la classification                  Congrès de la SFAR                  SEP 2026                   Déploiement de l'aide cognitive                  OCT 2026 - JAN 2027             </div> <div style="text-align: center;"> <p>PHASE 2 : Période concernée</p> <p>01/02/27 - 30/06/27</p> <p>FEV 27 MAR 27 AVR 27 MAI 27 JUIN 27</p> <p>2 semaines à sélectionnée au choix durant la période concernée afin d'inclure les patients de votre centre</p> </div> </div>	

## Annexe 2 : Commentaires libres (autorisation de publication)

Seuls sont publiés les commentaires qui apportent des informations supplémentaires à l'enquête, et pour lesquels nous avons une autorisation de publication. Pour mémoire, de nombreux praticiens ont rappelé dans les commentaires le problème de l'absence de décompte du temps de travail en télé-médecine également.

- Merci de mettre ce thème en avant ! Je fais des astreintes dans mon CH sans interne ou médecin sur place. Pour les délais d'intervention j'ai notion d'un "délai raisonnable" sans précision horaire. A ma connaissance ce n'est pas formalisé dans mon établissement. **Ce serait juste que cette pénibilité de rester à disposition rapide soit reconnue. On ne peut pas vivre "normalement" quand on est d'astreinte.**
- L'astreinte est sous-payée mais quid du delta de paie avec le médecin de garde qui lui n'a aucune chance d'être chez lui ?
- Les gardes postées des chirurgiens au chu devraient être la norme vu la gravité des patients s'adressant aux urgences et la présence de services de réanimation
- **Nous voulons des gardes sur place mais pas de budget**
- Aucune règle ne définit le temps d'intervention mais des personnes ont été condamnées sur des délais trop longs alors que ce n'était qu'une astreinte pas une garde sur place ... se pose aussi de la question du lieu de résidence, peut-on imposer d'habiter à une distance minimale de son lieu de travail ? un cadre bien défini devrait être posé
- En dehors du temps de présence des médecins dans le service, les IDE sont en responsabilité et contactent les internes de garde au SAU qui sont déjà occupés et qui ne se déplacent pas toujours. La charge de travail pour ceux qui restent est énorme et les moins formés sont en première ligne.
- **Je suis de ce fait contraint de me déplacer en moto/scooter, ce qui me fait prendre des risques personnels. Je préférerais pouvoir me déplacer en voiture avec biton et gyrophare** comme le font nos hauts fonctionnaires pour aller déjeuner à l'heure.
- **L'astreinte c'est du travail physique et psychique**
- **Même sans se déplacer, les astreintes téléphoniques en soirée et la nuit ont un impact sur notre vie privée** et peuvent être importants pour les collègues qui les sollicitent et pour les patients (décision d'admission en réanimation vs limitation thérapeutique ; mise en place de traitements invasifs etc.)
- **La nuit je n'ai pas de transport public pour me déplacer à l'hôpital.** Je n'ai pas de voiture. Je souhaite que le taxi soit pris en charge par l'hôpital.
- Indépendamment de l'urgence vitale (travaillant dans un CHU il y a toujours des réanimateurs sur place), la rapidité d'être sur place permet de pouvoir prendre en charge la problématique au plus tôt soit pour désengorger des urgences soit pour éviter une complication secondaire au problème médical actuel, soit pour répondre à des familles en évitant de les faire patienter inutilement. La disponibilité lors d'une astreinte médicale ne

se réduit pas uniquement aux urgences vitales mais la participation à tout un mécanisme médical dans lequel chaque heure de perdu peut entraîner des demi-journées de perdu ou des attentes et souffrances inutiles. Il n'est pas plus normal de faire attendre un patient 2h aux urgences qu'une famille qui attend son certificat de décès. De vouloir strictement différencier les spécialités d'urgence vitale versus les autres et source de hiérarchisation entre médecins et me paraît pas forcément justifier.

