



Résultats de l'enquête MIR@MAR

Dossier de presse

10 mars 2026

Communiqué de presse



Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs élargi

Membre adhérent et fondateur de l'intersyndicale « Avenir Hospitalier ». Avenir Hospitalier est membre adhérent et fondateur de l'organisation syndicale « Action Praticiens Hôpital », APH

Membre adhérent de la Fédération Européenne des Médecins Salariés, FEMS

Membre adhérent du Conseil National Professionnel d'Anesthésie-Réanimation -Médecine Péréo-ratoire, ARMPO



Docteur Anne Geffroy-Wernet
Présidente

Docteur Matthieu Débarre
Vice-président

Docteur Mathieu Brière
Vice-président

Docteur Renaud Chouquer
Secrétaire général

COMMUNIQUE DE PRESSE DU 10 MARS 2026

LE SNPHARE PUBLIE LES RESULTATS DE L'ENQUETE MIR@MAR SUR LES ASPIRATIONS DES MEDECINS EXERCANT EN REANIMATION

Le SNPHARE a réalisé, du 8 décembre 2025 au 8 février 2026, une enquête nationale auprès des praticiens exerçant en soins critiques dans les établissements publics de santé.



SNPHARE
Mars 2026

425 participants



Des propositions



Top 3 des attentes des médecins de soins critiques

- Equilibre vie pro - vie perso
- Pénibilité - permanence des soins
- Appartenance à l'équipe

Ratios médecins - patients



Activités

hors les murs
et non cliniques :
liberté et sanctuarisation

Temps de travail

- temps continu
- 39 h / semaine + TTA
- 7 à 10 h / j



Permanence des soins

- Durée de la garde
 - 14 à 16 h en semaine
 - 24 h WEJF
- Intervalle 3 nuits entre 2 gardes
- Exemption à partir de 50 ans (volontariat au-delà)

Outre la description de l'organisation actuelle (structuration des soins critiques, taille des unités, effectifs médicaux, permanence des soins, données d'activité), cette enquête a surtout pour but de **connaître les aspirations des médecins exerçant en réanimation** (équilibre entre continuité des soins et charge de travail hebdomadaire, volume de la journée et de la nuit de travail, activités non cliniques, facteurs d'attractivité...).

Parmi les 425 répondants (64 % d'hommes, 36 % de femmes), 52 % travaillent en CHU, 77 % ont le statut de praticien hospitalier, 9 % sont hospitalo-universitaires. Ils sont principalement anesthésistes-réanimateurs (64 %) et intensivistes (30%).

De manière générale, leurs attentes portent sur

- Le respect de l'équilibre vie professionnelle - vie personnelle, que vient percuter la nécessaire continuité des soins dans cette discipline
- La reconnaissance de la pénibilité du métier, particulièrement liée aux exigences de la permanence des soins
- La valorisation de l'appartenance à une équipe.



Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs élargi

Membre adhérent et fondateur de l'intersyndicale « Avenir Hospitalier ». Avenir Hospitalier est membre adhérent et fondateur de l'organisation syndicale « Action Praticiens Hôpital », APH

Membre adhérent de la Fédération Européenne des Médecins Salariés, FEMS

Membre adhérent du Conseil National Professionnel d'Anesthésie-Réanimation -Médecine ~~Péri-opératoire~~, ARMPO



Docteur Anne Geffroy-Wernet
Présidente

Docteur Matthieu Débarre
Vice-président

Docteur Mathieu Brière
Vice-président

Docteur Renaud Chouquer
Secrétaire général

A la lumière des résultats de MIR@MAR, le SNPHARE propose, pour améliorer la qualité, la sécurité des soins et l'attractivité des carrières en soins critiques, de

- **fixer des ratios patients / médecin**
 - o **de 1 pour 5 voire 1 pour 4, en réanimation,**
 - o **de 1 pour 6 à 8 en unités de soins intensifs polyvalents,**
 - o **de 1 pour 15 patients de soins critiques en période de permanence des soins**
 - o **mais** qui doivent être **adaptables** selon la charge de travail
- **définir un temps de travail** conciliant la qualité de vie au travail et la continuité hebdomadaire de la prise en charge des patients
 - o **fixer** les obligations de service à **39 heures**, permettant sur la base du volontariat d'aller au-delà, via du temps de travail additionnel
 - o **fixer au maximum entre 5 et 7 jours** le nombre de jours consécutifs d'activité professionnelle
- **limiter la durée des gardes** de semaine à **14 ou 16 heures**, et respecter un intervalle d'au moins **3 nuits** entre deux gardes
- **permettre l'arrêt des gardes** dès **50 ans**, la poursuite de la permanence des soins au-delà de cet âge étant soumise ensuite au volontariat
- **laisser une souplesse d'organisation** aux équipes quant à la répartition de leurs missions cliniques et non cliniques, en sanctuarisant cependant des postes pour les activités cliniques "hors les murs" et pour les activités non cliniques.

Contact presse

Dr Renaud Chouquer
DECT : 04 50 63 62 96
06 82 65 56 95

Dr Matthieu Débarre
DECT : 02 96 01 76 22
07 67 96 13 79



Table des matières...

Communiqué de presse.....	2
Introduction : pourquoi cette enquête ?	5
Méthodologie	7
Résultats.....	8
Démographie	8
Profil des répondants.....	8
Profil de l'établissement, carte d'identité du service	10
Caractéristiques de l'activité des praticiens de soins critiques.....	11
Temps de travail	11
Activité clinique exclusive en soins critiques ou activité clinique hors soins critiques ?	11
Permanence des soins.....	12
L'avenir : aspirations des médecins de soins critiques	17
Ratio médecins / malades.....	17
Organisation du travail.....	23
Améliorer l'attractivité des soins critiques	34
Commentaires libres.....	36
Bonus : Perspectives professionnelles des répondants.....	38
Conclusion et propositions	40
Annexes	42
Annexe 1 : le questionnaire.....	42
Annexe 2 : analyses descriptives en sous-groupe.....	53
Annexe 2.1 - Démographie	53
Annexe 2.2 - Profil de l'établissement, carte d'identité du service	54
Annexe 2.3 - Participation à la permanence des soins selon le statut, l'âge et le sexe.....	57
Annexe 2.4 – Volume horaire journalier souhaité	59
Annexe 2.5 - Volume mensuel acceptable de gardes	60
Annexe 2.6 - Volume mensuel acceptable de gardes de week-end et jours fériés.....	61
Annexe 2.7 – Durée maximale de la garde	61
Annexe 2.8 - Intervalle entre deux gardes	64

Introduction : pourquoi cette enquête ?

La crise sanitaire du Covid19 a mis en lumière l'importance des soins critiques (Réanimation et Unités de Soins Intensifs) dans la chaîne du soin. Une importante réforme de leur organisation a été conduite à l'occasion du vaste chantier de la réforme des autorisations de soins.

Dans ce contexte, sanitaire et réglementaire, la profession et les tutelles se sont également penchées sur la question des ressources humaines et des effectifs en particulier. En 2021, l'IGAS, dans son rapport sur l'offre de soins critiques¹, enjoignait les pouvoirs publics à répondre à l'accroissement prévisible des besoins de réanimation et à alléger les tensions pesant sur les ressources humaines par un plan d'action en faveur de l'attractivité des métiers. Depuis cette alerte, la situation a peu évolué et les taux de vacances de postes médicaux en réanimation restent très préoccupants, à plus de 30 % en moyenne (38 % en anesthésie-réanimation et 22 % en MIR). Dans les hôpitaux non universitaires, ils sont à 40 % (46 % en anesthésie-réanimation et 37 % en MIR)².

En 2023, l'IGAS encore (La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux)³, rapportait que l'anesthésie-réanimation et les soins critiques représentaient près de 50 % des lignes de gardes dans les établissements de santé.

Au-delà des effectifs, de nombreux travaux ont été conduits par les deux Conseils Nationaux Professionnels (CNP) de réanimation - CNP Anesthésie-Réanimation Médecine Péri-Opératoire (CNP ARMPO) et CNP Médecine Intensive Réanimation (CNP MIR) - ainsi que par les deux sociétés savantes de réanimation - Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) et Société de Réanimation de Langue Française (SRLF)⁴ - le dernier en date étant le Livre Blanc du CNP ARMPO sur les Ressources Humaines en ARMPO⁵. En parallèle, conformément à l'évolution sociétale du rapport au travail, et comme l'ont déjà montré nos nombreuses enquêtes SNPHARE ou réalisées au sein d'Action Praticien Hôpital (APH), les aspirations des médecins - et pas seulement les plus jeunes - évoluent :

- Quel doit-être le temps de travail hebdomadaire ? et journalier ?
- Comment organiser le temps non clinique ?
- Quelle période de continuité idéale pour la prise en charge des malades ?
- Faut-il arrêter les gardes de 24 heures ?
- Quel intervalle entre 2 gardes de nuit ?
- Quels sont les déterminants de l'attractivité des services les plus importants pour l'attractivité d'un service ?

[L'offre de soins critiques : réponse au besoin courant et aux situations sanitaires exceptionnelles | Igas](#)

² Données CNG non publiées, communication personnelle

³ https://www.igas.gouv.fr/sites/igas/files/2024-11/2023-009r_rapport_0.pdf

⁴ [Recommandations CNP-SRLF mars 2025](#)

⁵ <https://www.snphare.fr/assets/media/livre-blanc-cnp-armpo-phe-12062025.pdf>

Le SNPHARE, qui compte en son sein de très nombreux réanimateurs MAR et MIR, a donc souhaité conduire une étude de terrain, complémentaire de tous les travaux précédents. Avec pour objectif d'être au plus près des souhaits et des enjeux des médecins exerçant en soins critiques, de tous âges et de tous statuts, afin de les intégrer à sa plate-forme revendicative et de les défendre auprès des tutelles.

Définitions

MAR	Médecin spécialisé en anesthésie-réanimation
MIR	Médecin spécialisé en médecine intensive réanimation
CNP	Les Conseils Nationaux Professionnels sont des structures fédérant l'ensemble des organismes (sociétés savantes, collèges, syndicats, structures universitaires) d'une spécialité. Ils sont les interlocuteurs privilégiés de la spécialité auprès des tutelles. Il y a 41 CNP de spécialité médicale. Le CNP de l'anesthésie-réanimation est le CNP ARMPO (AR et médecine péri-opératoire). Celui de la MIR est le CNP MIR.
Soins critiques	Prises en charge complexes et techniques de patients dont le pronostic vital est engagé ou susceptible de l'être en permanence
Réforme des soins critiques	La réforme a débuté en 2018. Les textes ⁶ , publiés en 2023, précisent la gradation des unités de soins critiques, les conditions de fonctionnement et la gestion régionale de l'offre de soins critiques.
Plateau de soins critiques	Il regroupe l'unité de réanimation et l'USIP (qui doit être contiguë de la réanimation). Si une USIP est sur site sans être contiguë de la réanimation, son organisation n'est pas intégrée à celle du plateau de soins critiques.
USIP	Unité de soins intensifs polyvalente (c'est le nom des anciennes Unités de Surveillance Continue)
USIP dérogatoire	C'est une unité qui n'est pas sur le même site que la réanimation de rattachement
USI de spécialité	Unités de soins intensifs spécialisées en neurologie vasculaire, ou cardiologie ou hématologie, dont les prises en charge relèvent de soins intensifs
DESAR	Diplôme d'études spécialisées en anesthésie-réanimation, qualification donnant l'accès à l'exercice en soins critiques.
DESMIR	Créé en 2017, le diplôme d'études spécialisées en médecine intensive réanimation remplace le DESC de réanimation médicale
DESC Réanimation médicale	Diplôme complémentaire qui permettait à des médecins diplômés d'une 15 ^{aine} de spécialités différentes, d'être qualifiés en réanimation

⁶ Instruction relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques

Méthodologie

Il s'agit d'une enquête en ligne, via un formulaire Framiforms, qui s'est déroulée du 8 décembre 2025 au 8 février 2026 (deux mois).

Le questionnaire figure en annexe 1.

La diffusion du questionnaire a été réalisée comme suit :

- Envoi par mail (newsletter) à la liste de contacts du SNPHARE (essentiellement praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires titulaires)
- Publication sur les réseaux sociaux du SNPHARE : Facebook, Instagram et LinkedIn.
- Publication sur le site du SNPHARE
- Demande de relais : SFAR, SRLF
- Envoi par mail à tous les responsables de service de soins critiques.

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 Framiforms.

Les verbatims ont été analysés grâce à l'outil d'intelligence artificielle Notebook LLM.

Résultats

Démographie

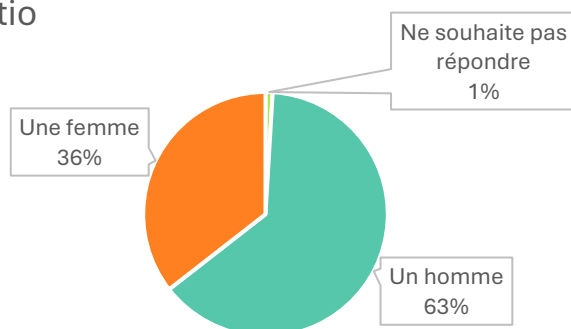
425 réponses ont été obtenues. L'effectif-cible de l'enquête n'est pas connu : en effet

- plusieurs spécialités participent à l'exercice des soins critiques (réanimations, USIP)
 - o Les anesthésistes-réanimateurs
 - o Les intensivistes-réanimateurs (dont certains sont encore enregistrés dans leur ancienne spécialité, la MIR étant une spécialité nouvelle, créée dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales en 2017)
 - o Des urgentistes
 - o Des spécialistes de toutes spécialités (cf. supra).
- les praticiens des spécialités citées n'exercent pas tous en soins critiques.

Profil des répondants

Sexe, âge, année d'obtention du DES

Sex ratio



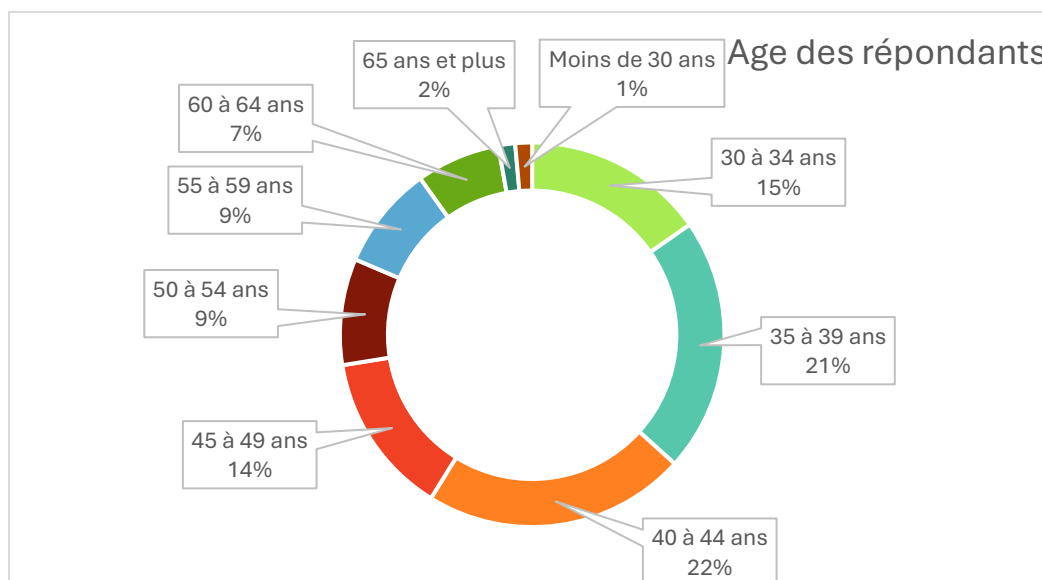
- Le sex ratio H/F est de 63 % d'hommes pour 36 % de femmes (1 % des participants ne souhaite pas répondre).

L'analyse par spécialité permet de montrer que

- Parmi les répondants MAR, les femmes sont sous-représentées par rapport aux hommes, si l'on considère exclusivement l'exercice hospitalier (données issues des statistiques du CNG). Cependant, les données CNG ne permettent pas de distinguer cependant le sex ratio des MAR ayant une activité en soins critiques de l'ensemble des MAR.
- Parmi les répondants MIR, le sex ratio est sensiblement identique à l'ensemble des MIR hospitaliers.

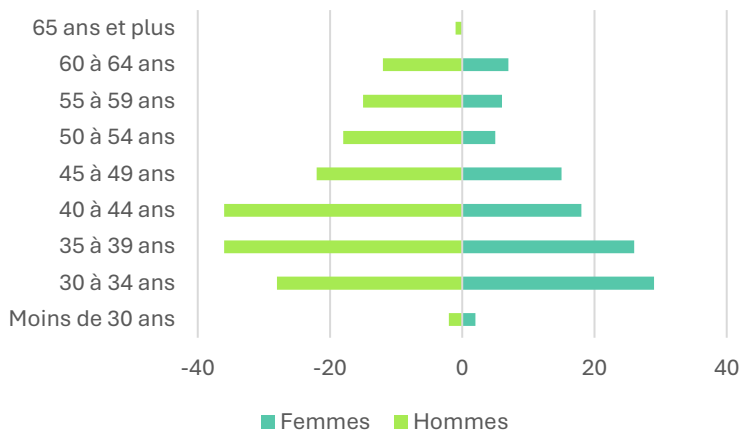
		Hommes	Femmes	NSP
TOTAL	Répondants MIR@MAR (total)	63 %	36 %	1 %
MAR	Répondants MIR@MAR	63 %	36 %	1 %
	CNG 2025	50 %	50 %	-
MIR	Répondants MIR@MAR	66 %	33 %	1 %
	CNG 2025	69 %	31 %	-

- 43 % des répondants ont entre 35 et 44 ans. La distribution par tranche d'âge est assez comparable à la distribution des praticiens hospitaliers fournie par les statistiques du CNG⁷. Les faibles effectifs des médecins très jeunes (< 30 ans) et en toute fin de carrière (> 65 ans) ne permettront pas d'analyser correctement ces sous-groupes.

