



Nous sommes régulièrement saisis depuis quelques semaines de demandes de praticiens concernant la mise en place de la réforme des astreintes normalement prévu pour le 1er novembre dernier 2025.

APH, et l'ensemble de ses syndicats, essayent de répondre aux sollicitations de tous les collègues. Il est néanmoins difficile de faire des réponses claires en particulier sur les niveaux de forfaitisation qui échappent totalement à notre contrôle.

L'objectif de cet article est d'expliquer à tous, les enjeux de la réforme et les multiples raisons de cette difficile mise en place.

Les raisons de la réforme :

En 2022, à son arrivée au ministère de la santé, François Braun, qui a bien conscience de la pénibilité des soins, majore l'indemnité de sujexion liée à la garde de 50 %. Rien n'était prévu les astreintes. Cette mesure a ainsi créé une anomalie qui pour nous était inacceptable, à savoir un déséquilibre entre la rémunération perçue pour une nuit de garde une nuit passée sur un déplacement en astreinte. Nous avons donc demandé une correction de cette anomalie, ce qui nous semblait n'être que justice.

Il faut savoir que cette majoration 50 % de l'ensemble des lignes de garde a nécessité un budget d'environ 450 millions d'euros annuels.

À l'arrivée d'Aurélien Rousseau au ministère de la santé en juillet 2023, nous lui avons demandé une majoration de l'ensemble des lignes d'astreinte de 50 %. Cette demande lui paraissait tout à fait légitime et nous avons pu commencer les discussions sur ce sujet avec la DGOS.

En 2024, une enveloppe de 145 millions d'euros était versée par le gouvernement dans les budgets du PLFSS afin d'accompagner cette réforme.

Pendant les discussions, la DGOS a réalisé une enquête sur la permanence des soins en France, qui montrait que les praticiens de l'hôpital public, réalisait à peu près 80 % de la permanence des soins et que celle-ci était réalisée, majoritairement sous forme d'astreinte (70 %), que de garde (30 %). Sans autre donnée pertinente nous avons eu la crainte que ces 145 millions d'euros seraient insuffisants pour financer cette revalorisation.

Tous les Français ont observé le défilé de ministres au ministère de la santé pendant cette période. Pour nous, cela n'a clairement pas favorisé les échanges constructifs puisqu'à chaque nouvelle arrivée nous devions reprendre notre argumentaire depuis le début et nous assurer que l'enveloppe prévue serait bien affectée à cette revalorisation.

Nous avons pu reprendre les discussions avec Yannick Neuder lorsqu'il est arrivé au ministère de la santé, en décembre 2024, ce qui coïncidait avec la fin des travaux que nous menions avec la DGOS. Nous avons obtenu une sanctuarisation de l'enveloppe à partir du 1er juillet 2025, des mesures temporaires de juillet 2025 à novembre 2025 et une mise en place de la réforme au 1er novembre, celle-ci étant issue des nombreuses réunions avec la DGOS.

Ambition et mesures fortes de la réforme :

Le premier objectif était d'obtenir une augmentation sensible qui permettait de revenir à un niveau acceptable de dédommagement après 20 ans de quasi-gel d'évolution indemnitaire.

Le deuxième objectif était d'obtenir un équilibre sur les territoires et de faire comprendre aux directions hospitalières que l'utilisation de la rémunération de la permanence des soins avec un objectif d'attractivité pour espérer recruter et garder des praticiens n'était pas acceptable car elle crée un déséquilibre, trop grand entre les établissements au sein d'un même territoire de santé et cela, parfois, dans un contexte d'activité et de charge de travail déséquilibré. En clair, pour les praticiens, le sentiment d'être moins bien payé pour une plus forte activité.

Le troisième objectif était de pouvoir mesurer et intégrer aux obligations de service, l'activité réalisée pendant les astreintes ce qui, de notre point de vue, pouvait permettre d'atteindre un objectif de temps de travail hebdomadaire raisonnable et une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

Le quatrième objectif, était de faire appliquer le repos quotidien qui permet à tous les praticiens de pouvoir bénéficier d'une période de repos de 11 heures consécutive par période de 24 heures. Cette mesure n'est qu'une déclinaison de la directive européenne (DE) sur le temps de travail (DETT) qui est applicable à tous les salariés européens. C'est pour nous une mesure de bon sens qui protège les praticiens d'un excès de travail et les patients d'être soignés par des médecins exténués, potentiellement dangereux, qui n'ont pas pu dormir la nuit précédente.

Les mesures fortes que nous avons pu obtenir rapidement (au 1er juillet 2025) incluent la possibilité :

- De ne plus participer à la PDS après 60 ans sans justification nécessaire,
- De ne plus participer à la PDS pour les femmes enceintes sans condition de santé ou d'avancement de grossesse.