- Lorsque j'ai été recrutée, il s'agissait d'astreintes téléphoniques avec coaching d'un interne. J'ai précisé dans un courrier écrit à mon employeur au moment de mon recrutement que je ne pouvais être présente sur les lieux en moins de 30 min en raison de l'éloignement de mon domicile. Il m'a été répondu verbalement qu'il n'y avait pas de problème. 2 mois après mon recrutement, plus d'internes. J'ai commencé par prendre mes astreintes chez un ami résidant à proximité du CH. puis je me suis rendu compte que les délais d'intervention étaient encore trop longs. **J'ai fini par effectuer mes astreintes sur place** en en profitant pour écouler le travail administratif.
- **Nos retours d'expériences entre ORL montrent que les praticiens ne s'éloignent jamais de leur téléphone sur l'astreinte.**
- Je suis médecin en HAD et on ne se déplace pas mais on est bloqué à la maison pour répondre au téléphone. Pour moi c'est l'HAD de l'APHP, ce qui fait 800 malades. **Difficile de dire que sans avoir à se déplacer, on n'est pas bloqué pendant l'astreinte.**
- **Je suis toujours très inquiet des avis que je donne en nuit profonde**, à peine réveillé, avec un interlocuteur qui souvent débite sa demande à toute vitesse, en résumé, souvent plus préoccupé de régler le dossier au milieu de tous les autres. J'ai souvenir d'une discussion à 2h du matin sur une patiente en occlusion sur bride ; il a fallu 20mn de discussion pour que j'apprenne que la patiente n'était pas soulagée par des doses élevées de morphine. J'interagis en urgence surtout avec les urgences, avec des collègues dont les connaissances sur ma spécialité sont souvent incomplètes (et c'est normal) certains capables de reconnaître une hernie étranglée sur un scanner alors que le radiologue en télé radiologie ne l'a pas vue, et d'autres dont il me paraît parfois évident qu'il ne comprend pas ce que je dis. **J'ai arrêté les astreintes du fait de mon âge et me trouve soulagé de mon angoisse d'avoir un interlocuteur surchargé, épuisé, parfois à compétence limitée (sans jugement de valeur, un interne par exemple) qui n'a pas vu le ou les signes importants ou ne les a pas reconnus comme tel et les omet dans sa description.** Le tout dans un demi-sommeil, parfois à répétition pour faire une nuit saucisson, avec un endormissement pas toujours facile après le raccroché pour me demander si j'ai été pertinent. A la limite un déplacement est plus facile à vivre psychologiquement.
- Le délai recommandé est plutôt de 20min que 15min et **ça ne permet pas d'avoir des occupations en dehors du domicile lors des WE d'astreintes, sauf à rester proche du centre et à se déplacer à 2 voitures pour ne pas planter la famille ou amis pendant 2h !**
- Notre astreinte présente en cela la particularité, que bien que les appels soit moins nombreux que dans d'autres spécialité, lorsqu'il y a un appel, cela concerne une situation extrêmement urgente, avec la vie d'une mère et d'un fœtus / nouveau-né en jeu. Lors des astreintes, en cas d'appel, il faut donc systématiquement IMMEDIATEMENT se déplacer sans délai et en urgence. **Ce qui impose : 1) de ne pas pouvoir se déplacer de chez soi et 2) être mobilisable très rapidement jour et nuit.**