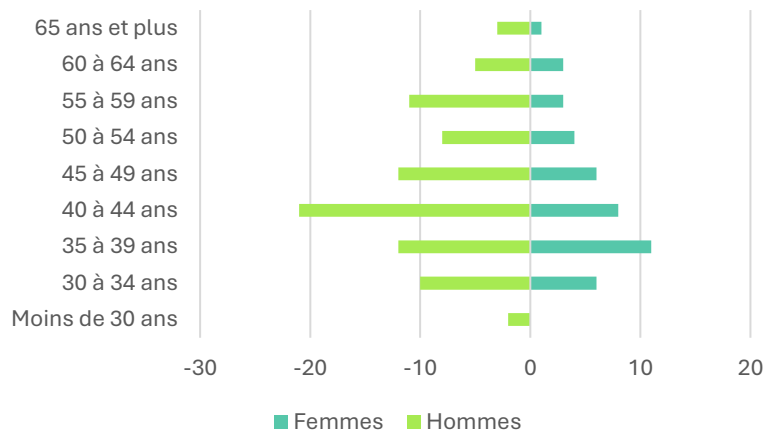


La pyramide des âges de nos répondants témoigne de la féminisation des métiers des soins critiques.

Pyramide des âges des répondants - AR



Pyramide des âges des répondants - MIR

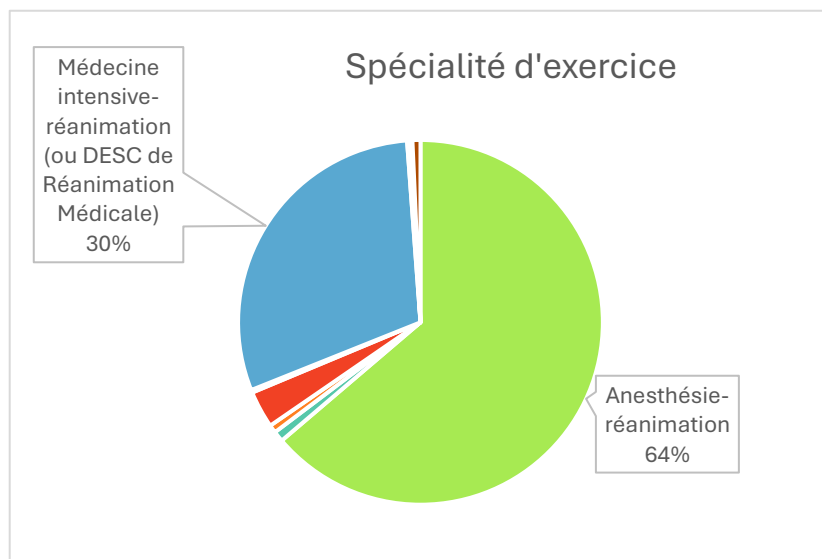


⁷ https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2025-07/bilan_ph_vf_2025.pdf

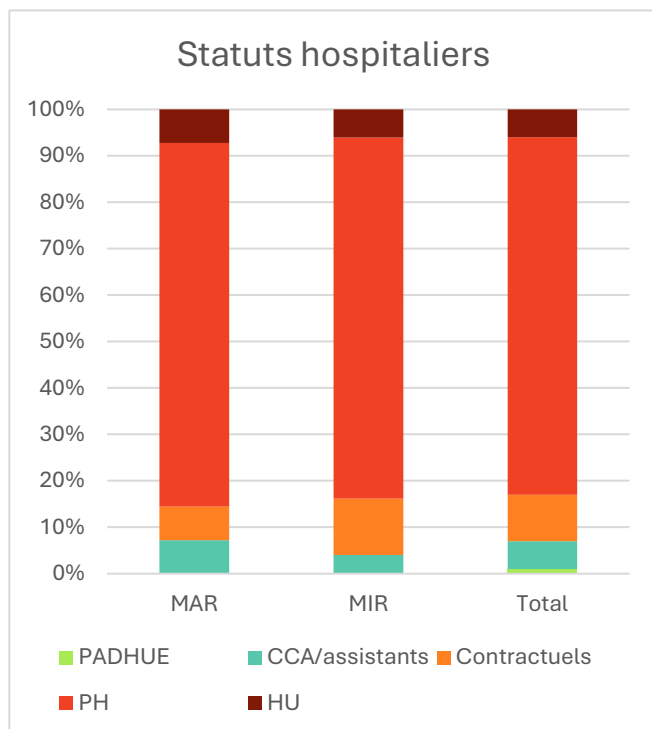
Spécialité d'exercice, type d'activité de soins critiques

94 % des répondants ont la spécialité anesthésie-réanimation (64 %) ou médecine intensive-réanimation (30 %). C'est pour cela que, chaque fois que cela nous a semblé pertinent, nous avons fait des analyses en sous-groupes pour ces deux spécialités.

Les autres spécialités des répondants sont principalement : la médecine d'urgence (3 %), la cardiologie (1 %), la neurologie (1 %).



Statut hospitalier



77 % sont praticiens hospitaliers titulaires, 10 % praticiens contractuels, 6 % des professionnels titulaires à vocation universitaire, 6 % des jeunes praticiens (chefs de clinique – assistants (CCA) / assistants), 1 % des PADHUE en cours de cursus.

La répartition fine des statuts représentés et la ventilation spécifique en MAR et en MIR sont indiquées dans le tableau en annexe 2.

Notre échantillon n'est pas représentatif de la réalité statutaire des praticiens exerçant en soins critiques : en effet, notre principal mode de diffusion (mail) comporte une mailing-list de titulaires uniquement (PH et HU), et nous n'avons actuellement aucun moyen de contacter directement les professionnels contractuels, CCA, assistants et PADHUE.

89 % des praticiens hospitaliers répondants sont à temps plein.

Profil de l'établissement, carte d'identité du service

Pour faciliter la lecture de cette enquête, nous avons renvoyé ce chapitre dans l'annexe 2 afin de privilégier les résultats concernant directement le quotidien des médecins interrogés.

Caractéristiques de l'activité des praticiens de soins critiques

Temps de travail

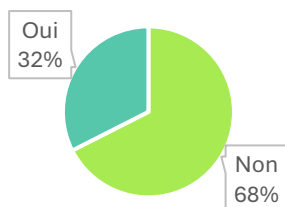
Notre étude n'explore pas spécifiquement le temps de travail actuel des praticiens, ce sujet a été étudié dans l'enquête TETRAMAR du SNPHARE dévoilée en 2025⁸. Pour mémoire :

Résultats de l'enquête TETRAMAR 2025 (MAR et MIR)

- 43 % (n = 559) des répondants à TETRAMAR ont une activité de réanimation (MAR, MIR)
- 59 % d'entre eux ont un décompte du temps de travail en « temps continu » (MAR 63 %, MIR 51 %), qui est le mode de décompte le plus satisfaisant pour la très grande majorité des praticiens de l'étude
- Les obligations de service, lorsqu'il existe un décompte horaire (« temps continu ») s'élèvent à 48 heures pour 50 % des répondants (temps clinique et non clinique), dont un temps clinique compris entre 39 et 42 heures pour 57 % des répondants.
- 87 % des répondants font du temps de travail additionnel (TTA), 61 % de manière contrainte.
- Plus de ¾ des répondants travaillent plus de 48 h par semaine (plus de 60 heures pour 15 % des répondants). Pour 72 % d'entre eux, le ressenti de ce volume horaire est péjoratif (dont 19 % « trop important et insupportable »), le seuil de ressenti péjoratif est significatif dès que l'on dépasse 39 heures / semaine.
- 59 % des répondants réalisent 3 à 4 gardes par mois, 54 % des répondants réalisent 1 à 2 astreintes par mois (week-end et jours fériés compris). 17 % des répondants prennent un repos de sécurité après un déplacement.

Activité clinique exclusive en soins critiques ou activité clinique hors soins critiques ?

Activité clinique à l'hôpital,
hors du service de soins
critiques
(en journée)



68 % « seulement » des répondants ont une activité clinique exclusive dans le service de soins critiques en journée. Ce résultat se retrouve dans les sous-groupes des types d'établissement d'exercice (CHU ou CH non universitaire) et de la spécialité d'origine (MAR ou MIR). L'enquête ne permet pas d'identifier cette activité hors du service, mais nous pouvons formuler plusieurs hypothèses :

- Chez les MAR, ce résultat était attendu, notamment du fait de la possibilité d'activité clinique directement liée au bloc opératoire, à l'activité interventionnelle, à la maternité
- Chez les MIR, l'exercice de la spécialité d'origine (médecins titulaires du DESC de réanimation médicale et d'un DES de spécialité avant 2017) est évoqué
- Pour l'ensemble des répondants, une aide ponctuelle ou régulière dans un autre service de l'établissement (services liés aux activités de médecine d'urgence) ou dans un autre établissement – sous forme de PST – sont des explications potentielles.

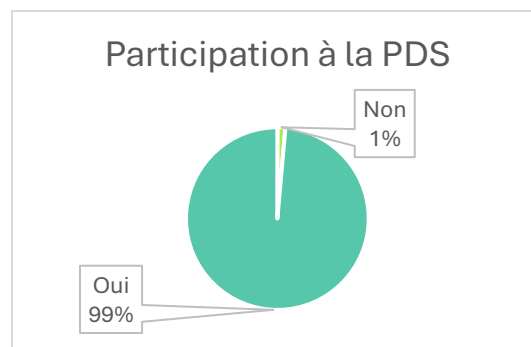
⁸ Enquête TETRAMAR – Journée thématique SNPHARE 16 mai 2025

Permanence des soins

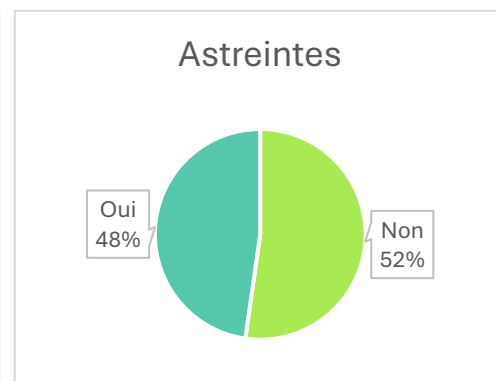
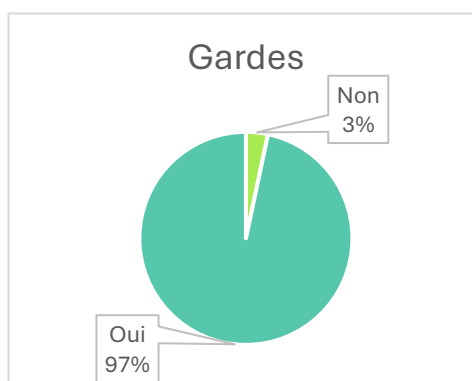
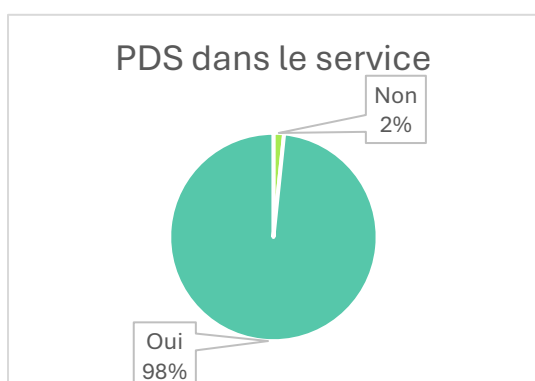
Participation à la PDS

Résultats généraux

99 % des répondants participent à la permanence des soins (dont 98 % dans leur service de soins critiques). 97 % font des gardes, 48 % font des astreintes (donc un bon nombre font des gardes et des astreintes). Cela n'est pas concordant avec les données du rapport IGAS de 2023 qui indiquait que les soins critiques étaient peu concernés par les astreintes.



La nature de l'activité de soins critiques en astreinte n'est pas précisée : de la « couverture » d'un docteur junior ou d'un PADHUE à la disponibilité en vue de la mise en place d'une ECMO ou de l'organisation d'un prélèvement d'organe, en passant par une présence soutenue notamment en journée le week-end...



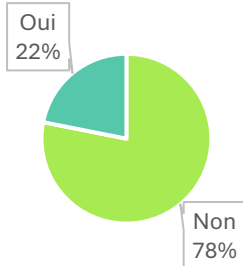
Participation à la PDS selon le statut, l'âge et le sexe

La participation à la PDS, qui est une obligation statutaire, de manière globale n'est liée ni au statut, ni à l'âge - sauf au-delà de 60 ans (détails en Annexe 2).

Participation à la PDS hors du service de soins critiques

22 % des praticiens participent à la permanence des soins en dehors de leur service (dans un autre établissement, ou dans leur établissement du territoire) : 27 % des MAR, 11 % des MIR.

PDS hors du service



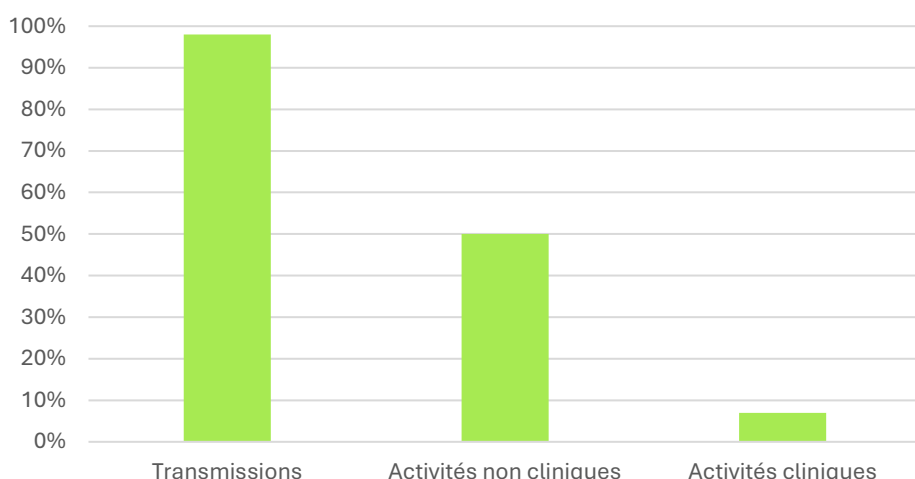
La granularité de notre enquête ne permet pas de déterminer où est réalisée la permanence des soins hors service de soins critiques. Cependant, on peut aisément imaginer :

- Que l'ensemble des professionnels interrogés sont susceptibles de donner du renfort dans des services d'urgences ou sur le territoire (PST)
- Que les MAR interrogés sont susceptibles également de faire des gardes sur les plateaux techniques interventionnels (bloc opératoire, cardiologie et radiologie interventionnelle, maternité)

Lendemain de garde ou d'astreinte

Lendemain de garde

Activité professionnelle en lendemain de garde



Le lendemain d'une garde, 98 % des médecins font les transmissions (synthèse de l'état clinique de chaque patient pendant la garde) – nous nous interrogeons sur les 2 % manquants...

50 % ont une activité non clinique, et 7 % une activité clinique.

Pour mémoire, le repos quotidien est dû au-delà de 24 heures d'activité.

Focus sur l'activité non-clinique post-garde :

L'activité clinique après 24 heures de garde est interdite, au regard de la réglementation européenne. Cependant, eu égard aux particularités des statuts hospitalo-universitaires, l'activité non-clinique leur est autorisée, contrairement aux médecins hospitaliers régis par les autres statuts. Cette activité non clinique s'impose effectivement principalement aux HU titulaires (MCU-PH et PU-PH). Néanmoins, 45 % des médecins non HU ont également une activité non-clinique, qui n'est pas réglementaire si elle est réalisée après 24 heures de garde, et potentiellement non incluse dans le décompte de leur temps de travail.

Activité non-clinique en sortie de garde	(Réponse oui)
CCA (n=12)	25 %
MCU-PH (n=6)	67 %
PU-PH (n=13)	92 %
Non-HU (n=388)	45 %

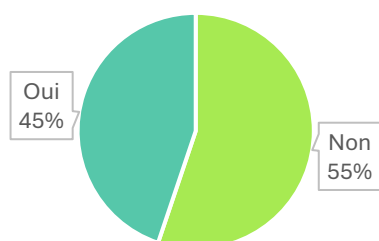
Focus : activité clinique post-garde : différence semaine / week-end et jours fériés (WEJF)

Parmi les 7 % de médecins répondants ayant une activité clinique après une nuit de garde (et donc généralement 24 heures d'activité professionnelle) :

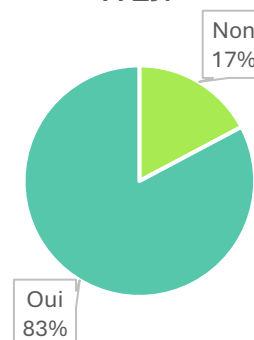
- Lorsque la fin de la garde est en semaine, une petite moitié d'entre eux ont une activité clinique post-garde, ce qui est encore beaucoup trop, compte-tenu d'effectifs a priori suffisants en semaine.
- Lorsque la fin de la garde tombe sur un jour de week-end ou un jour férié, la plupart de ces médecins (83 % des 7 %, soit 24 répondants) ont une activité clinique. L'explication probablement la plus répandue est que sur ces périodes, seuls les praticiens assurant la permanence des soins sont généralement présents, les effectifs sont donc très restreints : pour assurer l'activité continue des soins critiques (notamment l'activité « matinale » : examen quotidien des patients, examens complémentaires, prescriptions réactualisées quotidiennement...), l'équipe de garde descendante aide l'équipe de garde montante dans cette activité.

Compte tenu de ce faible effectif, on peut conclure qu'à quelques exceptions près, les services de réanimation ont réussi à s'organiser pour faire respecter le repos post-garde, y compris le week-end et les jours fériés.