Pourquoi la forfaitisation ?

Nous nous sommes vite rendu compte au cours des discussions que l'activité réalisée en astreinte était très hétérogène et que le mode de rémunération associant un forfait de base d'environ 40 €, et une rémunération des déplacements qui n'était pas toujours adaptée à la contrainte et au nombre de sollicitations déplacé ou non.

De même, la forfaitisation qui existait précédemment avant la réforme, ne prévoyait pas la prise en compte du temps de travail réalisé, l'employeur ne devant juste s'assurer que les praticiens ne dépassaient pas limite des 48 heures hebdomadaires de la DE. Ce qui, en pratique, n'était quasiment jamais fait en sachant qu'il y avait des lignes d'astreintes plus sollicitées que des gardes sur place sans que jamais les directions ne s'en aperçoivent.

L'ancienne forfaitisation ne permettait pas plus un cumul avec la rémunération du temps d'intervention et encore moins avec une rémunération forfaitaire en temps additionnel de nuit des déplacements.

Les praticiens qui ont pu bénéficier d'un forfait supérieur à 40€ et qui percevaient en plus du temps additionnel de nuit (ou de jour) étaient totalement hors des clous, s'exposant ainsi, au remboursement des sommes indues en cas de contrôle.

La nouvelle forme de forfaitisation permet de répondre en partie à la sujexion qui pèse sur l'astreinte à savoir : le fameux « fil à la patte », le nombre de praticiens participant à une ligne d'astreinte, la fréquence des appels et des sollicitations et enfin le délai de réponse à une demande d'intervention. Tous ces éléments font partie de la contrainte et donc de la pénibilité d'une astreinte. En effet, la possibilité de pouvoir vaquer en partie à des occupations personnelles pendant une période d'astreinte et une notion importante dans toute la jurisprudence qui a découlé de la directive européenne sur le temps de travail.

Le temps de déplacement existe quant à lui pour rémunérer à sa juste valeur, le travail effectivement réalisé. De notre point de vue, qui est aussi celui de la jurisprudence à la directive européenne, il n'y a qu'une seule forme de travail : le praticien travaille ou pas pour son employeur.

Quelle que soit la nature de la tâche réalisée, elle doit être rémunérée de façon identique en fonction du temps passé. En clair, les activités téléphoniques ou de télémédecine sont tout aussi importantes que les activités techniques et ne méritent pas d'être déconsidérées et moins rémunérées.

Instances et directions

Le rôle de la direction et des instances, en particulier des COPS est primordial pour que la réforme soit juste et équitable. Les forfaits devront embrasser toute la palette des rémunérations prévues (de 70 à 280€) et cela, dans la mesure du possible, sur l'ensemble du territoire de santé (GHT ou autre). La pénibilité étant assez peu sensible à sa localisation géographique, beaucoup plus à la population du bassin de santé.

Le décompte du temps de déplacement est calculé de la même manière pour tout le monde (3h consécutives ou 5h en cumulé donnant droit à une demi-journée). Comme cela a été dit précédemment, de notre point de vue, tous les actes de télémédecine qui n'entraînent pas un déplacement physique devraient aussi être décompté de la même manière (sans le temps de trajet) mais cet élément n'est pas écrit ainsi dans la réglementation et l'est uniquement dans l'instruction associée.

Ce temps de déplacement sera annulé par la prise du repos quotidien le lendemain. En effet, un praticien déplacé pendant la nuit doit bénéficier d'un repos de 11 heures après le dernier déplacement.

En clair, si on travaille jusqu'à 1h ou 2h du matin on ne devrait pas pouvoir travailler avant le début de l'après-midi suivante et si on applique cette règle, le praticien perd une demi-journée de travail décomptée de ses obligations de service sur la matinée en respectant le repos compensateur.

Cela aura pour conséquence l'absence de temps additionnel ou de rémunération supplémentaire associés au déplacement de cette astreinte. Il est important de prendre cela en compte lors de la discussion sur la valeur du forfait.

Le rôle des COPS, est donc absolument déterminant dans la construction des différents forfaits et l'appréciation de la pénibilité de chaque ligne d'astreinte. Pour cela, il est nécessaire que des relevés d'activités soient réalisés au préalable et que les équipes médicales, réalisant ces astreintes soient interrogés. Il est parfaitement inacceptable que l'établissement des forfaits soit réalisé hors du cadre de la CROPS qui est une instance dépendant de la CME dont le rôle et les prérogatives sont parfaitement définies au chapitre 3 de l'arrêté du 30 avril 2003.

