

## Qui est d'astreinte ce week end ?

Combien d'infirmières, combien d'internes, combien de collègues hospitaliers ou libéraux ont déjà prononcé cette phrase ? Elle est inscrite dans la mémoire collective des hôpitaux à égalité avec « qui est de garde cette nuit ? ». La permanence des soins, mission essentielle des hôpitaux publics est à ce prix.

La publication des directives européennes et l'arrêté Valencia ont jeté le trouble dans les esprits. Certes, le temps d'un appel comprenait le temps de déplacement (*temps de travail=toute période durant laquelle le travailleur est au travail, à la disposition de l'employeur*) mais le temps passé à son domicile ou au bout du téléphone pouvait être interprété comme temps de repos. (*période de repos=toute période qui n'est pas du temps de travail*). Rapidement, le protocole de 21 octobre 2001 a rectifié le tir et consacré le caractère particulier de l'astreinte en milieu hospitalier : réactivité rapide, disponibilité quasi permanente, accessibilité du praticien dans un temps très court. Bien que la tentation ait été grande de supprimer cette indemnité de sujétion, l'astreinte est et doit rester rémunérée au forfait **et** au déplacement comme elle l'est pour le personnel de la fonction publique hospitalière (article 25 du décret 2002-9)

La mise en application des directives européennes fait craindre cependant un autre écueil. Le repos de sécurité va imposer de réviser profondément nos organisations. Fortement contraignant par le coût que représentera une structure de garde, nous serons fortement incité (et c'est sans doute un euphémisme !) à remplacer des gardes jugées « peu actives » par une astreinte. C'est thème récurrent depuis de nombreuses années à la Direction des Hôpitaux. Bien entendu, dormir de garde à l'hôpital, et recevoir pour cette activité 236,18 euros est sûrement discutable, et beaucoup préféreraient peut-être dormir chez eux pour un peu moins cher. Mais, dans combien de petits hôpitaux, pour garder les praticiens sur place, les directeurs proposent à l'embauche cette mesure aux PH, allant parfois même jusqu'à payer au prix d'une garde une astreinte à domicile. Cette réorganisation ne va-t-elle pas encore faire un peu plus exploser la démographie des régions et spécialités déjà sinistrées. Assurons nous que les remèdes proposés seront efficaces.

Faire glisser un poste de garde vers l'astreinte pose une seconde question : astreinte opérationnelle ou de sécurité ? Cette différence inacceptable fondée uniquement sur des impératifs budgétaires doit disparaître. Que l'on se dérange une ou dix fois, cela reste une astreinte. Comment justifier une telle différence entre les deux régimes ? Aussi, pour répondre en partie à la question posée sur les remèdes au précédent paragraphe, seul le régime d'astreinte opérationnelle doit être conservé. Drôle de terme d'ailleurs que celui d'astreinte de sécurité, sécurité du patient ? sécurité de l'administration ? sécurité du personnel soignant ? sécurité du budget hospitalier sans doute !

Le repos de sécurité est à ce jour assez bien cadré dans sa durée et ses modalités de mise en œuvre. Onze heures pour vingt quatre heures consécutives en garde. Et l'astreinte travaillée me direz-vous ? Si, la continuité du travail pendant une astreinte doit conduire à la reconnaître comme une garde, et donc appliquer à son terme un repos compensateur, qu'en sera-t-il de l'astreinte à travail discontinu ? Exemple très fréquent : l'astreinte poursuit le travail de jour et le retour à domicile a lieu à 22h30 ( 4 heures de présence) . Second appel dans la même nuit de 2 à 5 heures du matin (3 heures de présence) . Somme toute, rien de bien exceptionnel pour un chirurgien, un radiologue, un pédiatre ou un obstétricien, ... Faudra t'il appliquer une règle de trois 7/24X11 soit environ 3 heures. Conclusion, le PH en question arrivera à l'hôpital à 11heures 30 (8h30+3h) . Au fait, la voyante attachée à l'hôpital pour prédiction d'activité pendant une astreinte aura-t-elle bien prévu pour ce PH ce niveau d'activité en astreinte ? Sans doute pas, que faire alors des ses consultations, de ses

interventions, de ses réunions, de sa visite ? Reporter de 3heures ? Venir quand même à 8h30 comme si de rien n'était (comme avant pour ainsi dire !) au risque de se faire prendre par la patrouille judiciaire . Faut-il limiter volontairement son activité programmée de jour la semaine où l'on est d'astreinte au risque d'augmenter la file d'attente ? Comment dans de telles conditions, demander à nos collègues du privé de participer avec nous à ces astreintes ? (comme cela est le cas dans de nombreux CHG où il n'y a parfois qu'un ou deux PH dans la spécialité) Accepteront-ils de supprimer une matinée de bloc ou de consultations ? Qui viendra prendre une astreinte devenue demi garde à 118 euros au risque de perdre une matinée de bloc à 600 euros minimum ?

Enfin, l'astreinte est sous évaluée. D'une part, du fait du peu de propension qu'ont les PH à remplir les fiches déclaratives de déplacement. Ils sont peu nombreux les hôpitaux où l'on applique à la lettre l'arrêté du 14 septembre 2001, par la tenue, aux urgences d'un carnet unique des appels et déplacements en astreintes. A combien chiffrer cette nonchalance quelque peu coupable des PH ? D'autre part, il existe toute une activité invisible, plus fréquente en CHU du fait de la présence de l'interne en première ligne : le coup de fil pour avis. Il évite le déplacement du PH mais peut s'il se répète souvent pendant la même nuit devenir aussi voire plus fatigant qu'une garde sur place. Il ne donnera lieu ni à indemnisation, ni à repos compensateur. Pour ce qui est de l'indemnisation, le monde commercial nous donne la solution tous les jours par ce que l'on appelle «la mention légale » en petits caractères, en bas de la notice publicitaire : pour tout renseignement complémentaire, composez le 0800 ASTREINTE ( 0,35 euros la minute)

L'arrêté du 14 septembre 2001 reste le texte de référence dans ce domaine. Sa réécriture est incontournable en raison de la mise en place du protocole ARTT d'octobre 2001. L'analyse de son contenu par les syndicats avant toute publication est indispensable si l'on veut que notre mode d'exercice reste suffisamment attractif pour les jeunes générations.

Pour la revue MHP Décembre 2002

Dr Jean-Michel Badet  
Président du SNPH-CHU  
Vice-Président de l'INPH