Activité clinique - sortie de garde en semaine

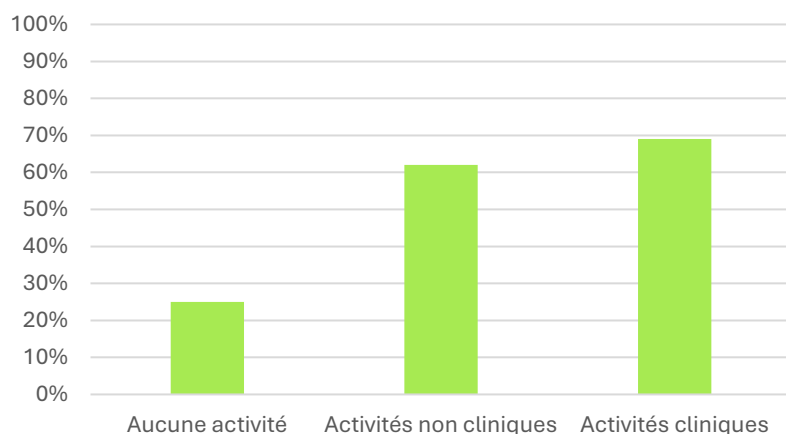


Activité clinique - sortie de garde WEJF



Lendemain d'astreinte

Activité professionnelle en lendemain d'astreinte

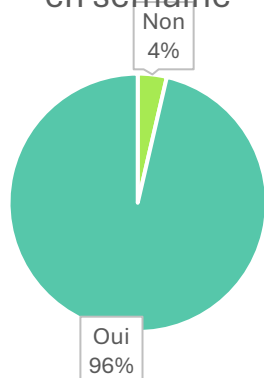


Le repos quotidien est réglementairement garanti durant 11 heures après le dernier déplacement en astreinte. L'enquête ne permettait pas d'évaluer la lourdeur / pénibilité de l'astreinte (notamment, déplacements et avis téléphoniques nocturnes). Pour 25 % des praticiens, une organisation est cependant mise en place pour permettre de garantir le repos de sécurité, en ne définissant aucune activité professionnelle après une astreinte. En revanche, 2/3 des répondants ont une activité professionnelle post-astreinte, qui peut être clinique et/ou non clinique.

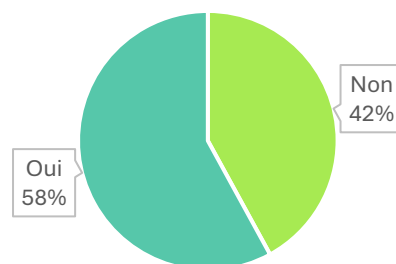
Parmi les 69 % de médecins réalisant des astreintes et ayant une activité clinique post-astreinte, la différence est très nette entre la semaine et le week-end :

- La quasi-totalité d'entre eux ont une activité clinique en semaine
- Plus de la moitié d'entre eux ont une activité clinique lorsque la fin de l'astreinte tombe sur un week-end ou un jour férié

Activité clinique - sortie d'astreinte en semaine



Activité clinique - sortie d'astreinte WEJF



L'avenir : aspirations des médecins de soins critiques

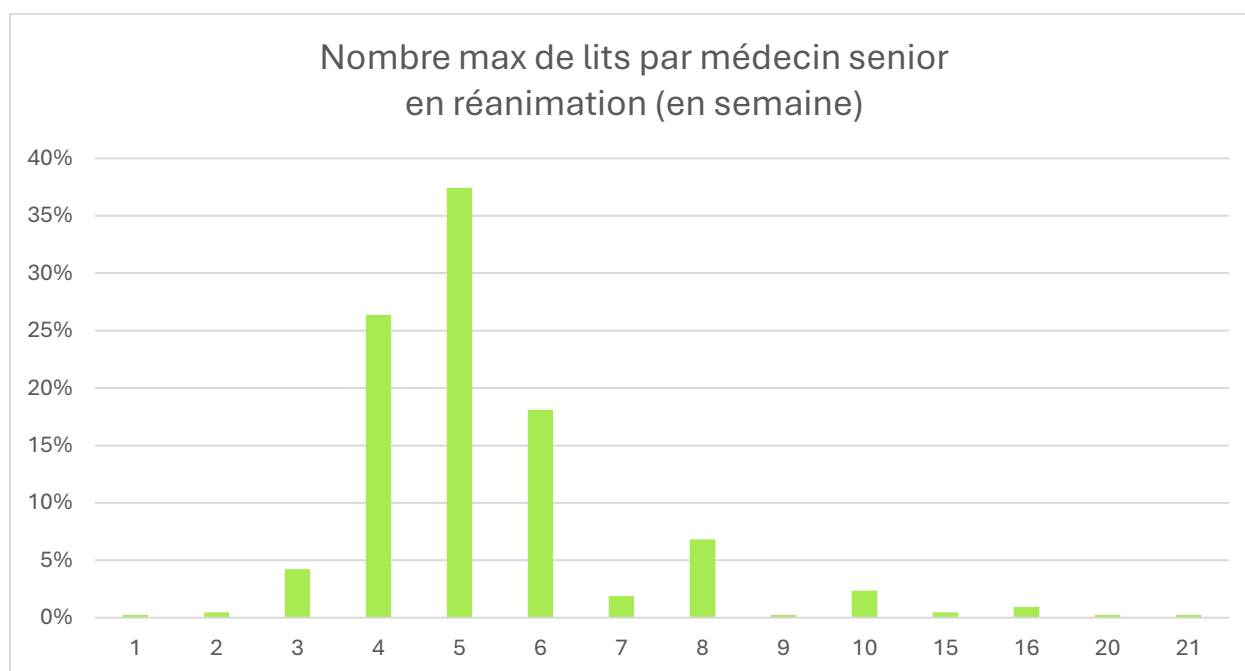
Ratio médecins / malades

Ce sujet est très important : ces résultats sont donc à examiner avec énormément d'attention pour définir les besoins « sincères » pour les soins critiques à l'hôpital public.

D'une part, diverses sociétés savantes et/ou conseil nationaux professionnels se sont exprimés ; d'autre part, la loi Jomier⁹ instaurant les ratios « soignants / patients » (nombre de soignants nécessaire pour prendre en charge un nombre de patients) devrait s'adresser également aux ratios de médecins. D'autre part, s'il existe aujourd'hui pour les soins critiques, une réglementation sur le nombre de professionnels non médicaux, rien n'est défini dans la réglementation pour les médecins. En revanche, en anesthésie-réanimation, de tels ratios sont définis en anesthésie programmée et en obstétrique.

Nombre maximum de lits de réa par senior en semaine

La majorité des médecins (82 %) répondants s'accordent sur un nombre de lits entre 4 et 6 par senior, avec une prépondérance de choix pour 5 lits (médiane).



Ce ratio est sensiblement identique pour les MAR et les MIR. En revanche, si la réponse « 5 lits / senior » est majoritaire dans les CHU, le choix entre 4 et 5 lits est beaucoup moins tranché dans les CH non universitaires.

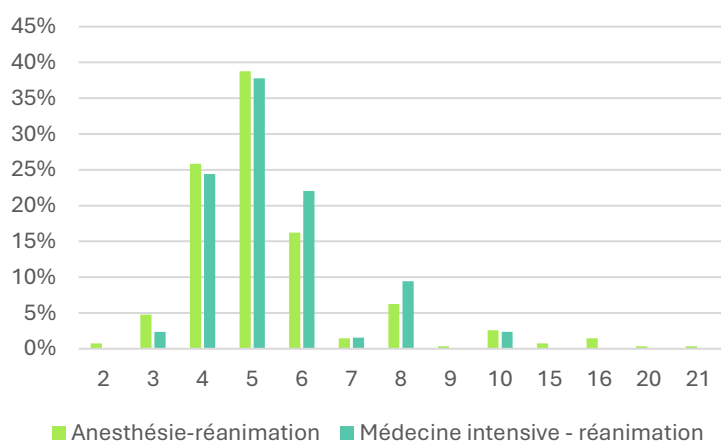
Les répondants travaillant dans une réanimation de moins de 20 lits optent majoritairement pour des ratios de 4 lits pour 1 médecin. Ces résultats indiquent probablement une nécessité de maintenir une continuité de la collégialité médicale même si le service est de petite taille, ce qui

⁹ Loi n° 2025-74 du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé

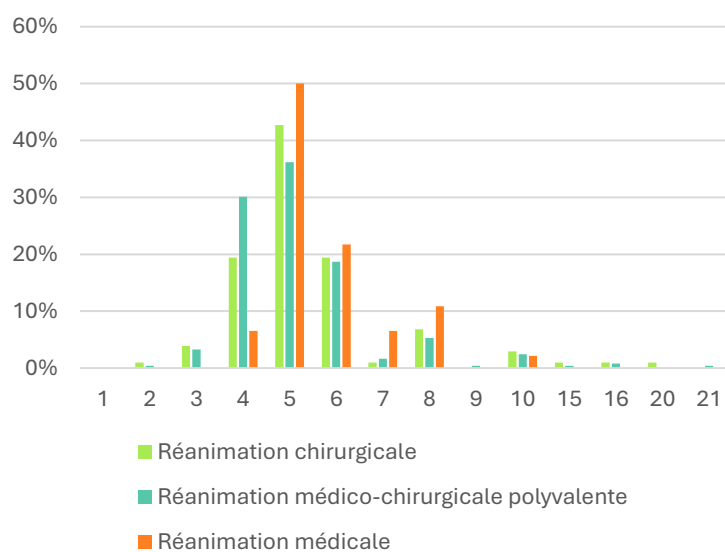
est cohérent avec les préconisations du CNP ARMPO¹⁰. Dans les services de plus de 20 lits, ils optent majoritairement pour un ratio de 5 lits par médecin.

Si les répondants travaillent dans une réanimation de recours départemental ou régional, ils souhaitent tendre vers des ratios plus serrés, proches de 1 médecin pour 4 lits. Il est de 1 pour 5 si le service n'assure pas de mission de recours.

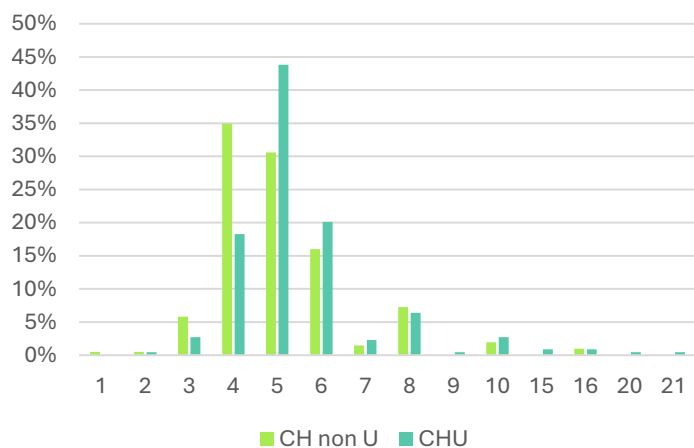
Nombre de lits de réanimation
par médecin senior
sous-groupes MAR - MIR



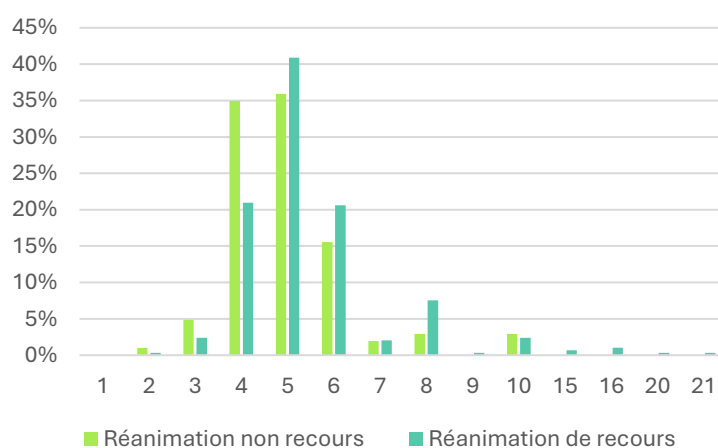
Nombre de lits de réanimation
par médecin senior
selon typologie de la réanimation



Nombre de lits de réanimation
par senior
sous - groupes CH / CHU



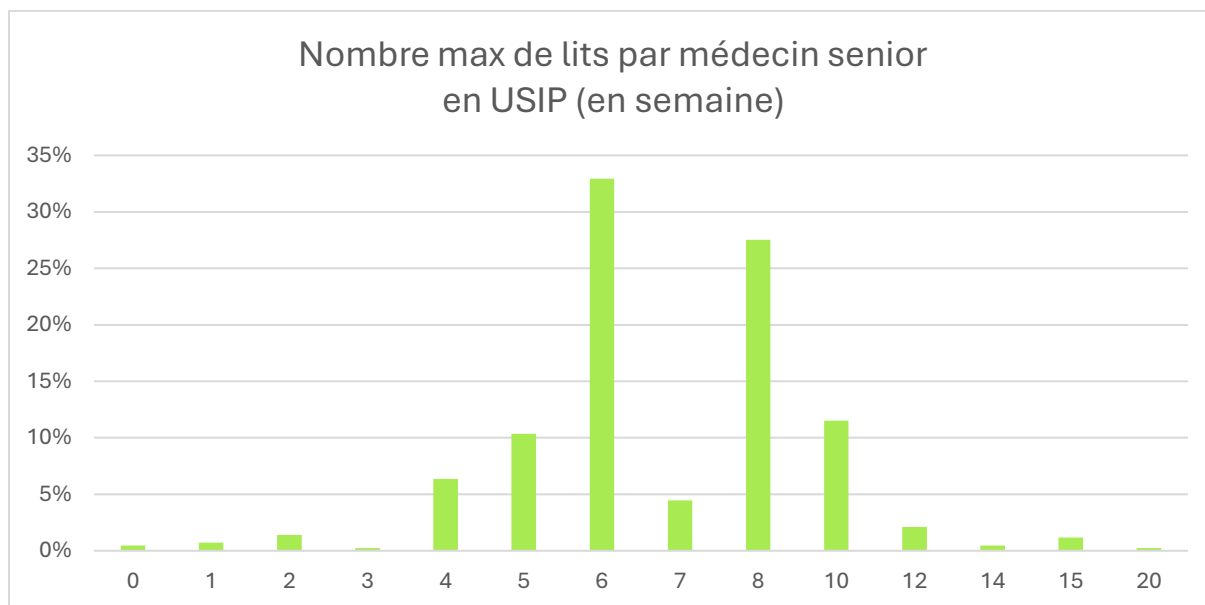
Nombre de lits de réanimation
par senior
réanimation de recours ou non



¹⁰ [Les Ressources Humaines en ARMPO - Livre blanc 2025](#)

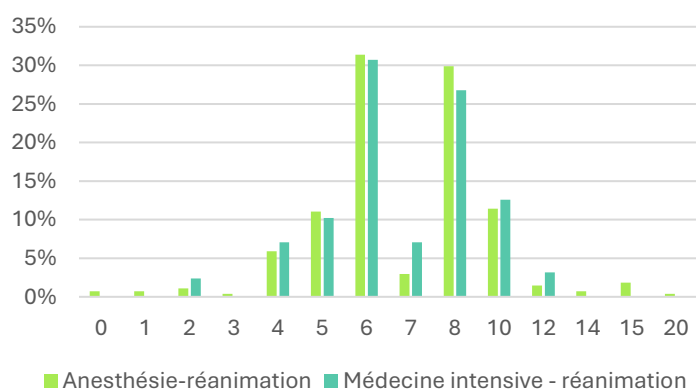
Nombre maximum de lits d'USIP par senior en semaine

60 % des répondants optent pour un nombre maximal de lits à 6 ou 8 par senior, en semaine (médiane à 6).

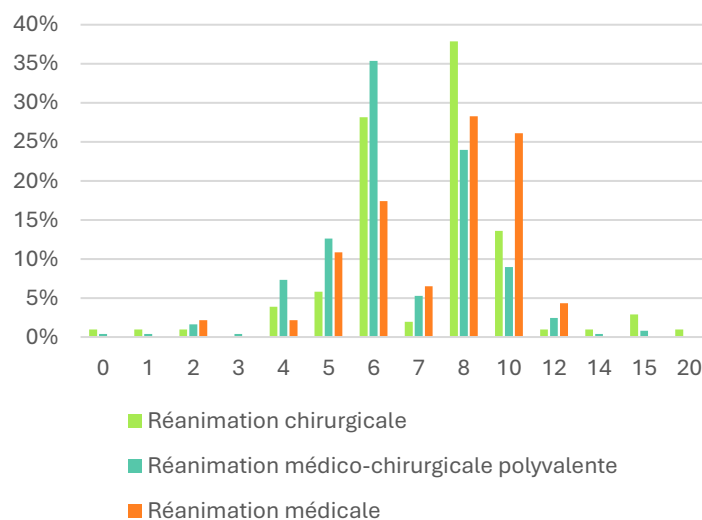


Les réponses sont également identiques entre MAR et MIR, et diffèrent de manière encore plus nette entre CHU (plutôt 8 lits) et CH (6 lits), entre réanimation de recours (plutôt 8 lits) et CH (6 lits).