Enfin, l'ARS devra veiller à ce que ces tarifs soient homogènes sur la région et pourra être amenée à demander des modifications de tarifs (probablement à la baisse) pour des établissements trop "gourmands".

Nous avons regretté qu'aucune grille nationale ne soit construite entre les organisations syndicales et la DGOS, afin de limiter cet effet de "gourmandise". C'est pourquoi l'une des composantes d'APH (le SNPHARE) a construit une grille qui semblait être équitable et couvrir les activités de toutes les disciplines. Cette grille a d'ailleurs été utilisée par de nombreux CH et CHU, telle quelle ou améliorée "à la sauce locale".

Financement des lignes d'astreintes. Rôles des ARS.

Toutes les lignes d'astreintes ne sont pas financées par les ARS, seules quelques-unes le sont et pas à la hauteur de la dépense réelle des établissements.

La continuité des soins n'est pas financée par les ARS, seule la permanence des soins l'est. C'est une différence subtile qui échappe totalement aux praticiens mais qui a des conséquences sur le financement. Pour le praticien, qu'il travaille pour la continuité ou la permanence des soins, ne

change pas son vécu. Travailler la nuit, les week-ends et les jours fériés, mérite une forme de reconnaissance et c'est tout ce qui importe pour lui !

Les lignes d'astreintes financées par les ARS doivent être inscrites dans un document dénommé schéma régional de la permanence des soins et intégré au projet régional de santé (PRS). Ce document, pourtant obligatoire depuis de nombreuses années, n'est pas fait ni mis à jour partout sur le territoire national. L'activité nocturne des praticiens n'est visiblement pas une priorité de toutes les ARS.

Les ARS financent les astreintes par le FIR (fond d'intervention régional). Celui-ci est abondé lors du PLFSS (projet de loi de financement de la sécurité sociale) donc par un vote de nos députés et sénateurs. Charge aux ARS de répartir ces fonds sur les établissements de leur région en fonction de leurs lignes d'astreintes ou de gardes reconnues.

Les établissements sont financés par l'activité depuis 2006. Les tarifs des séjours fixés par la sécurité sociale comprennent une partie « rémunération des praticiens » et c'est pour cette raison que les tarifs sont plus élevés pour l'hôpital que pour les cliniques car les praticiens y sont en grande majorité payés directement par la sécurité sociale.

Tout cela pour dire qu'une partie des 145 millions d'euros obtenus pour 2025, en fait 72,5 millions du premier juillet au 31 décembre, a été affectée sur le FIR (70%) et sur le tarif des séjours (30%).

Ce « supplément budgétaire » tarifaire pour les astreintes sera donc noyé dans le budget global de l'établissement sans fléchage particulier pour cette activité.

En résumé :

- 72,5 millions d'euros supplémentaires débloqué par le gouvernement en 2025 pour les astreintes.
- 50,75 millions d'euros sont allés sur le FIR et 21,75 millions sur les tarifs.
- La ventilation budgétaire sur les 18 ARS ne nous a pas été donnée.
- La répartition de ces crédits par les ARS sur les établissements ou sur les lignes d'astreintes est elle aussi opaque.
- Les établissements ne sont pas plus transparents sur ce qu'ils reçoivent des ARS et perçoivent sur les tarifs.

En conséquence :

- Les établissements ne savent pas avec certitude quels crédits ils vont pouvoir disposer tant du FIR que de la majoration des séjours pour financer cette évolution réglementaire.

- Les praticiens et leurs astreintes attendent toujours une revalorisation et nous organisations syndicales représentatives sommes particulièrement choqués par ce délai imposé et cette opacité dans la répartition du financement alors que les fonds sont débloqués et que l'intégralité de cette somme aurait dû leur être versée avant la fin de l'année.
- Les mesures transitoires auraient donc dû être poursuivies tant que les établissements n'avaient pas mis en place la réforme. Malheureusement, ces changements de ministres trop fréquents ne permettent pas un bon suivi de ces dossiers.

Spécificité hospitalo-universitaire

Le statut spécifique des hospitalo-universitaires équivaut à celui d'un cadre dirigeant les exonère d'un décompte hebdomadaire du temps de travail et la répartition de leur temps hospitalier et universitaire est ainsi laissé à leur discrétion. En conséquence, ils ne bénéficient pas des 19 jours de RTT qu'ont les PH et ne peuvent prétendre à un décompte de temps de travail additionnel.

Sur les astreintes, cette spécificité statutaire n'a pas été abordée dans les discussions. Elle a pourtant une conséquence sur le décompte du temps d'intervention en astreinte qui ne peut pas pour eux alimenter un compteur de temps spécifique. Ils demandent donc une indemnisation spécifique de leur déplacement au tarif du temps de travail additionnel.