- En tant que radiologue interventionnel participant à une astreinte d'embolisation, je dois souvent me déplacer immédiatement pour participer à la prise en charge des polytraumatisés et des chocs hémorragiques. Mes délais de réponse et de déplacement devant être très courts, **cela impacte de façon majeure ma vie personnelle en astreinte**, limitant drastiquement les activités que je souhaiterais avoir. **Je trouverais donc normal que mon temps passé en astreinte soit considéré comme temps de travail.**
- Être d'astreinte et donc disponible **m'empêche de faire mes activités** en famille (sport, spectacle, balade...)
- Dans notre cas précis les astreintes de nuit du département imposent une contrainte liée à la nécessité d'intervention rapide en cas d'urgence médicale, cela engendre une **restriction des activités personnelles**. A cela s'ajoute que ce temps d'astreinte n'est pas compatible dans notre temps de travail qui n'est lui-même pas décompté. A cela s'ajoute la récurrence des astreintes réparties sur 9 PH dont 2 de plus de 62 ans et la nécessité de présence samedi matin et dimanche matin de 2 praticiens.
- Pas de déplacement mais nécessité de rester joignable 24h/24 avec rappels longs, y compris Dom-Tom, gestion transfert SAMU... parfois plusieurs heures mobilisées pour gestion d'un patient
- **Conséquence sur le choix du domicile** qui impose une proximité et une pluralité des accès domicile hôpital pour contrer les effets du trafic en toutes circonstances
- **Impact majeur des astreintes sur la vie familiale** (conjoint qui ne peut pas faire ses activités sportives car enfant à la maison qui n'est pas en âge de se garder seul, impact sur le véhicule du couple (1 seule voiture dans mon cas), téléphone à avoir sur soi en permanence... beaucoup d'inconvénients, peu d'avantages
- Transformer un délai implicite, donc flou en une règle, qui risque de prouver une sujétion, donc reconnue pour telle
- **Il n'est pas possible de vivre "normalement" en astreinte** lié à la nécessité de répondre au téléphone H24 + de pouvoir se rendre sur place rapidement si besoin. Cela limite toute activité sur le weekend d'astreinte tant géographiquement qu'en types d'activités. S'ajoute **le stress d'être appelé potentiellement H24** pour un évènement grave à gérer sous notre seule responsabilité.
- **Prendre en compte la circulation qui peut être très problématique** dans les grandes villes.
- Comme cela est dit dans votre introduction un temps très significatif est passé au téléphone, à n'importe quelle heure de la soirée ou de la nuit, absolument pas pris en compte s'il n'y a pas de déplacement
- **L'astreinte est un mauvais mode d'exercice, elle fait reposer la responsabilité de la disponibilité immédiate sur le praticien, alors qu'elle incombe à l'employeur, de plus ce temps "à attendre" n'est ni rémunéré ni compté comme du temps de travail.**

- **L'existence d'un service d'obstétrique au sein de l'Hôpital devrait impliquer légalement la garde sur place pour l'équipe.**
- **Je considère l'astreinte comme une assignation à domicile.** Dans notre spécialité, en tous cas dans mon cas, la grande majorité du temps les appels sur astreintes concerne des urgences vitales immédiates. Je dois rester extrêmement joignable et mobilisable rapidement. Impossible de se balader.
- Si des patients sont instables, **je reste sur place**, car **parfois 15 min c'est encore trop long**
- **Problématique insoluble de l'astreinte des maternités** à moins de 1500 accouchements
- Du fait de cette notion d'urgence vitale le téléphone ne quitte jamais ma poche lors d'une astreinte (même aux toilettes) et je ne peux quitter un périmètre de 15min autour de l'hôpital lors d'une astreinte. **Il s'agit plutôt en pratique d'une "garde à domicile"**
- L'astreinte en chirurgie, mais pas que, est une escroquerie.
- Enquête compliquée car si trop de revendication, **cela pourrait déboucher sur l'application stricte de l'obligation de résider près de son établissement ce que peu respectent...**
- **L'intégralité de l'astreinte est du temps de travail car nous sommes dans l'obligation d'être disponible pour notre employeur**
- Je pense que les directions sont au courant de la problématique. J'ai posé la question innocemment en COPS sur le délai d'intervention attendu et la proximité de l'hôpital que je devais respecter (j'avais la notion de 20minutes, explicitée oralement par le DAM lors de mon embauche). EN COPS j'ai eu une réponse très évasive, du genre "ne vous inquiétez pas, on ne peut pas attendre de vous une intervention immédiate, vous n'êtes pas responsable s'il y a des bouchons..."
- Astreinte : exploitation
- A l'heure actuelle, les recommandations concernant les délais d'intervention en salle de naissance sont très floues : "délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité". **En ce qui concerne certains d'urgence vitale, ce délai n'est pas compatible avec le délai d'astreinte** puisqu'on imagine mal tous les pédiatres de l'établissement à habiter à moins de 5 min de la salle de naissance.
- **CCA je ne me souviens pas avoir signé un contrat m'indiquant le délai maximal auquel je dois répondre présente lors des astreintes**
- Pas de radiologie de garde. Si ça saigne fort c'est l'urgentiste, l'anesthésiste, les soignants et moi qui pouvons gérer. **Eux sont sur place, de garde.** Moi à domicile d'astreinte, avec un accès assez médiocre aux images du scanner. En matière de rapidité de décision ou d'action, ce qui compte « un peu » dans ce genre de situation, c'est un peu précaire. **On n'est pas prêt pour la guerre....**