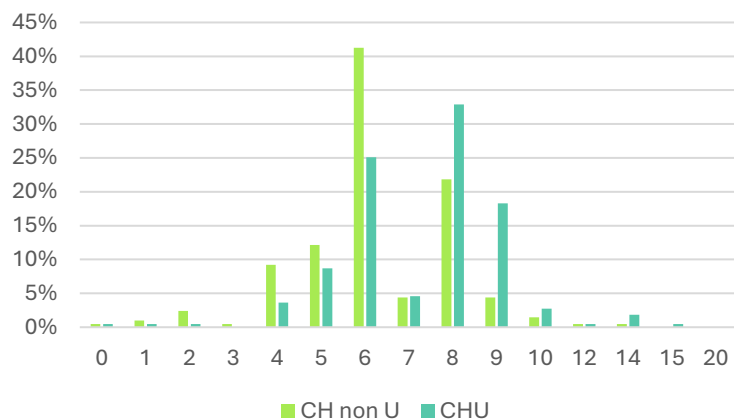
Nombres de lits d'USIP par senior - sous-groupes MAR - MIR



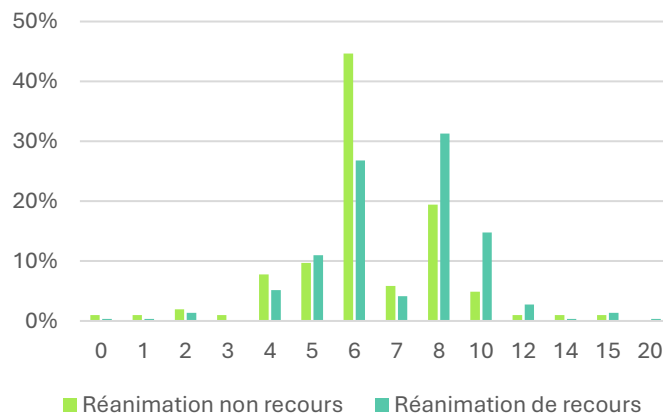
Nombre de lits d'USIP par senior selon typologie réanimation



Nombre de lits
par senior
sous - groupes CH / CHU



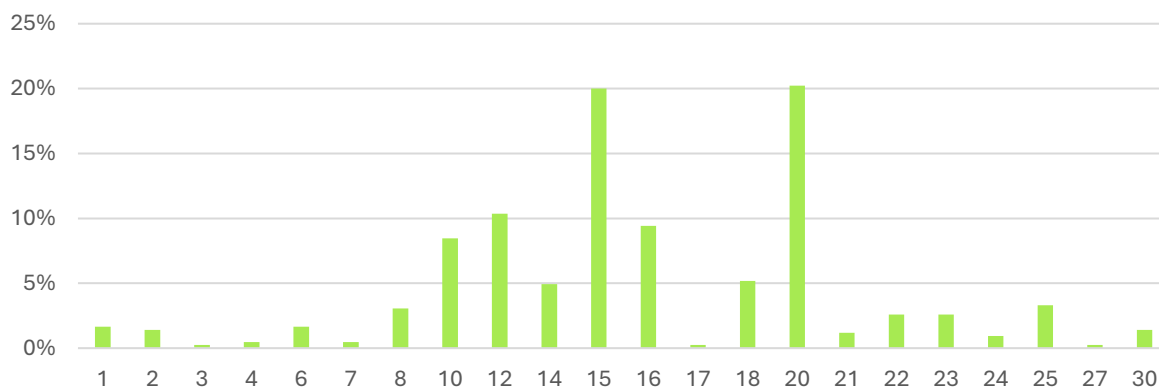
Nombre de lits d'USIP
par senior
réanimation de recours ou non



Nombre maximum de lits de soins critiques par senior lors de la période de permanence des soins (nuits, week-ends et jours fériés)

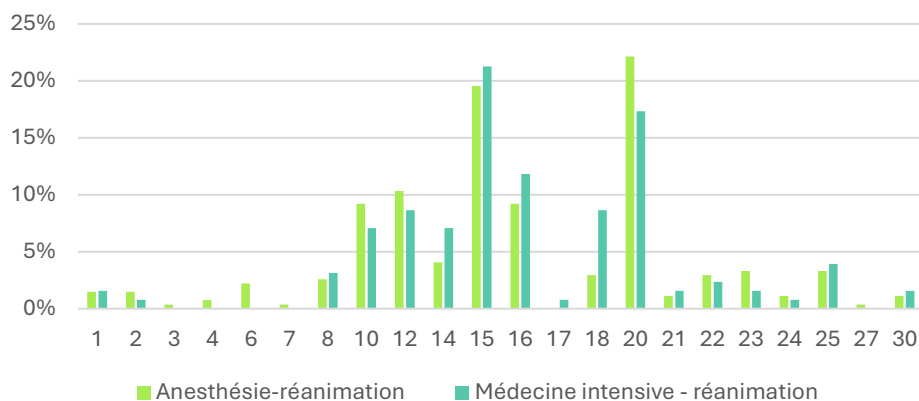
Durant la période de permanence des soins, le nombre maximum de lits de soins critiques (réanimation + USIP) acceptable s'élève entre 15 et 20 pour 55 % des médecins, entre 10 et 20 pour 82 % d'entre eux. La médiane s'élève à 15 lits / senior.

Nombre de lits par médecin sénior
(réanimation + USIP)
en période de permanence des soins

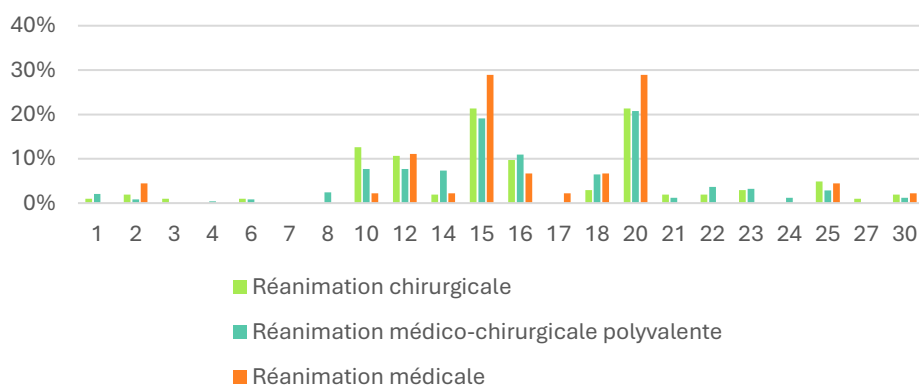


Les MAR et les MIR se répartissent de manière sensiblement égale entre 15 et 20 lits de soins critiques par senior.

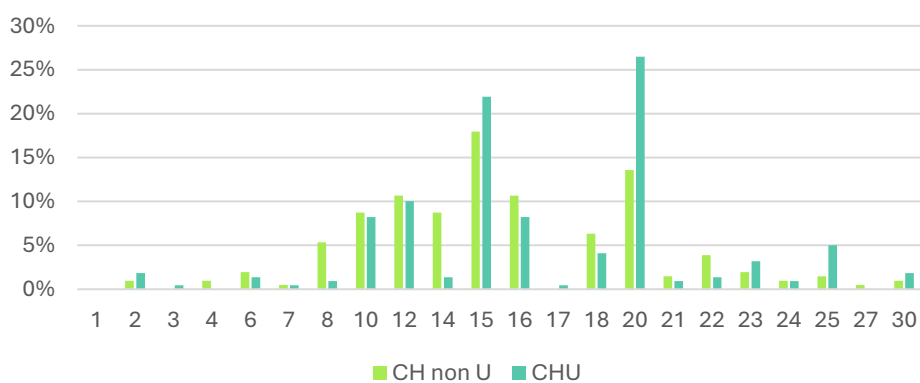
Nombres de lits de soins critiques par senior, période PDS sous-groupes MAR - MIR



Nombres de lits de soins critiques par senior, période PDS selon typologie de la réanimation



Nombres de lits de soins critiques par senior, période PDS sous-groupes CH - CHU



Adaptabilité des ratios

Les médecins exerçant en réanimation souhaitent majoritairement que les ratios soient définis mais adaptables (73 % des répondants). Ce résultat est encore plus tranché si on s'adresse aux médecins exerçant en réanimation chirurgicale (81 % pour des ratios adaptables, 67 % en réanimation médicale) dans des grosses unités (89 % si la réanimation a plus de 20 lits).

Ces résultats dépendent aussi de la spécialité (77 % des répondants MAR, 65 % parmi les MIR).

Cette différence d'appréciation se retrouvait également dans les recommandations des sociétés savantes et des conseils nationaux professionnels : les RFE éditées la SRLF sont en faveur d'un ratio fixe à 1 médecin pour 6 lits de réanimation et 1 médecin pour 8 lits d'USIP tandis que dans le livre blanc du CNP ARMPO, une fourchette large (entre 5 et 10 lits par médecin) était proposée. Ces divergences sont à notre sens en rapport d'une part avec une différence des types de réanimations (impact notamment de certaines réanimations chirurgicales qui ont peu d'entrées liées à la permanence des soins, et des réanimations à haut turn-over (post-opératoire lourd), notamment dans les établissements privés de santé) et des modes d'exercice, d'autre part avec l'aide apportée par la présence d'un interne de garde (notamment dans les réanimations « de recours territorial »).

A la lumière de ces résultats, une proposition de 15 lits par senior en période de permanence des soins paraît raisonnable pour l'exercice médical des soins critiques à l'hôpital public.

Synthèse ratio médecins / patients

Ainsi, les souhaits pour le nombre de lits par senior en soins critiques peuvent être résumés ainsi :

	Semaine (journée)	Permanence des soins
Réanimation	5	15
USIP	6 à 8	

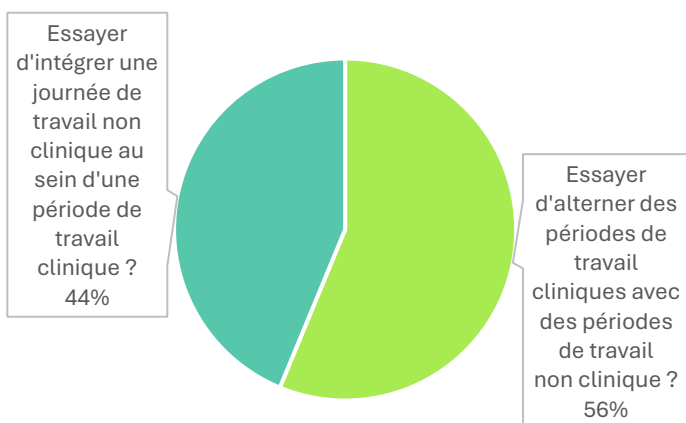
Organisation du travail

Le travail du praticien de soins critiques possède trois volets principaux (hors activité universitaire et managériale)

- L'activité clinique
 - o dans son service
 - o hors de son service (« missions cliniques hors les murs »)
- L'activité non clinique (« valences non cliniques »)

Répartition du temps clinique et non clinique

Répartition du temps clinique et non clinique

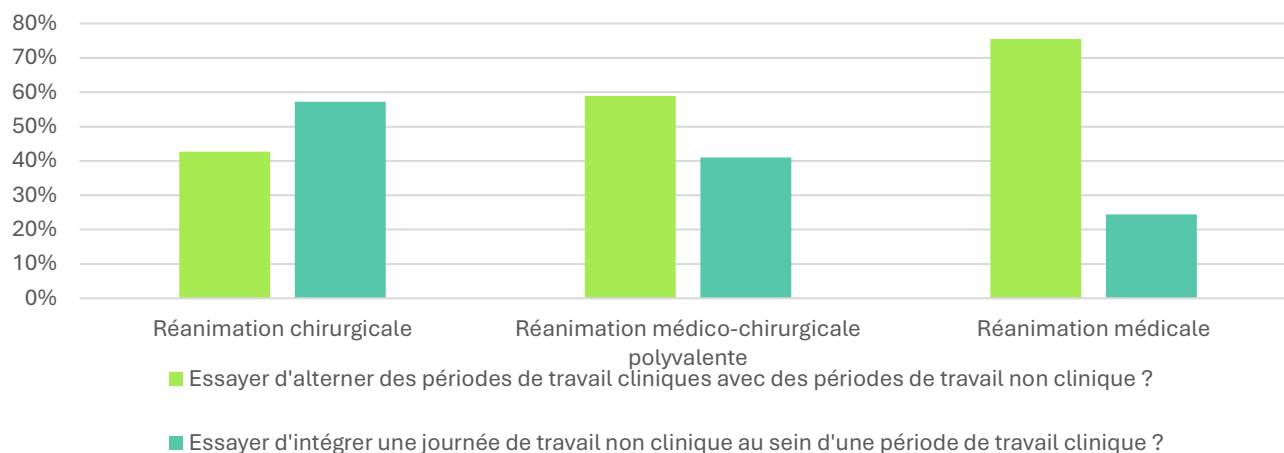


L'intégration des valences non cliniques – officialisées dans le cadre de la réforme du décret du statut de praticien hospitalier en 2022¹¹ – dans l'organisation du temps de travail n'est pas tranchée : 56 % (59 % en cas de service associant réa et USIP) de médecins de soins critiques sont favorables à une alternance de périodes cliniques et de périodes non cliniques, tandis que 44 % (41 % en cas de service associant réa et USIP) sont favorables à intégrer l'activité non clinique au sein des périodes de travail clinique.

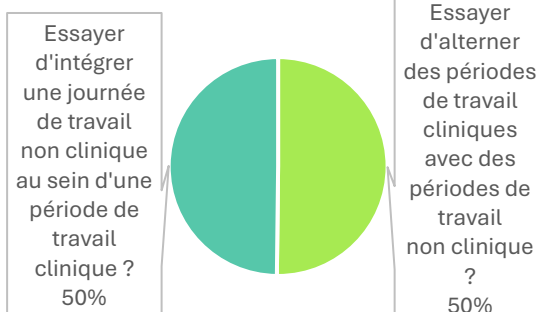
Ce souhait d'alternance est également beaucoup plus fréquent dans les CHU (60 %) que les CH (52 %), dans les réanimations médicales (76 %) et médico-chirurgicales (59 %) alors que cette option est minoritaire pour les réanimations chirurgicales (43 %) : l'avis des MIR et des MAR diffère sur cette question, les MIR étant plus nettement favorables à l'alternance (69 %) de semaines (périodes) cliniques et de semaines non cliniques.

¹¹Article R6152-826 du Code de Santé publique
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045127599

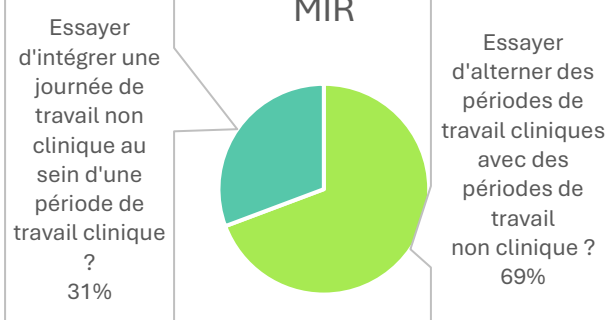
Répartition clinique et non clinique : alternance ou intégration ?



MAR



MIR

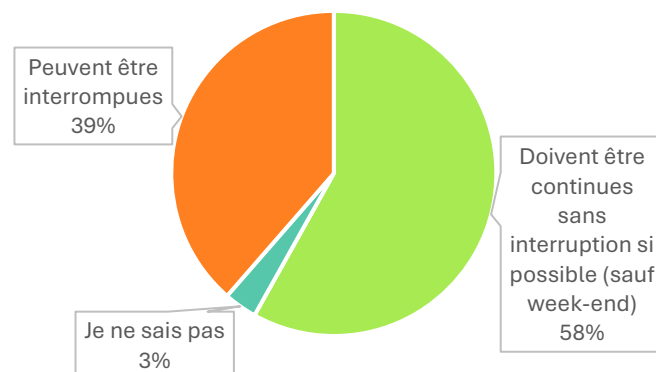


Pour l'activité clinique (dans et hors les murs)

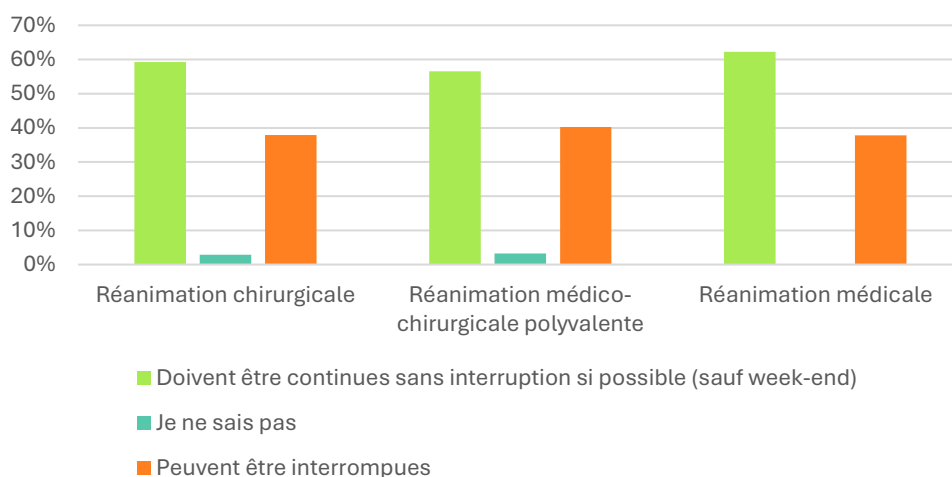
En journée

Nous avons interrogé les médecins sur la pertinence d'avoir une activité clinique de soins critiques continue (en semaine) ou discontinuée (avec des plages pour d'autres activités (clinique, non clinique, jour off ...) intercalées au sein de cette activité clinique). Là encore, la question n'est pas tranchée : 58 % d'entre eux sont favorables à une activité continue, et ce, quel que soit le type de réanimation concernée, quelle que soit la spécialité.

Les périodes de temps clinique...

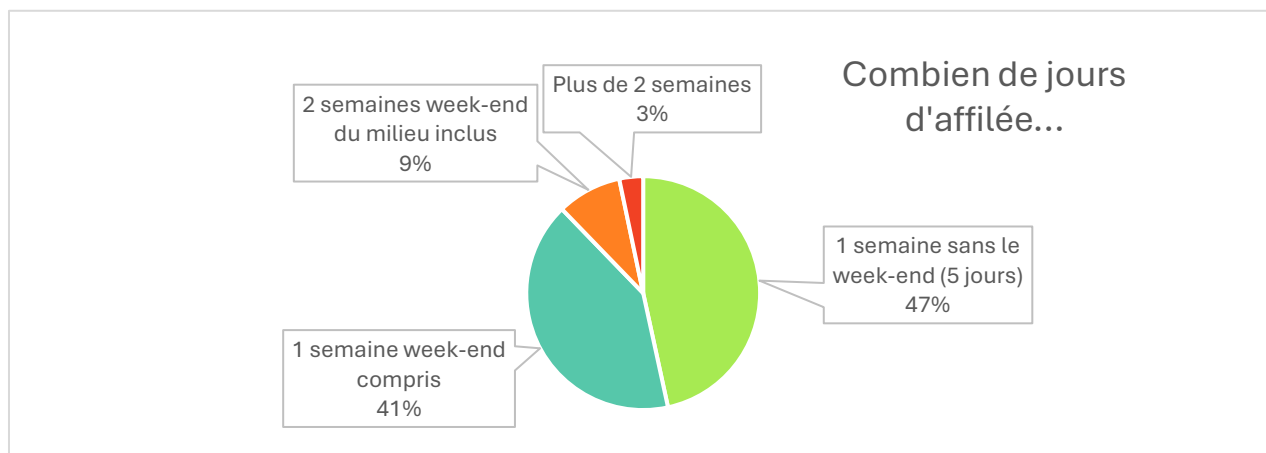


Continuité des périodes cliniques



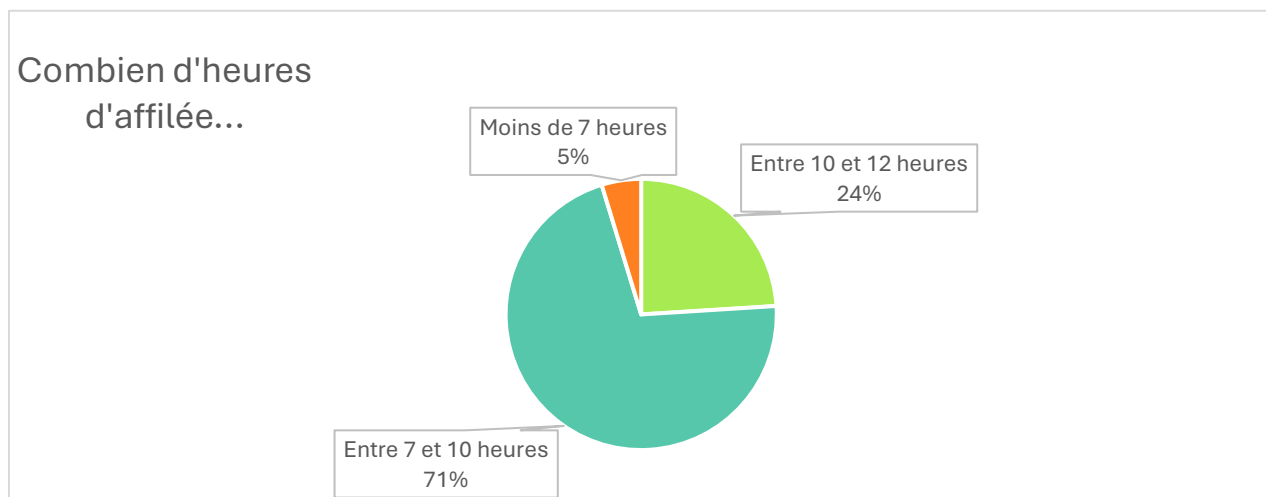
La seule proposition qu'il est donc possible de formuler est de laisser la liberté d'organisation à chaque service, en fonction de son recrutement et de ses autres impératifs d'organisation de travail.

Nous avons ensuite interrogé les médecins sur le nombre maximum souhaitable de jours de travail consécutifs : 88 % fixent cette durée à une semaine (week-end compris ou non).



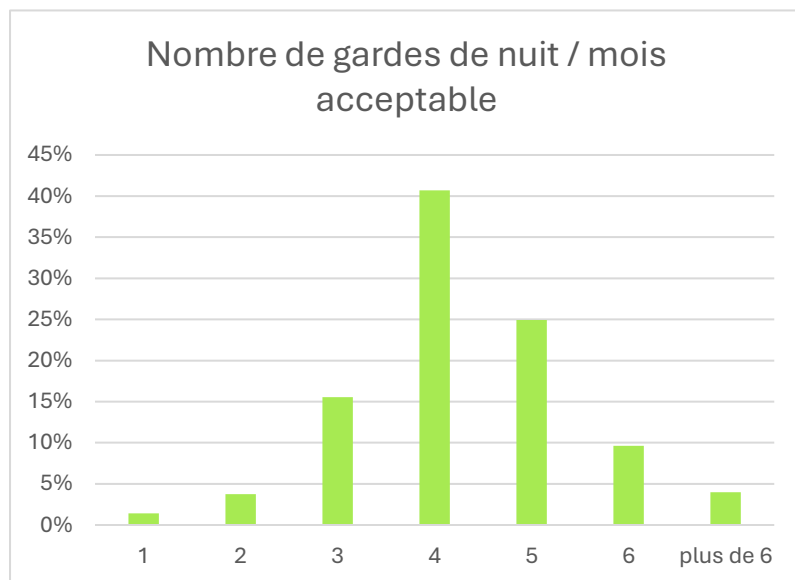
Nous avons enfin interrogé les médecins sur la durée souhaitable de la journée de travail : 71 % sont favorables à des journées de 7 à 10 heures (c'est-à-dire, un statu quo).

Ce résultat est assez semblable pour les spécialités MAR et MIR, et est indépendant du sexe du répondant et de la génération (cf. annexe 2).



En période de permanence des soins

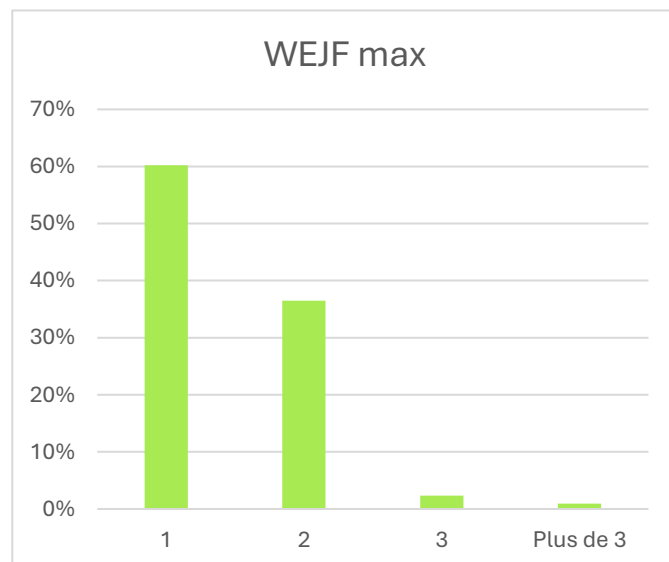
Volume mensuel acceptable de gardes



Le nombre maximum acceptable de garde de nuit est de 4 gardes par mois, week-end compris. Ce résultat est indépendant de la spécialité (MAR / MIR), du sexe ou de la tranche d'âge du répondant, et également du type d'établissement ou du nombre de lits du service de soins critiques (cf. annexe 2).

Volume mensuel acceptable de gardes de week-end et jours fériés

Le nombre maximum de gardes de week-end /jours fériés se situe entre 1 et 2. La spécialité, la tranche d'âge du répondant jouent peu sur ce résultat, en revanche, les femmes sont beaucoup plus demandeuses d'un maximum d'une garde par mois que les hommes.

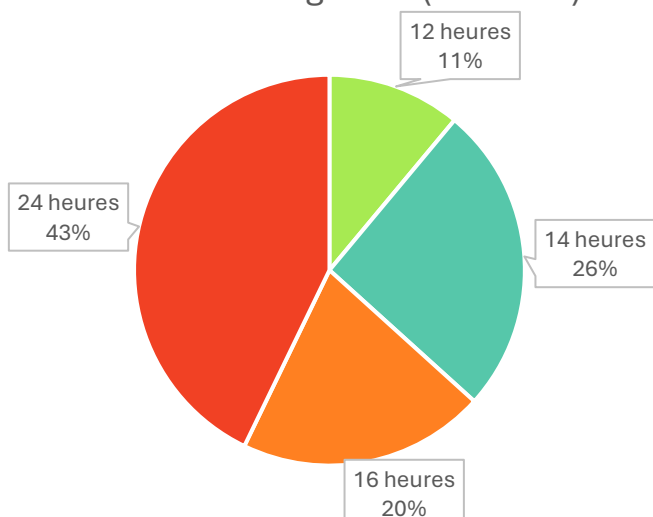


Durée maximale de la garde

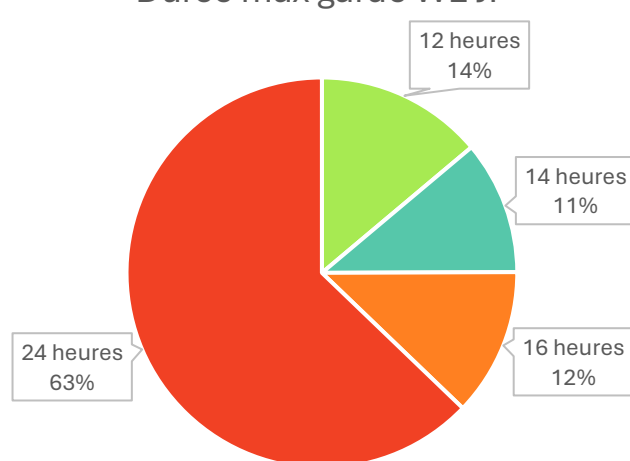
Une majorité des médecins répondants (57 %) souhaite que soient abandonnées les gardes de 24 heures en semaine, ce qui va dans le sens de l'évolution du rapport au travail des médecins et la recherche de rythmes moins anti-physiologiques, sources de conséquences sur la vie personnelle, familiale et de loisir, sur la fatigue et sur la santé. Ce principe de gardes de 24 heures est cependant majoritairement toléré pour le week-end et les jours fériés : plusieurs explications peuvent être avancées

- La nécessité de réaliser 24 heures pour diminuer le nombre de présence de week-end à l'hôpital
- La meilleure rémunération (la journée bénéficiant également d'une indemnité de sujétion)

Durée max de gardes (semaine)



Durée max garde WE JF

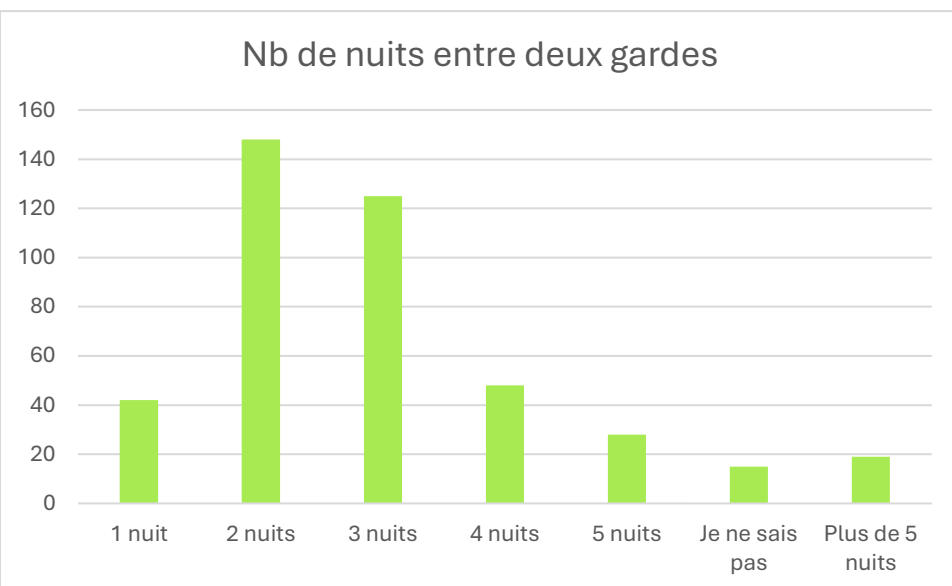


Pour les gardes de semaine, ces aspirations sont peu ou pas influencées par la spécialité, par le sexe du médecin répondant. En revanche, il y a un très net effet de l'âge, avec un refus des gardes de 24 heures qui est majoritaire chez les « jeunes » praticiens jusqu'à 49 ans, et après 60 ans. Le type d'établissement joue également, la fin des gardes de 24 heures étant demandée de manière plus importante par les médecins travaillant en CHU qu'en CH non universitaire. Le nombre de lits de la réanimation joue peu (le résultat pour les services de plus de 30 lits n'est pas interprétable, compte tenu du faible nombre de services concernés).

Pour les gardes de week-end et jours fériés, on retrouve, dans une moindre mesure, l'effet de l'âge sur les aspirations de durée de la garde, la demande de maintien des 24 heures restant toujours majoritaire.

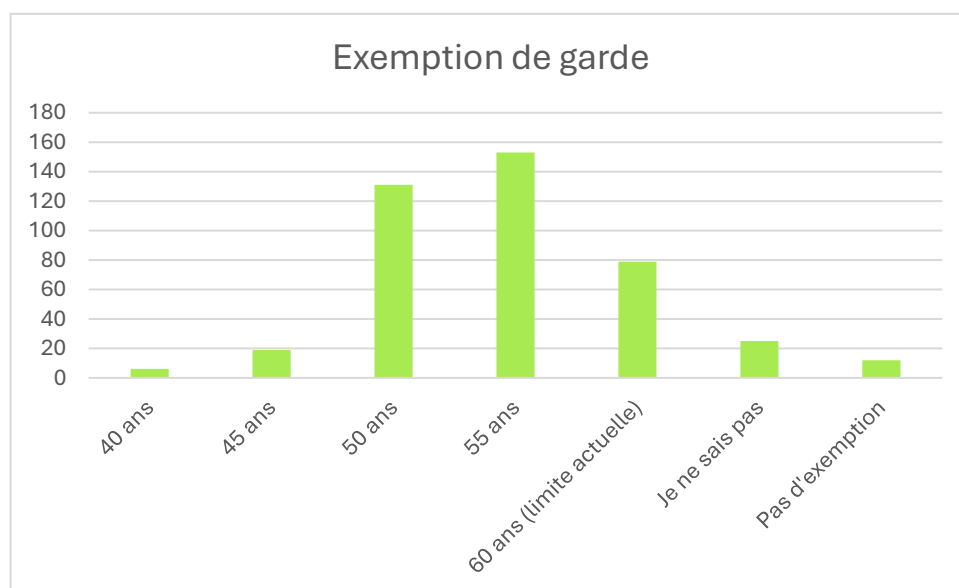
Viser 14 à 16 heures pour une garde de semaine (libérant donc la matinée précédant la garde) et maintenir 24 heures pour une garde de week-end / jour férié paraît une proposition qui correspond aux attentes des praticiens.

Intervalle entre deux gardes



Pour près des 2/3 des répondants, 2 à 3 nuits de sommeil sans garde doivent séparer deux gardes (plutôt 2 pour les MAR, 3 pour les MIR, plutôt 2 pour les hommes et 3 pour les femmes). L'intervalle entre deux gardes semble poser moins de difficulté dans les services de petite taille (< 10 lits de soins critiques) – cf. annexe 2.

Age d'exemption de la garde



Les 2/3 des médecins répondants souhaitent que l'âge d'exemption pour la permanence des soins soit abaissée à 50 ou 55 ans. L'exemption « de droit » des gardes est un acquis très récent (arrêté du 8 juillet 2025) pour les praticiens hospitaliers qui ont une obligation statutaire individuelle de permanence des soins, et répond à une demande du SNPHARE (qui jusqu'ici demandait une exemption dès 55 ans).

La demande d'exemption des gardes à partir d'un seuil beaucoup plus bas est probablement très révélateur de l'évolution du rapport des médecins hospitaliers à leur travail et à la nécessité de limiter dès que possible la pénibilité liée au travail en garde. Ce résultat nous amène à réviser notre seuil à 50 ans.

Notons que les femmes souhaitent une exemption des gardes beaucoup plus précoce que les hommes (nette majorité à 50 ans). De même, les MAR aspirent à une exemption des gardes plus précoce que les MIR.

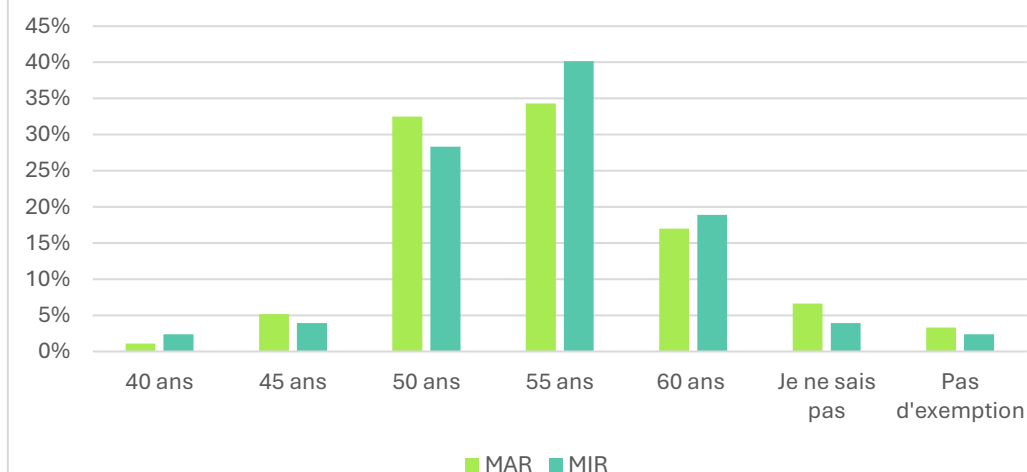
Le souhait pour l'âge d'exemption de garde varie également selon l'âge du répondant.

- Pour les praticiens de plus de 50 ans, la demande est majoritairement à 55 ans voire plus tard.
- Pour les médecins de moins de 50 ans, plus ils sont jeunes, plus la demande atteint l'âge de 50 ans.
- (Les résultats concernant les groupes « < 30 ans » et « > 65 ans » ne sont pas interprétables compte tenu du faible effectif de ces groupes.)