- **L'astreinte en obstétrique ne doit plus exister. La garde sur place s'impose quelle que soit la taille de la maternité.**
- **Nécessité de réintroduire les gardes sur sites.**
- Lors des astreintes je suis déjà sur place à l'hôpital
- Toute réponse ou consigne donnée de façon téléphonique comprend une réflexion médicale et un engagement de la responsabilité professionnelle car nos consignes que souvent vont dicter une attitude à prendre seront notés dans le dossier informatique du patient par le sollicitant et les conséquences et le devenir du patient peuvent être intimement liées à notre conseil. Sans compter du conditionnement psychologique durant la journée d'astreinte que conditionne le déroulement des activités de toute une famille.
- **Les astreintes pour la salle de naissance sont très contraignantes car on peut être appelé à tout moment pour une urgence vitale ; le délai d'intervention idéal est de moins de 10 minutes**
- **L'avenir pour la sécurité des patients et des praticiens, c'est la garde sur place qui faut généraliser**
- Le problème de l'appel proprement dit est dorénavant réglé par la forfaitisation, **mais le degré/délai d'urgence/intervention n'est pas réglé** pas plus que le temps passé sur place. Il faut aussi que le nombre d'astreintes maximum par mois soit fixé, le temps est incalculable en réalité et sur des petites équipes de trois PH avec une activité programmée et des astreintes tous les 3 jours c'est intenable et pourtant c'est théoriquement faisable !
- Appels téléphoniques en nuit profonde pour des avis, non comptabilisés comme déplacement, sans récupération le lendemain.
- **Parfois, faudrait presque être sur place**, vu les urgences possibles dans ma spécialité (chirurgie vasculaire)
- Présence d'un réanimateur de garde sur place qui peut commencer quand c'est plus urgent qu'urgent mais de toute façon, tout le personnel du bloc étant aussi d'astreinte, ils doivent aussi arriver. **Donc pas possible de s'éloigner de sa voiture, compliqué de faire des courses alimentaires. A la maison, la voiture à côté et les interactions sociales impossibles. Sommeil perturbé par l'angoisse d'un réveil brutal en pleine nuit.** Certains de mes collègues arrivent à faire les 3 jours du WE, pas moi, mais je suis bien plus âgé.
- **Je dors systématiquement à l'hôpital quand je suis d'astreinte** et je reste sur place du moment où il y a une patiente qui est en travail.
- On est d'astreinte. On doit habiter à moins de 30 min de l'hôpital et cela pose beaucoup de problème quand **urgence vitale et embouteillage**
- Les atteintes aux conditions de travail (sous effectifs chronique, non remplacement des absences prolongées comme arrêt maladie ou congés maternité), le manque de reconnaissance avec la perte des 4 ans d'ancienneté pour les PH d'avant 2020 et surtout pour les PH nommés en 2017 comme moi qui se sont vu dépasser dans l'échelle de