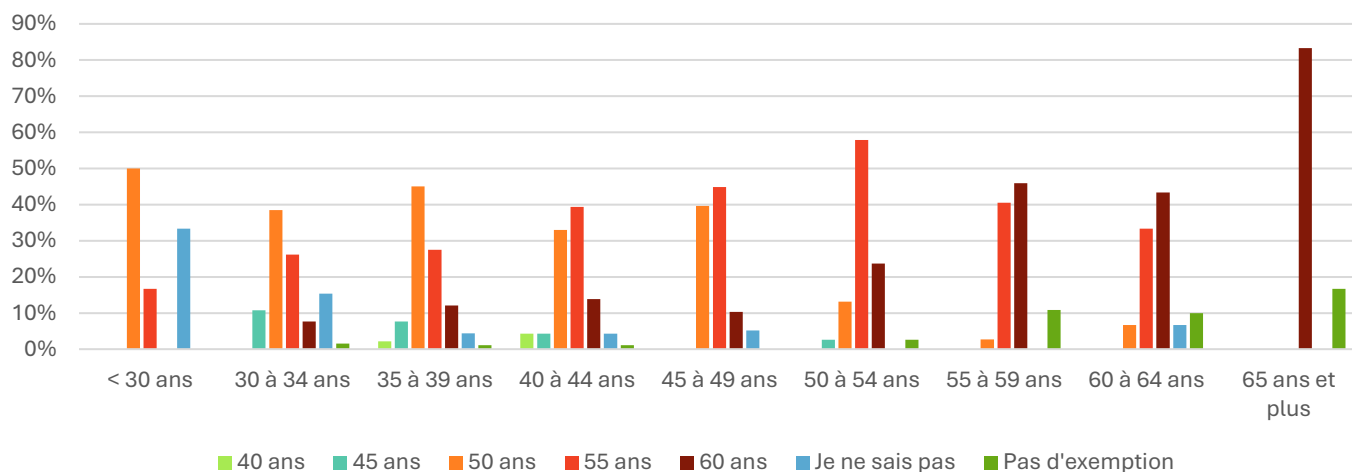
Age d'exemption des gardes, selon le sexe



Age d'exemption des gardes, selon la spécialité



Age d'exemption des gardes, selon l'âge du répondant



Pour résumer, nous proposons les chiffres suivants pour la permanence des soins des médecins exerçant en soins critiques :

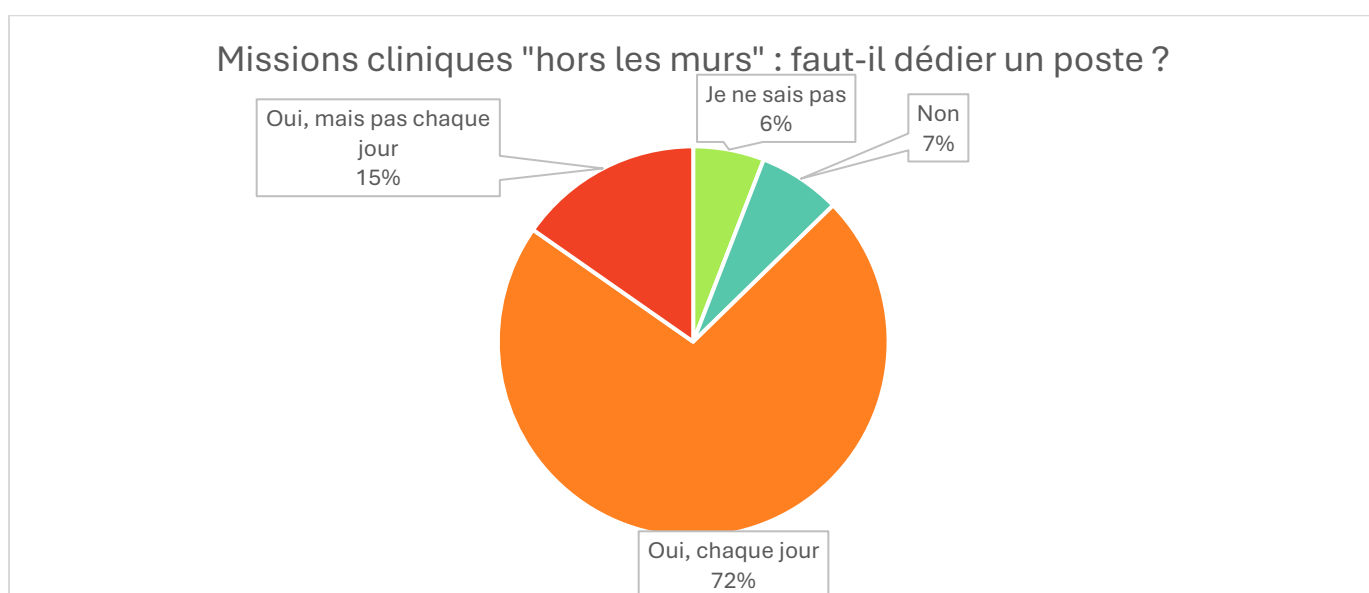
	Semaine	WEJF
Nombre de gardes mensuelles	4 (WEJF compris)	1 (voire 2)
Durée de la garde	14 à 16 h	24 h
Nombre de nuits entre deux gardes	3 nuits	
Age d'exemption de gardes « de droit »	50 ans (au-delà : volontariat)	

Missions cliniques « hors les murs »

L'activité clinique « hors les murs » représente une partie importante de l'activité de soins critiques quotidienne : avis téléphoniques, déplacement dans les services pour évaluation d'un patient, urgences vitales intra-hospitalières...

De manière très nette, les médecins souhaitent que chaque jour, un médecin soit posté spécifiquement sur cette activité (72 %), et de manière générale 87 % sont favorables à ce que cette activité fasse l'objet d'un poste spécifique.

Ce résultat n'est pas influencé par le type de réanimation, ni par la spécialité du médecin répondant. En revanche, l'existence d'un poste dédié semble plus nécessaire aux praticiens de CHU (79%) que de CH non universitaire (65 %).

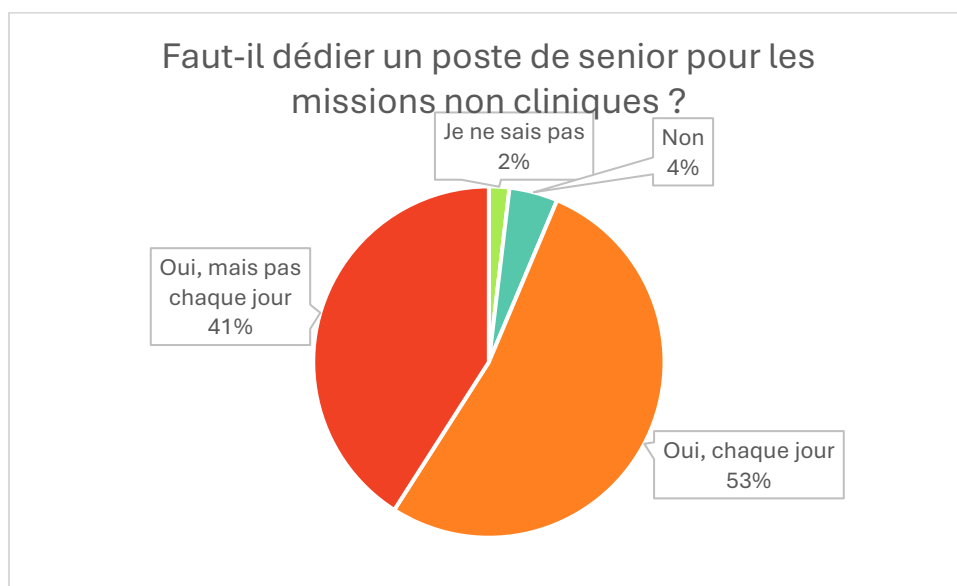


Missions non cliniques

L'activité non clinique représente également une partie importante de l'activité de soins critiques quotidienne : 94 % des praticiens pensent qu'il faut y dédier un poste de médecin, donc 53 % tous les jours.

De même, la mission universitaire influe fortement sur ce résultat : pour les médecins des CHU, 69 % pensent qu'il faut un poste dédié quotidiennement, contre 35 % pour les médecins des CH non universitaires. Ceci est cohérent avec les missions spécifiques des CHU, les missions cliniques étant principalement représentées – outre l'investissement dans la vie du service ou institutionnel - par l'enseignement et la recherche.

La typologie de la réanimation influe également sur le choix d'avoir ce poste dédié tous les jours : cette option est choisie pour des répondants selon qu'ils travaillent respectivement en réanimation chirurgicale (69 %) ou en réanimation médicale ou médico-chirurgicale (49 % pour ces deux types de réanimations). La spécialité d'exercice n'influe que très peu sur ce résultat.



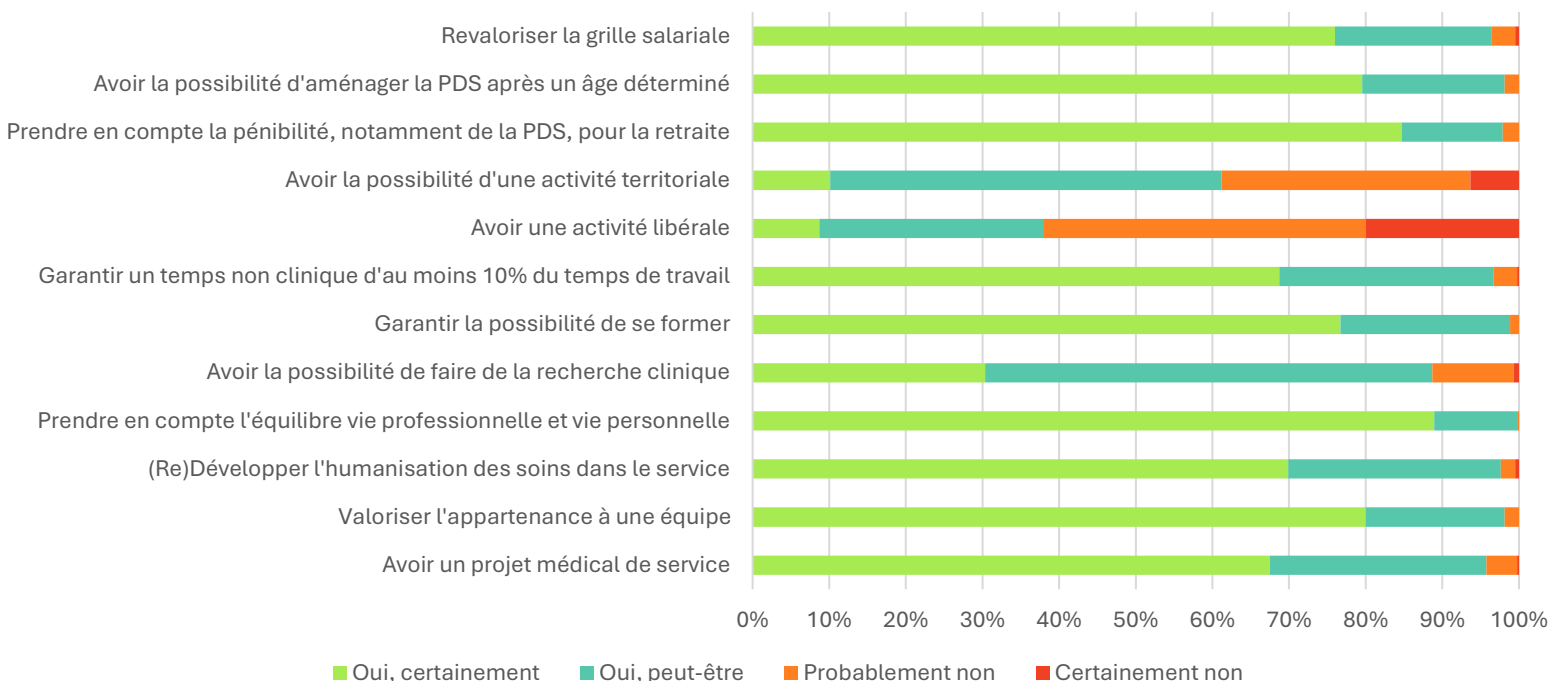
Améliorer l'attractivité des soins critiques

Diverses propositions étaient suggérées aux médecins pour améliorer l'attractivité :

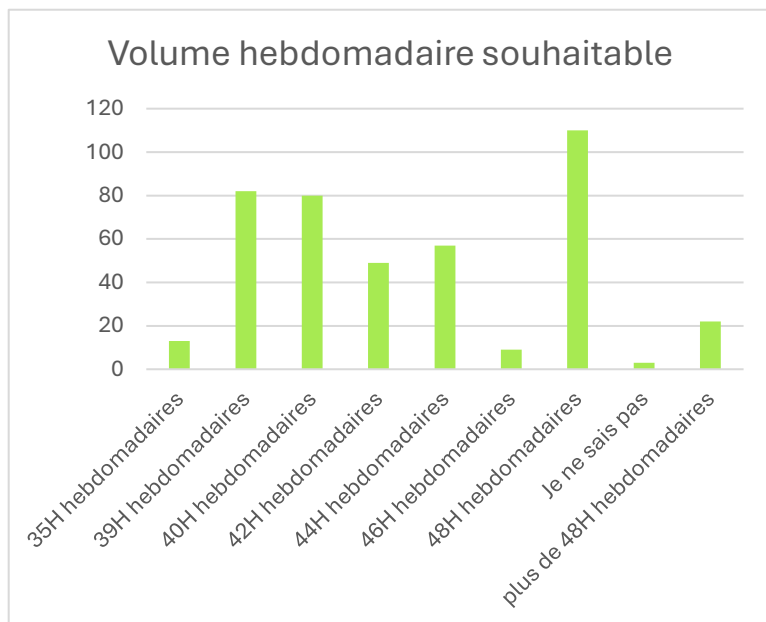
... des critères organisationnels et statutaires :

- 2 critères ne sont clairement pas des critères d'attractivité (réponse « oui, certainement » < 10 %, réponse « certainement non » significative)
 - La possibilité d'une activité libérale
 - La possibilité d'une activité territoriale
- Un critère entraîne une réponse mitigée (réponse « oui, certainement » 30 %) : la possibilité de faire de la recherche clinique
- 9 critères sont fortement plébiscités (réponse « oui, certainement » > 60 %, réponse « probablement non » < 5 % ; par ordre décroissant d'attractivité :
 - **Prendre en compte l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle**
 - **Prendre en compte la pénibilité, notamment de la permanence des soins, pour la retraite**
 - **Valoriser l'appartenance à une équipe**
 - Avoir la possibilité d'aménager la permanence des soins après un âge déterminé
 - Garantir la possibilité de se former
 - Revaloriser la grille salariale
 - (Re)Développer l'humanisation des soins dans le service
 - Avoir un projet médical de service
 - Garantir un temps non clinique d'au moins 10 % du temps de travail

Améliorer l'attractivité des soins critiques ?

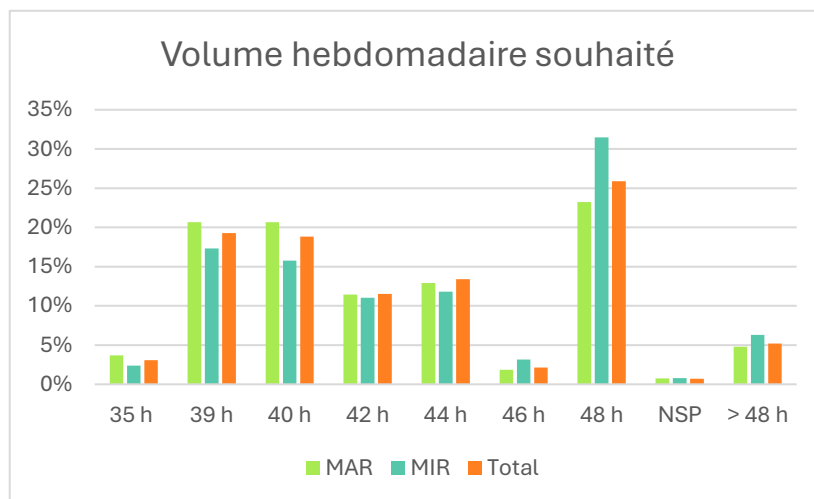


... des critères liés au temps de travail et à son organisation pratique :



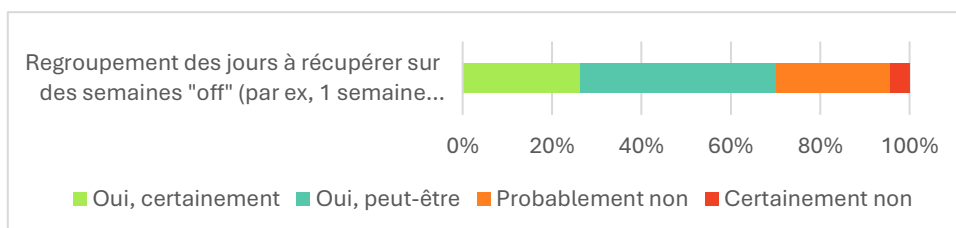
La question du temps de travail a été longuement évoquée dans notre précédente enquête TETRAMAR. Le volume hebdomadaire maximal souhaitable devrait se situer entre 39 et 40 heures (38 % des réponses) plutôt que 48 heures (26 % des réponses), résultat déjà trouvé dans TETRAMAR.

Ce résultat diffère un peu selon la spécialité d'exercice, les MIR étant nettement favorables à un volume hebdomadaire de 48 heures. L'effet de l'âge est difficile à apprécier.



Ceci confirme la recommandation du SNPHARE de fixer les obligations de service à 39 heures et de permettre, sur la base du volontariat, de travailler davantage et de manière rémunérée (temps de travail additionnel).

Rappelons que le temps de travail est statutairement décompté au quadrimestre, permettant d'alterner des semaines à haut volume horaire et des semaines à volume moindre ou à des semaines « off ». La question d'une telle organisation a été posée et encore une fois, la réponse n'est pas tranchée, plaidant pour une **libre organisation des services pour la répartition de leur temps de travail**.



Commentaires libres

Les commentaires libres ont été nombreux (22 % des répondants, soit près d'une centaine de commentaires). La synthèse de ces commentaires a été réalisée à l'aide de l'intelligence artificielle (Notebook LLM).

La synthèse des commentaires recueillis dans l'enquête MIR@MAR met en lumière un profond sentiment d'épuisement professionnel, mais aussi des pistes de réflexion concrètes pour l'avenir de la réanimation. Les témoignages s'articulent autour de cinq thématiques majeures :

1. La remise en question du modèle des gardes de 24 heures

L'unanimité semble se faire sur la **pénibilité extrême de la permanence des soins (PDS)**.

- **Abolition des 24h** : De nombreux médecins considèrent que travailler 24 heures d'affilée devrait être interdit. Des alternatives, comme des transmissions à 16h ou des formats de 12h/16h, sont citées comme ayant un impact positif immédiat sur la qualité de vie au travail (QVT).
- **Impact de l'âge** : Il existe une forte demande pour une **exemption progressive ou un arrêt des gardes** à partir d'un certain âge (souvent cité autour de 50-55 ans) ou selon l'ancienneté.
- **Reconnaissance de la pénibilité** : La prise en compte du travail de nuit et de week-end pour le **calcul de la retraite** est une revendication quasi systématique.

2. Le choc générationnel et l'évolution des mentalités

Le verbatim révèle une tension entre les "anciens" et les "jeunes" praticiens concernant l'engagement et le temps de travail.

- **Conflit sur le TTA** : Les plus anciens déplorent que les jeunes collègues refusent souvent le temps de travail additionnel (TTA), laissant la charge de travail supplémentaire reposer sur les praticiens expérimentés.
- **Équilibre vie pro/vie privée** : Les jeunes générations sont décrites comme étant plus attentives à leur équilibre personnel, ce qui est perçu par certains comme un frein au fonctionnement actuel des services, mais par d'autres comme une prise de conscience nécessaire face à la fatigue intense.

3. La crise d'attractivité et le sous-effectif

Le manque de personnel est décrit comme un cercle vicieux dégradant les conditions de travail.

- **Pénurie médicale** : Le sous-effectif entraîne la suppression des jours « non cliniques » et l'augmentation du nombre de gardes. Certains services fonctionnent avec des effectifs si réduits qu'ils se sentent en situation de "travailleur isolé".
- **Désertion des CHU et périphéries** : Des praticiens quittent les CHU pour des centres hospitaliers (CH) moins denses ou pour le secteur privé afin de retrouver une liberté d'organisation. Les CH de périphérie craignent une raréfaction critique des médecins expérimentés.

4. Revendications salariales et statutaires

Le sentiment d'un manque de reconnaissance financière est prédominant.

- **Injustice du Ségur** : Plusieurs commentaires mentionnent les "oubliés du Ségur", notamment les anciens praticiens hospitaliers (PH) qui s'estiment lésés par les nouvelles grilles salariales.
- **Rémunération de la PDS** : Le taux horaire des gardes est jugé insuffisant au regard des responsabilités et du stress, certains le comparant défavorablement à celui d'autres secteurs ou spécialités.

5. Organisation du travail et temps non clinique

La structure même du temps de travail à l'hôpital est questionnée.

- **Temps continu vs Demi-journées** : Le passage au **temps continu** (comptabilité horaire) est souvent réclamé pour mieux refléter la réalité du travail, bien que certains craignent que cela ne nuise à l'esprit d'équipe.
- **Sanctuarisation du temps hors clinique** : Le besoin de temps dédié à la recherche, à l'enseignement ou aux tâches administratives ("temps pour souffler") est jugé indispensable pour la durabilité des carrières.
- **Relations avec l'administration** : Une part importante des répondants exprime un sentiment de mépris ou d'ingérence de la part des directions hospitalières, qui privilégieraient la rentabilité au détriment du bon sens médical.

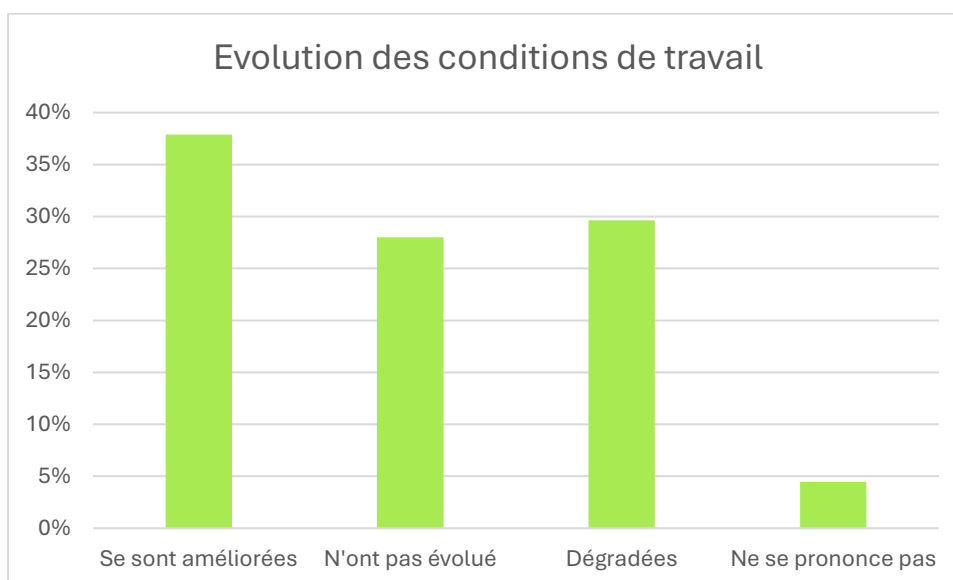
Bonus : Perspectives professionnelles des répondants

Le SNPHARE pose régulièrement ces questions en fin d'enquête. Nous constatons un « frémissement » qui va de pair avec les données les plus récentes du CNG sur le taux de vacance statutaire, qui reste à confirmer.

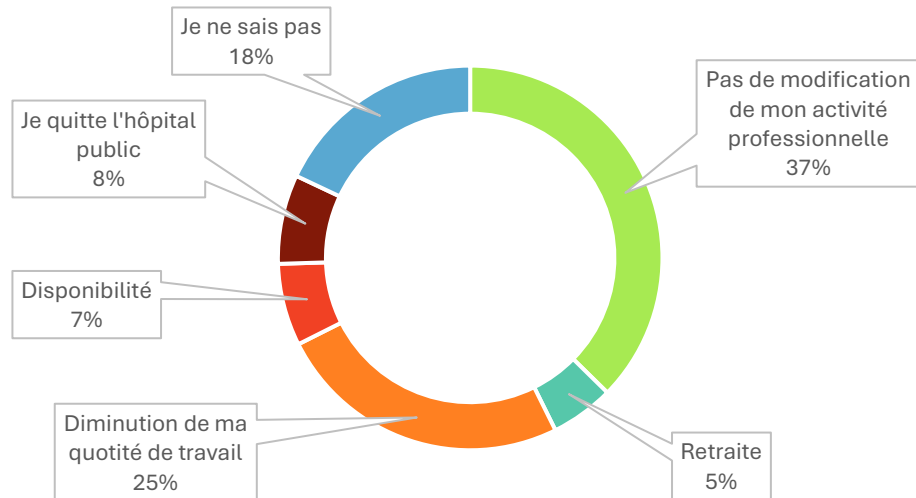
Plusieurs mesures d'attractivité des carrières hospitalières ont été appliquées dans les 5 dernières années :

- IESPE 1010 euros
- Temps continu de plus en plus important
- Majoration de la rémunération des gardes
- Réforme du TTA

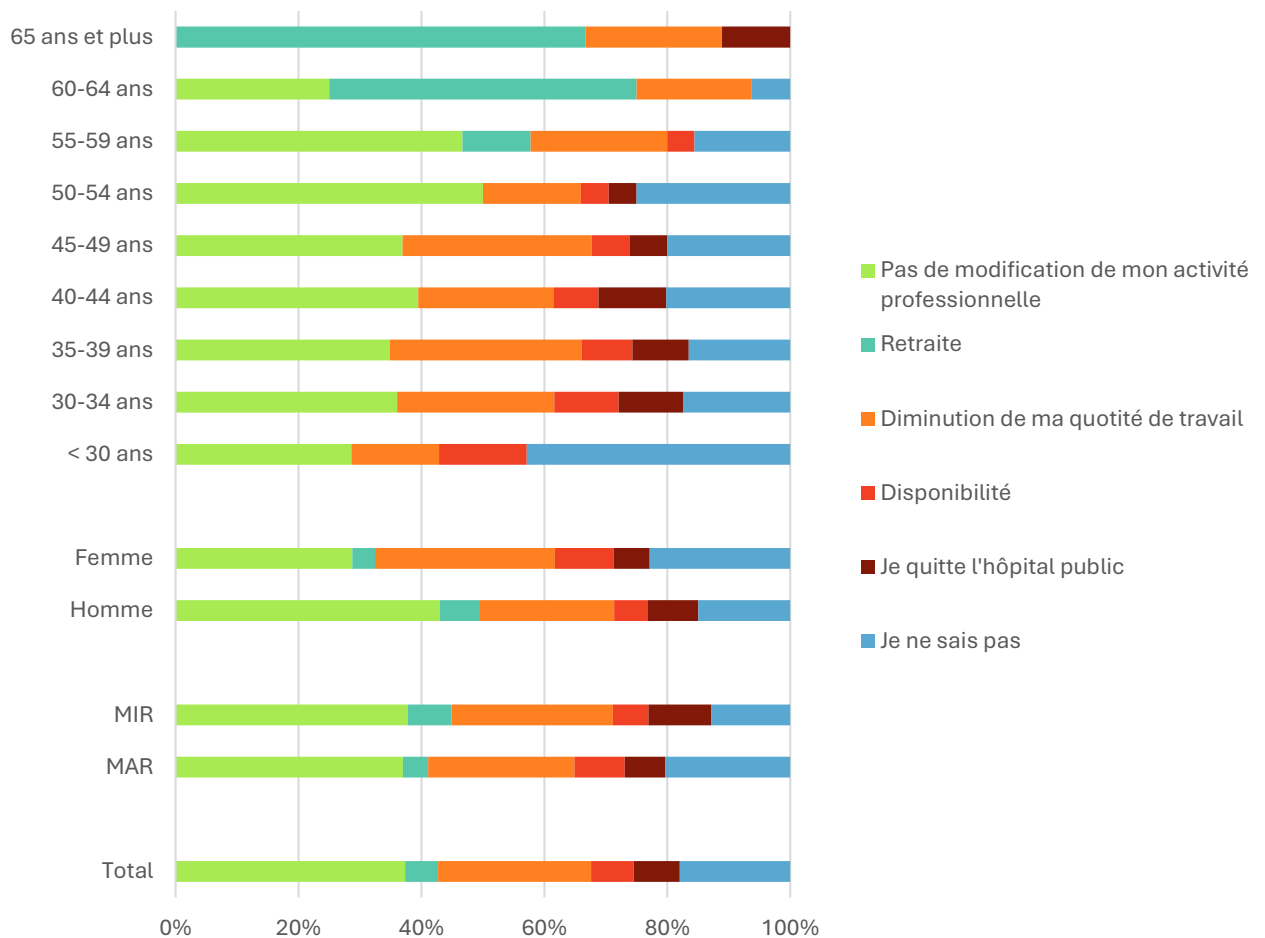
Ce sont des demandes historiques du SNPHARE : le SNPHARE porte les demandes des praticiens ; leur application améliore l'attractivité des carrières hospitalières, notamment en anesthésie-réanimation et pour l'ensemble des spécialités exerçant en soins critiques. Cependant, la situation statutaire et les résultats de cette étude objectivent que les conditions de travail sont encore très perfectibles, et les perspectives professionnelles à moyen terme font état d'un taux d'incertitude non négligeable, notamment chez les femmes. 37 % des répondants seulement des praticiens prévoient de maintenir leur activité professionnelle à l'identique, 25 % souhaitent diminuer leur quotité de travail, 15 % envisagent de quitter temporairement ou définitivement une activité hospitalière publique et 18 % ne se projettent pas à 5 ans : nous estimons que l'application de nos conclusions est impérative.



Perspectives de carrière dans les 5 ans qui viennent



Perspectives de carrière à 5 ans



Conclusion et propositions

L'exercice en soins critiques est un exercice exigeant, tant en complexité médicale et technique de la discipline que dans l'exigence de ses conditions de travail (confrontation permanente à la mort, relations avec les familles, permanence des soins). L'enquête MIR@MAR permet d'éclairer les organisations actuelles de travail et celles qui seraient souhaitables.

La quasi-totalité des répondants sont des MAR et des MIR, qui travaillent très régulièrement dans le même service (réanimation médico-chirurgicales) et ont, de fait, des conditions de travail très proches. Les résultats obtenus, à quelques exceptions près, sont identiques dans les deux spécialités. Cela justifie pleinement le rôle du SNPHARE dans la défense professionnelle de l'ensemble des médecins exerçant en soins critiques exerçant à l'hôpital public.

Les principales mesures d'attractivité visent à

- **Prendre en compte l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle**
- **Prendre en compte la pénibilité, notamment de la permanence des soins, pour la retraite**
- **Valoriser l'appartenance à une équipe**

Le SNPHARE émet donc des propositions sur les différents aspects de l'organisation du travail des médecins de soins critiques :

- Sur l'organisation de l'activité
 - Libre organisation des services pour la répartition du travail clinique et non clinique, l'opportunité de séquences de semaine « off », selon les caractéristiques fines du service et les souhaits des médecins (il n'y a pas de modèle à imposer sur le plan national) ; un maximum de 5 à 7 jours d'activité clinique consécutifs semble cependant assez consensuel et la sanctuarisation du temps non clinique est impérative
 - Définition d'un ratio patients / médecin dans les réanimations et les USIP, en journée et en période de permanence des soins :

	Semaine (journée)	Permanence des soins
Réanimation	5	15
USIP	6 à 8	

- Sanctuarisation d'un poste dédié de médecin senior
 - Chaque jour, pour l'activité clinique « hors les murs », pour tous les services
 - Chaque jour (impérativement pour les CHU, souhaitable pour les CH) pour l'activité non clinique

- Sur les temps de travail :
 - Fixation des obligations de service à 39 heures (décompte du temps de travail en « temps continu »), avec possibilité de faire au-delà du temps de travail additionnel (TTA), qui devra être revalorisé
 - Journées de 7 à 10 heures (hors permanence des soins)
 - Organisation de la permanence des soins :

	Semaine	WEJF
Nombre de gardes mensuelles	4 (WEJF compris)	1 (voire 2)
Durée de la garde	14 à 16 h	24 h
Nombre de nuits entre deux gardes	3 nuits	
Age d'exemption de gardes « de droit »	50 ans (au-delà = sur la base du volontariat)	

Annexes

Annexe 1 : le questionnaire

BIENVENUE !

Réforme des soins critiques, démographie médicale et avenir du métier... Les enjeux sont nombreux et majeurs pour les hommes et les femmes travaillant en soins critiques .
Praticiens de terrain, dites-nous quelles sont vos aspirations au sujet de vos conditions de travail individuelles et collectives en soins critiques !
Ce questionnaire ne concerne pas les soins critiques pédiatriques et néonataux.

Nous attendons une réponse individuelle, nous analyserons les données et effectuerons ensuite les regroupements adéquats.

CARTE D'IDENTITE DE VOTRE HOPITAL

DECRIVEZ-NOUS RAPIDEMENT VOTRE HOPITAL !

Nom de votre hôpital

Région

Auvergne-Rhône-Alpes
Bourgogne-Franche-Comté
Bretagne
Centre Val de Loire
Corse
Grand Est
Hauts-de-France
Ile-De-France
Normandie
Nouvelle Aquitaine
Occitanie
Pays de la Loire
Provence-Alpes-Côte d'Azur
Guadeloupe
Guyane
Martinique
La Réunion
Mayotte

Département

01 / Ain|01 / Ain
02 / Aisne|02 / Aisne
03 / Allier|03 / Allier
04 / Alpes-de-Haute-Provence|04 / Alpes-de-Haute-Provence
05 / Hautes-Alpes|05 / Hautes-Alpes
06 / Alpes-Maritimes|06 / Alpes-Maritimes
07 / Ardèche|07 / Ardèche

08 / Ardennes|08 / Ardennes
09 / Ariège|09 / Ariège
10 / Aube|10 / Aube
11 / Aude|11 / Aude
12 / Aveyron|12 / Aveyron
13 / Bouches-du-Rhône|13 / Bouches-du-Rhône
14 / Calvados|14 / Calvados
15 / Cantal|15 / Cantal
16 / Charente|16 / Charente
17 / Charente-Maritime|17 / Charente-Maritime
18 / Cher|18 / Cher
19 / Corrèze|19 / Corrèze
2A / Corse-du-Sud|2A / Corse-du-Sud
2B / Haute-Corse|2B / Haute-Corse
21 / Côte-d'Or|21 / Côte-d'Or
22 / Côtes-d'Armor|22 / Côtes-d'Armor
23 / Creuse|23 / Creuse
24 / Dordogne|24 / Dordogne
25 / Doubs|25 / Doubs
26 / Drôme|26 / Drôme
27 / Eure|27 / Eure
28 / Eure-et-Loir|28 / Eure-et-Loir
29 / Finistère|29 / Finistère
30 / Gard|30 / Gard
31 / Haute-Garonne|31 / Haute-Garonne
32 / Gers|32 / Gers
33 / Gironde|33 / Gironde
34 / Hérault|34 / Hérault
35 / Ille-et-Vilaine|35 / Ille-et-Vilaine
36 / Indre|36 / Indre
37 / Indre-et-Loire|37 / Indre-et-Loire
38 / Isère|38 / Isère
39 / Jura|39 / Jura
40 / Landes|40 / Landes
41 / Loir-et-Cher|41 / Loir-et-Cher
42 / Loire|42 / Loire
43 / Haute-Loire|43 / Haute-Loire
44 / Loire-Atlantique|44 / Loire-Atlantique
45 / Loiret|45 / Loiret
46 / Lot|46 / Lot
47 / Lot-et-Garonne|47 / Lot-et-Garonne
48 / Lozère|48 / Lozère
49 / Maine-et-Loire|49 / Maine-et-Loire
50 / Manche|50 / Manche
51 / Marne|51 / Marne
52 / Haute-Marne|52 / Haute-Marne
53 / Mayenne|53 / Mayenne
54 / Meurthe-et-Moselle|54 / Meurthe-et-Moselle
55 / Meuse|55 / Meuse
56 / Morbihan|56 / Morbihan

57 / Moselle|57 / Moselle
58 / Nièvre|58 / Nièvre
59 / Nord|59 / Nord
60 / Oise|60 / Oise
61 / Orne|61 / Orne
62 / Pas-de-Calais|62 / Pas-de-Calais
63 / Puy-de-Dôme|63 / Puy-de-Dôme
64 / Pyrénées-Atlantiques|64 / Pyrénées-Atlantiques
65 / Hautes-Pyrénées|65 / Hautes-Pyrénées
66 / Pyrénées-Orientales|66 / Pyrénées-Orientales
67 / Bas-Rhin|67 / Bas-Rhin
68 / Haut-Rhin|68 / Haut-Rhin
69 / Rhône|69 / Rhône
70 / Haute-Saône|70 / Haute-Saône
71 / Saône-et-Loire|71 / Saône-et-Loire
72 / Sarthe|72 / Sarthe
73 / Savoie|73 / Savoie
74 / Haute-Savoie|74 / Haute-Savoie
75 / Paris|75 / Paris
76 / Seine-Maritime|76 / Seine-Maritime
77 / Seine-et-Marne|77 / Seine-et-Marne
78 / Yvelines|78 / Yvelines
79 / Deux-Sèvres|79 / Deux-Sèvres
80 / Somme|80 / Somme
81 / Tarn|81 / Tarn
82 / Tarn-et-Garonne|82 / Tarn-et-Garonne
83 / Var|83 / Var
84 / Vaucluse|84 / Vaucluse
85 / Vendée|85 / Vendée
86 / Vienne|86 / Vienne
87 / Haute-Vienne|87 / Haute-Vienne
88 / Vosges|88 / Vosges
89 / Yonne|89 / Yonne
90 / Territoire de Belfort|90 / Territoire de Belfort
91 / Essonne|91 / Essonne
92 / Hauts-de-Seine|92 / Hauts-de-Seine
93 / Seine-Saint-Denis|93 / Seine-Saint-Denis
94 / Val-de-Marne|94 / Val-de-Marne
95 / Val-d'Oise|95 / Val-d'Oise
971 / Guadeloupe|971 / Guadeloupe
972 / Martinique|972 / Martinique
973 / Guyane|973 / Guyane
974 / La Réunion|974 / La Réunion
976 / Mayotte|976 / Mayotte

Ville

Type de Centre Hospitalier

1|CHU

2|CH non U

En dehors de votre service, existe-t-il un ou plusieurs autres services de soins critiques au sein de votre hôpital (hors soins critiques pédiatriques / néonataux) ?