rémunération par des plus jeunes qu'ils ont encadré font que je n'ai plus aucune envie de sacrifier mon temps à l'hôpital. Si à cela nous rajoutons la charge mentale et de temps de travail des gardes sur place (que nous faisons également en plus des astreintes) je considère que **tout temps m'empêchant de profiter pleinement de mon temps libre et de mon temps familial est du temps de travail et doit être considéré comme tel par l'administration afin d'être récupéré**. Il est fini le temps du dévouement corps et âmes à l'hôpital public. J'ai une profonde envie de servir le service public et c'est pour cela que je continue d'y exercer mais pas à n'importe quel prix. Nous pouvons également rajouter que nos jeunes collègues internes ont obtenu des avantages (mérités et adaptés) en termes de récupération sur les gardes que nous aimerions également en bénéficier en tant que PH. **On ne fera plus tourner l'hôpital avec un nombre restreint de PH qui en font toujours plus au détriment de la QVT et surtout de leur famille.**

- **Je suis obligée de dormir sur place lorsque je suis d'astreinte** pour être sûre d'être à temps à l'hôpital. Donc pour moi c'est quasi équivalent à une garde.
- Le délai de 30 minutes est artificiel car ne répond pas véritablement à l'exigence d'astreinte opérationnel. Pour une urgence vitale, le réanimateur doit être le médecin sollicité par l'interne de garde (conjointement avec le senior de médecine mais pour discussion, pas nécessairement pour déplacement car cela n'a en réalité aucun sens au regard des 30 minutes de déplacement). Aussi, si l'on exige que le praticien de médecine soit disponible sans délai, il faut se placer en régime de garde et non d'astreinte, et alors payer des gardes et non des astreintes. Dans le cas des astreintes alors, **seul l'avis et le déplacement non urgent est compatible avec le régime d'astreinte sinon il faut basculer en régime de garde.**
- **Risque sur la route dans le cadre des urgences vitales**
- Actuellement, j'habite trop loin de mon lieu de travail. Donc **c'est une astreinte mais je reste sur place**. Que ce soit une soirée en semaine ou le week-end complet.
- Bonjour, j'ai cherché dans les textes, dans les règlements internes, je n'ai jamais trouvé de réponse à la question dans quel délai devons-nous intervenir après un appel lors d'une astreinte. **Il est nécessaire d'avoir des instructions claires et homogènes.**
- **La nécessité d'intervenir très rapidement en salle de naissance impose d'habiter très proche de l'hôpital ou rester sur place pour l'astreinte opérationnelle**
- **Être d'astreinte sur une période c'est rester à la disposition de son établissement de santé pour remplir une mission de soins : c'est du temps de travail !!!**
- **En psychiatrie, la contrainte horaire vient des certificats à horodater.** On m'a appelée hier en astreinte à 11h15 pour un certificat à faire avant midi (alors que j'ai 30 minutes de route et que je vois toujours le patient avant de certifier...). Et les patients de psychiatrie mettent parfois les équipes en difficulté quand ils attendent trop. Rien n'est écrit officiellement sur mon délai d'intervention, mais un patient qui veut sortir contre avis médical "tout de suite" dans un mouvement délirant, c'est parfois quand-même une urgence.

- Les transports ne sont pas pris en charge par l'employeur, **dans toutes les autres professions (avocats, ingénieurs etc.) les déplacements par les véhicules personnels sont interdits.**
- La réalisation d'astreinte de radiologie est difficile dans mon CH, en raison de défaillances informatiques. Nous ne pouvons par exemple pas voir les scanners/IRM "en direct" et nous n'avons pas accès à distance aux imageries antérieures du patient. En ce qui me concerne, **je réalise donc la plupart de mes "astreintes" sur place...j'estime que c'est le seul moyen actuellement de prendre en charge les patients de façon optimale.**
- Dans le texte APMH on doit habiter à 20' de l'hôpital
- **Il y a vraiment un flou dans le cadre de la loi avec "délai compatible avec le niveau d'urgence" et la réalité de la vraie vie.**
- Le problème avec les astreintes ce n'est pas le délai de déplacement mais le nombre d'appels et de problèmes à gérer même sans se déplacer, notamment la nuit et la fatigue engendrée pour la journée de travail le lendemain puisque les appels ne sont pas considérés comme temps de travail si on ne s'est pas déplacé mais on n'a parfois pas dormi !
- Lors des astreintes, la validation biologique des analyses à distance devrait être reconnue comme du télétravail et comptée en TTA.
- Astreinte pour transplantation hépatique : appel pour discuter d'un dossier afin d'accepter ou non un greffon, pas nécessairement de déplacement (donc pas de valorisation actuellement) mais connexion à l'ordinateur pour accéder au dossier médical, anticipation des ressources nécessaires et de la stratégie médicale. Autre cas de figure parfois acceptation d'un greffon, organisation logistique et humaine pour réaliser la greffe puis annulation de celle-ci pour qualité insuffisante du greffon lors du prélèvement, pas de déplacement (ou demi-tour sur le trajet), pas de valorisation et pourtant travail effectué (stratégie médicale, lever précoce dans la nuit, etc.)
- C'est une contrainte énorme à savoir que le temps est très limité pour se rendre à l'hôpital, il faut prendre en compte que plusieurs médicaments d'urgence ne sont pas dans les services donc peut-être c'est aussi l'organisation en interne à réévaluer ! **les routes peuvent être dangereuses** à la campagne en hiver un autre facteur à prendre en compte et le stress est majeur puis le déplacement dans la nuit n'est pas suivi par un temps de repos comme stipulé dans la loi parce que c'est difficile aux chefs de services de faire le planning nécessaire...etc. bref, une casse-tête sans fin mais les **conséquences sur la santé des praticiens** sont à prendre en compte impérativement.
- Il est effectivement **difficile de vaquer à ses occupations** lors d'une astreinte, s'éloigner de son véhicule devient **anxiogène**, nécessité de prévoir une garde d'enfant etc.
- Télé médecine non valorisée car pas de déplacement
- Délai réel de 20min + signature lors de la nomination au poste de PH d'une attestation sur l'honneur d'habiter "proche" de l'établissement, pas d'indication de temps

- Je n'ai jamais trouvé de texte officiel sur ce temps de déplacement. La tradition, c'est 20 minutes. Quand j'ai été nommé PH, j'ai signé une attestation sur l'honneur comme quoi je m'engageais à habiter à proximité de mon établissement.
- **Gros retentissement personnel lié à cette disponibilité immédiate**, sans lien avec le nombre d'appels. Générateur de **troubles du sommeil, bloque toute activité** un WE sur 4.
- Les déplacements en tant que tels ne sont plus pris en considération dans mon établissement. Les réponses téléphoniques en astreinte ne sont pas pris en compte. Un temps sur place inférieur à 30min n'est pas pris en compte c'est du bénévolat !!
- **Dans ma spécialité, le déplacement est exceptionnel mais la nécessité d'être joignable et à proximité de son lieu de travail est une vraie contrainte** (pas de déconnexion, réveil nocturne, restriction des loisirs sur les périodes d'astreintes)
- Aucun autre corps de métier n'accepterait la rémunération pénible pour les astreintes et le fait que ce n'est pas pris en compte dans le temps de travail
- Astreinte opérationnelle pour un domaine hyper spécialisé. Délai 20 min imposé par l'hôpital (je crois). **Très contraignant et rend tout éloignement et toute activité autre impossible.**
- **Prévoir une structure de logement à proximité**
- Demande faite à l'oral d'habiter à moins de 30 minutes mais pas formaliser par écrit
- Merci de vous saisir du sujet les astreintes sont un **frein au recrutement** et le reflet de l'absence de reconnaissance/considération de notre métier
- L'astreinte demande un vraie vigilance et disponibilité. **C'est un temps où rien de personnel ne peut être engagé.** Ainsi la revalorisation de ce temps est légitime est normal.
- **Nos temps d'intervention en <10 min sont fréquents** - parfois plusieurs fois par nuit. Cela est un véritable "stress" : **je dors mon téléphone dans la main, souvent déjà habillée sauf mon pantalon. Chaussures, clefs, pantalon sont positionnés près de mon lit, la voiture est garée dans un sens où je n'ai pas de 1/2 tour à faire pour partir.** C'est une réalité, pas juste un mythe. Et en général quand finalement l'enfant va bien, **on ne se rendort pas** et le lendemain on travaille.
- Je suis Pédiatre en maternité. **Nous sommes appelés essentiellement pour des problèmes urgents où nous arrivons dans les minutes suivants l'appel** (mauvaise adaptation d'un nouveau-né ou crises convulsives ) ou pour des détresses respiratoires (moins urgents mais nécessité d'être présent relativement rapidement (clairement moins de 15 minutes) ou pour des avis téléphoniques
- **Cette question du délai (et donc de l'endroit où l'on établit son foyer, ses enfants...) est toujours restée floue, je suppose volontairement.** Ce n'est pas très agréable d'ailleurs. Comme je le disais la présence d'un SMUR interne règle beaucoup de questions d'urgences vitales immédiates. Pour les autres, c'est à nous de réguler l'appel de l'IDE (sans formation spécifique sur le sujet) et de prendre une décision de déplacement ou pas, et de délai

- Je considère que rester accroché à son téléphone dans l'éventualité d'un appel avec déplacement urgent est du travail
- Achat d'appartement au centre-ville pour proximité
- Vu que je suis résident à Paris et mon hôpital est dans le 95 **je suis obligé de rester sur place pendant les astreintes.**
- Les astreintes contraignent à rester joignable et prêt à potentiellement se déplacer rapidement. **Même si l'on est chez soi, cela ne peut donc pas être considéré comme du repos. On est toujours en vigilance du moindre appel et quand le téléphone sonne, cela est stressant, surtout pendant la nuit.** De plus cela oblige à avoir un téléphone personnel et opérationnel car pas de téléphone pro fourni par les CH.
- **Quand je suis d'astreinte, j'évite ++ les sorties et je reste à proximité de mon domicile. Mon conjoint ne peut pas prendre la voiture au cas où j'en aurais besoin.**
- Seul le déplacement est officiellement pris en compte alors que je peux passer du temps conséquent à interpréter des examens sur ordi en télé médecine. Le corolaire est qu'implicitement les appels pour interpréter ou donner des avis sur des imageries (y compris des relectures d'examens faits hors de mon institution) augmentent ++, m'imposant d'être dans un lieu où je peux utiliser mon ordi rapidement, donc majore la contrainte globale de l'astreinte et le temps de dérangement sans prise en compte de ce temps dans son paiement.
- La télé médecine peut nécessiter une réponse rapide : dès l'appel raccroché : nécessité de se connecter aux logiciels dans un délai court : exemple: appel pour une greffe d'organe.
- **À partir du moment où on doit être capable de rejoindre l'hôpital ou le sinistre en 15 à 30 minutes c'est évidemment du temps de travail car on ne peut rien faire d'autre** ceci d'autant plus que pour nos activités DSM nous n'avons pas de véhicule à disposition pour rentrer chez nous et que nous devons repasser par l'hôpital !! **C'est une aberration du système.**
- **La nécessité de pouvoir se déplacer à tout moment du jour et de la nuit pour une urgence vitale** (trachéotomie/abcès/saignement/corps étranger) **doit être reconnue à sa juste valeur**
- **Contrainte de la salle de naissance.** Niveau 2a. Délai court d'intervention du pédiatre, pourtant en astreinte. J'ai compté un jour .... une nuit en fait ...7 minutes entre l'appel et ma présence auprès du nouveau-né ... pourtant en astreinte.
- Devant les **urgences obstétricales** notre intervention est de **moins de 10 minutes**
- Toute peine mérite salaire...
- Valorisation du temps téléphonique qui peut être très important (une vingtaine d'appels sur un jour férié) et **si la responsabilité est engagée, le salaire devrait l'être aussi**

- Cardiologue interventionnel **parisien : nécessité de venir en immédiatement mais pas les moyens financiers ni pratique pour un logement de proximité.** On ne parle pas non plus remboursement du déplacement, ni du moyen d'accès dans cette ville complètement bouchée ...
- **C'est un sujet clivant** car certains PH habitent a plus de 30 min de l'ETS
- **La contrainte du délai d'intervention oblige les praticiens ne résidant pas tout près à dormir dans un studio de garde, alors même qu'il s'agit d'une astreinte...**
- **Être à la disposition immédiate, départ sans délai, impacte énormément la vie en astreinte. Mais n'est pas reconnu comme du temps de travail.**
- **Je reste sur place à l'hôpital du moment où j'ai une patiente en salle d'accouchement**
- APHP : pas de délai mais engagement à habiter à proximité de son lieu de travail
- **Aucune prise en compte de l'impact psychologique et physique d'une astreinte** comme pour tout le reste de notre travail par ailleurs
- Très concernée pas la télémédecine non valorisée dans notre CHU (je regarde des biologies, des imageries, fais des prescriptions, donne des avis aux collègues sur place ou d'autres CH, donc **j'engage ma responsabilité gratuitement, y compris en nuit profonde.**
- Nous avons une **astreinte qui est une garde masquée**
- On m'a demandé de signer un papier à l'embauche où je m'engage à être proche et a un délai court entre ma résidence et le lieu du CH
- **Comme toujours rien n'est formellement écrit mais selon les éléments de gravité indiqués, si le délai d'arrivée paraît anormalement long et qu'il en résulte un retard de prise en charge préjudiciable au patient il faudra pouvoir justifier le délai.** La doctrine non écrite hors urgence vitale avérée c'est que si l'astreinte est appelée le ou la patient(e) est mise en stand-by jusqu'à son arrivée. Avec parfois des évolutions cliniques défavorables en délai court.
- **Système d'appel reposant sur un téléphone personnel juridiquement discutable si réception précaire. Contrainte lourde de disponibilité immédiate** (pas de cinéma, pas de rando, pas de sport en plein air, pas d'éloignement) pour une reconnaissance financière ou horaire pitoyable (soirées et we bloqués)
- Être d'astreinte impose de rester proche du CH donc **limitation des activités personnelles**

- L'astreinte de coronarographie/angioplastie coronaire 24h/24 7j/7 avec sa nécessité d'intervention immédiate **empêche toutes activités personnelles/familiales** de manière satisfaisante.
- **Délai inférieur à 5 mn. Les astreintes pour la salle de travail impliquent de choisir un domicile dans le quartier de l'hôpital et limitent les déplacements le soir et les journées de week-end.**
- La radiologie interventionnelle (très souvent d'astreinte) est fortement soumise aux urgences vitales nécessitant des déplacements en super urgence (**très désorganisant, impose contraintes familiales, ...**)
- Les questions posées sont d'une pertinence absolue ! entre les règles de pratique que l'on prend pour une législation et une véritable législation sur le sujet on ne s'y retrouve pas du tout, c'est confus.
- **Le délai demandé impose d'habiter à moins de 15 min ou de dormir dans une chambre de l'hôpital**
- Astreinte pédiatrique sous-valorisée : peu de déplacements, mais quand il y a en a, les patientes sont des patients critiques, avec des soins urgents dans des services de pointe.
- Beaucoup de contraintes sur l'astreinte pédiatrique intégrant **l'intervention en salle de naissance car il faut habiter très proche de l'hôpital** pour y être en moins de 20 minutes mais en pratique 20 minutes c'est très long et donc les praticiens y sont dans le quart d'heure pour éviter les complications liées à l'asphyxie néonatale mais c'est dure à gérer au quotidien et les équipes se comportent comme si nous étions sur place
- **L'astreinte, avec un risque de déplacement urgent devrait être considéré comme du temps de travail. Elle nécessite d'être tout le temps joignable, et en capacité de se déplacer. C'est incompatible avec de nombreuses activités personnelles (sport, sorties, etc.) Quand on est d'astreinte, on n'est pas libre de faire ce que l'on veut. Implicitement, on travaille.**