- 1 | Oui
- 2 | Non

Si oui, il s'agit de

- 1 | 1 ou plusieurs réanimations
- 2 | 1 ou plusieurs (Unités de Soins Intensifs Polyvalentes)
- 3 | 1 ou plusieurs USI de spécialité (Unité de Soins Intensifs de spécialité : cardio, neuro, hémato, néphro, pneumo, hépato-gastro)

CARTE D'IDENTITE DE VOTRE SERVICE

DECRIEZ-NOUS MAINTENANT VOTRE SERVICE !

La réponse attendue concerne l'ensemble "Réa + USIP" dans lequel vous travaillez.
USIP = Unité de Soins Intensifs Polyvalents

Nom de votre service

Votre service est composé de

- 1 | une seule unité
- 2 | deux ou plus unités

De quelle(s) type(s) d'unités s'agit-il ?

- 1 | Réanimation
- 2 | USIP

Réanimation

Typologie de votre réanimation

- 1 | Réanimation chirurgicale
- 2 | Réanimation médicale
- 3 | Réanimation médico-chirurgicale polyvalente

Votre réanimation est-elle une réanimation de recours départemental ou régional ?

- 1 | Oui
- 2 | Non (un ou plusieurs autres services de réanimation dépendent-ils spécifiquement du vôtre pour l'accès à une compétence technique ou à une spécialité ?)

Combien y a-t-il de lits dans votre réanimation ?

Questions facultatives

Quel est le nombre d'admissions annuelles en réanimation ?

Quelle est la DMS, en jours, de votre réanimation ? (si décimale, écrire avec un point au lieu d'une virgule)

Quel est le taux d'occupation de votre réanimation (en %) ?

Unité de Soins Intensifs Polyvalents (USIP)

Combien y a-t-il de lits dans votre USIP ?

Questions facultatives

Quel est le nombre d'admissions annuelles en USIP ?

Quelle est la DMS, en jours, de votre USIP ? (si décimale, écrire avec un point au lieu d'une virgule)

Quel est le taux d'occupation de votre USIP (en %) ?

Votre équipe assure-t-elle aussi la gestion d'un déchocage ?

1 | Oui

2 | Non

(en cas de gestion partagée avec une autre équipe, répondez oui)

RATIO MEDECINS/MALADES : DONNEZ VOTRE AVIS !

Selon vous, quel doit être le nombre maximal de lits ouverts que peut prendre en charge 1 médecin senior ?

(Les réflexions ne doivent pas intégrer l'apport éventuel des internes.)

En journée en semaine

En Réanimation (donner un chiffre)

En USIP (donner un chiffre)

En période de permanence des soins

En Réanimation + USIP (donner un chiffre)

Adaptation à la charge de travail

Ce nombre maximal doit-il être :

1 | Un critère fixe, défini, identique pour tous les services de soins critiques

2 | Un critère adaptable par service, en fonction du profil des patients

accueillis

MISSIONS CLINIQUES "HORS LES MURS" ET MISSIONS NON CLINIQUES

Selon vous, faudrait-il dédier un poste de travail de médecin senior aux missions cliniques transversales (télé-expertise, avis hors soins critiques, UVIH, ...) ?

1 | Oui, chaque jour

2 | Oui, mais pas chaque jour

3 | Non

4 | Je ne sais pas

Selon vous, faudrait-il dédier un poste de travail de médecin senior aux missions non cliniques (enseignement, recherche, vie institutionnelle, vie du service, etc) ?

- 1 | Oui, chaque jour
- 2 | Oui, mais pas chaque jour
- 3 | Non
- 4 | Je ne sais pas

COMMENT CONCILIER ORGANISATION DU TRAVAIL ET PRISE EN CHARGE MEDICALE ?

Temps clinique et temps non clinique : selon vous, il faut

- 1 | Essayer d'intégrer une journée de travail non clinique au sein d'une période de travail clinique ?
- 2 | Essayer d'alterner des périodes de travail cliniques avec des périodes de travail non clinique ?

Les périodes de travail clinique

- 1 | Doivent être continues sans interruption si possible (sauf week-end)
- 2 | Peuvent être interrompues
- 3 | Je ne sais pas

En parallèle, pour votre qualité de vie au travail, combien de jours d'affilée seriez-vous prêt à travailler au maximum (hors période de vacances scolaires) ?

- 1 | 1 semaine sans le week-end (5 jours)
- 2 | 1 semaine week-end compris
- 3 | 2 semaines week-end du milieu inclus
- 4 | Plus de 2 semaines

Toujours pour votre qualité de vie au travail, en journée, combien d'heures consécutives seriez-vous prêt à travailler ?

- 1 | Moins de 7 heures
- 2 | Entre 7 et 10 heures
- 3 | Entre 10 et 12 heures

COMMENT RENDRE LA PERMANENCE DES SOINS PLUS SUPPORTABLE ?

Combien de gardes de nuit, week-end inclus, seriez-vous prêt à faire au maximum chaque mois (hors vacances scolaires) ?

- 1 | 1
- 2 | 2
- 3 | 3
- 4 | 4
- 5 | 5
- 6 | 6
- 8 | plus de 6

Parmi ces gardes, combien de gardes de week-end/jours fériés seriez-vous prêt à faire au maximum chaque mois (hors vacances scolaires) ?

- 1 | 1
- 2 | 2
- 3 | 3

4 | Plus de 3

Selon vous, quelle devrait être la durée maximale d'une garde en semaine (en heures) ?

- 1 | 12 heures
- 2 | 14 heures
- 3 | 16 heures
- 4 | 24 heures

Selon vous, quelle devrait être la durée maximale d'une garde en week-end/jours fériés (en heures) ?

- 1 | 12 heures
- 2 | 14 heures
- 3 | 16 heures
- 4 | 24 heures

Selon vous, après une garde de nuit, combien de nuits à la maison faut-il respecter avant de refaire une garde de nuit ?

- 1 | 1 nuit
- 2 | 2 nuits
- 3 | 3 nuits
- 4 | 4 nuits
- 5 | 5 nuits
- 6 | Plus de 5 nuits
- 7 | Je ne sais pas

Selon vous, à partir de quel âge un praticien pourrait-il être exempté de garde de nuit (exemption de droit sur demande sans nécessité d'avis tiers ni de comité) ?

- 1 | Pas d'exemption
- 2 | 40 ans
- 3 | 45 ans
- 4 | 50 ans
- 5 | 55 ans
- 6 | 60 ans (limite actuelle)
- 7 | Je ne sais pas

COMMENT AMELIORER L'ATTRACTIVITE DES SOINS CRITIQUES ?

Selon vous, ces critères permettraient-ils d'améliorer l'attractivité des carrières médicales en soins critiques ?

Des critères d'organisation du service

- 0 | Oui, certainement
- 1 | Oui, peut-être
- 2 | Probablement non
- 3 | Certainement non

Questions

- 0 | Avoir un projet médical de service
- 1 | Valoriser l'appartenance à une équipe
- 2 | (Re)Développer l'humanisation des soins dans le service

- 3 | Prendre en compte l'équilibre vie professionnelle et vie personnelle
- 4 | Avoir la possibilité de faire de la recherche clinique
- 5 | Garantir la possibilité de se former

Des critères statutaires

- 0 | Oui, certainement
- 1 | Oui, peut-être
- 2 | Probablement non
- 3 | Certainement non

Questions

- 1 | Garantir un temps non clinique d'au moins 10% du temps de travail
- 2 | Avoir une activité libérale
- 3 | Avoir la possibilité d'une activité territoriale
- 4 | Prendre en compte la pénibilité, notamment de la PDS, pour la retraite
- 5 | Avoir la possibilité d'aménager la PDS après un âge déterminé
- 6 | Revaloriser la grille salariale

Concernant le temps de travail

Selon vous, quel est le volume horaire hebdomadaire souhaitable pour un praticien exerçant en soins critiques (tout compris : clinique et non clinique) ?

- 1 | plus de 48H hebdomadaires
- 2 | 48H hebdomadaires
- 3 | 46H hebdomadaires
- 4 | 44H hebdomadaires
- 5 | 42H hebdomadaires
- 6 | 40H hebdomadaires
- 7 | 39H hebdomadaires
- 8 | 35H hebdomadaires
- 9 | Je ne sais pas

Selon vous, pour diminuer le temps de travail (< 48 h) sans sacrifier la continuité de prise en charge, que faut-il considérer ?

- 0 | Oui, certainement
- 1 | Oui, peut-être
- 2 | Probablement non
- 3 | Certainement non

Questions

- 0 | Des journées de semaine plus courtes
- 1 | Une période continue de 4 jours consécutifs maximum par période de 7 jours
- 2 | Un cumul de 4 jours maximum, pas forcément consécutifs, par période de 7 jours
- 3 | Une suppression de la garde de 24H en semaine
- 4 | Une suppression de la garde de 24H le week-end
- 5 | Regroupement des jours à récupérer sur des semaines "off" (par ex, 1 semaine par quadrimestre)

VOUS ET VOTRE PROFIL

ENCORE UNE MINUTE POUR NOUS DIRE QUI VOUS ÊTES !

Vous êtes

- 1 | Un homme
- 2 | Une femme
- 3 | Ne souhaite pas répondre

Quel est votre âge ?

- 1 | Moins de 30 ans
- 2 | 30 à 34 ans
- 3 | 35 à 39 ans
- 40 à 44 ans
- 45 à 49 ans
- 50 à 54 ans
- 55 à 59 ans
- 60 à 64 ans
- 65 ans et plus

Quel est votre statut ?

- 1 | PH
- 2 | Praticien contractuel de Type 1
- 3 | Praticien contractuel de Type 2
- 4 | Praticien contractuel de Type 3
- 5 | Praticien contractuel de Type 4
- 6 | Assistant
- 7 | PU-PH
- 8 | Professeur Associé
- 9 | MCU-PH
- 10 | MCU Associé
- 11 | PHU
- 12 | CCA
- 13 | Praticien associé (PA)
- 14 | Praticien associé contractuel temporaire (PACT)
- 15 | Stagiaire associé

Quelle est votre spécialité ?

- 1 | Anesthésie-réanimation
- 2 | Médecine intensive-réanimation (ou DESC de Réanimation Médicale)
- 3 | Cardiologie
- 4 | Neurologie
- 5 | Hématologie
- 6 | Hépatogastro-entérologie
- 7 | Pneumologie
- 8 | Néphrologie
- 9 | Médecine d'urgence
- 10 | Médecine générale
- 11 | Autres spécialités

En quelle année avez-vous obtenu votre DES ?

Vous êtes

- 1 | A temps plein
- 2 | A temps partiel/réduit

Vous travaillez

- 1 | En réanimation
- 2 | En USIP

En journée, avez-vous une activité clinique en dehors de votre service au sein de votre hôpital ?

- 1 | Oui
- 2 | Non

Participez-vous à la permanence des soins ?

- 1 | Oui
- 2 | Non

Vous participez à la permanence des soins sous forme de

- 1 | Gardes
- 2 | Astreintes

Vous participez à la permanence des soins

- 1 | Au sein de votre service
- 2 | En dehors de votre service, dans votre hôpital ou sur le territoire

Après une garde, quelles sont vos activités ? (Plusieurs réponses possibles selon que le repos de sécurité tombe sur un jour de semaine, de week-end ou de jour férié)

- 1 | Avant de rentrer à mon domicile, j'effectue des transmissions
- 2 | Avant de rentrer à mon domicile, j'effectue des activités non cliniques (courrier, enseignement, recherche...)
- 3 | Avant de rentrer à mon domicile, j'effectue des activités cliniques (prescriptions, gestes techniques, consultations...)

Vous avez une activité clinique lorsque la sortie de garde tombe sur un jour

- 1 | De semaine
- 2 | De Week-end ou jour férié

Après une astreinte, quelles sont vos activités ? (Plusieurs réponses possibles selon que le repos de sécurité tombe sur un jour de semaine, de week-end ou de jour férié)

- 1 | J'effectue des activités cliniques (prescriptions, gestes techniques, consultations...)
- 2 | J'effectue des activités non cliniques (enseignement, recherche, courriers...)
- 3 | Je n'effectue aucune activité, qu'elles soient cliniques ou non cliniques

Vous avez une activité clinique lorsque la sortie d'astreinte tombe sur un jour

- 1 | De semaine
- 2 | De Week-end ou jour férié

20 SECONDES POUR FINIR

Sur ces 5 dernières années, diriez-vous que vos conditions de travail se sont

- 1 | Dégradées
- 2 | N'ont pas évolué
- 3 | Se sont améliorées
- 4 | Ne se prononce pas

Quelles sont vos perspectives professionnelles dans les 5 prochaines années ?

- 1 | Pas de modification de mon activité professionnelle
- 2 | Retraite
- 3 | Diminution de ma quotité de travail
- 4 | Disponibilité
- 5 | Je quitte l'hôpital public
- 6 | Je ne sais pas

C'EST LA FIN DE L'ENQUETE !

Si vous avez des commentaires libres sur les questions évoquées dans cette enquête, c'est ici !

Annexe 2 : analyses descriptives en sous-groupe

Annexe 2.1 - Démographie

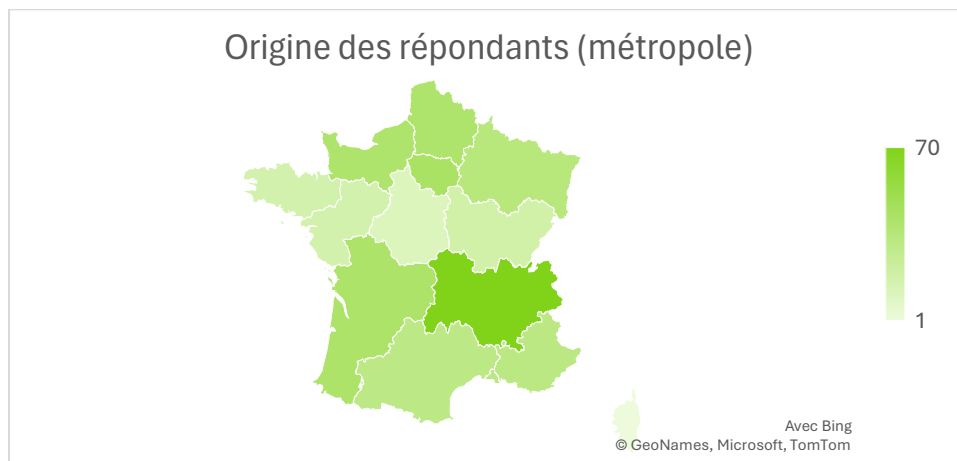
Statuts hospitaliers : données totales et répartition chez les MAR et les MIR.

	MAR	MIR	TOTAL	TOTAL
Assistant	4 %	0 %	3 %	6 %
CCA	3 %	4 %	3 %	
Praticien hospitalier	76 %	77 %	77 %	77 %
Praticien contractuel type 1	2 %	6 %	3 %	10 %
Praticien contractuel type 2	4 %	4 %	4 %	
Praticien contractuel type 3	1 %	2 %	2 %	
Praticien contractuel type 4	0 %	1 %	1 %	
Praticien associé	0 %	1 %	0 %	1 %
Stagiaire associé	1 %	1 %	1 %	
Praticien associé contractuel temporaire	0 %	0 %	0 %	
PHU	0 %	0 %	0 %	6 %
Professeur associé	2 %	2 %	2 %	
MCU-PH	1 %	2 %	1 %	
PU-PH	4 %	2 %	3 %	

Annexe 2.2 - Profil de l'établissement, carte d'identité du service

Répartition géographique

La répartition des répondants en métropole est comme suit :



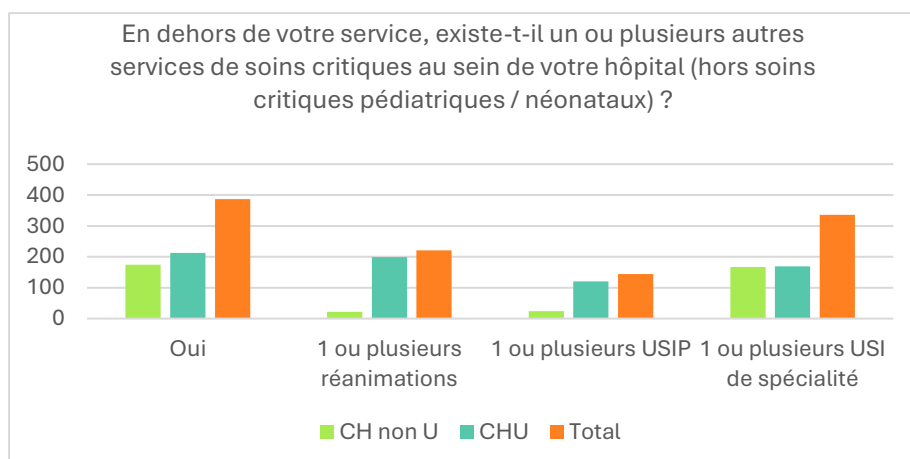
Nous avons également obtenu des réponses provenant des DOM – TOM : Guadeloupe, Martinique et Ile de la Réunion.

Type d'établissement

Parmi les répondants, 52 % exercent en CHU et 48 % en CH non universitaire. Ce ratio est à 67/33 pour les répondants MAR et à 34/66 pour les répondants MIR. Faute de données robustes issues des statistiques nationales, il nous est difficile de commenter ces chiffres.

Autres services de soins critiques dans l'établissement

Pour 91 % des répondants, il existe d'autres services de soins critiques dans leur établissement : réanimations, USIP et/ou USI de spécialités.



Nombre et type d'unités dans le service

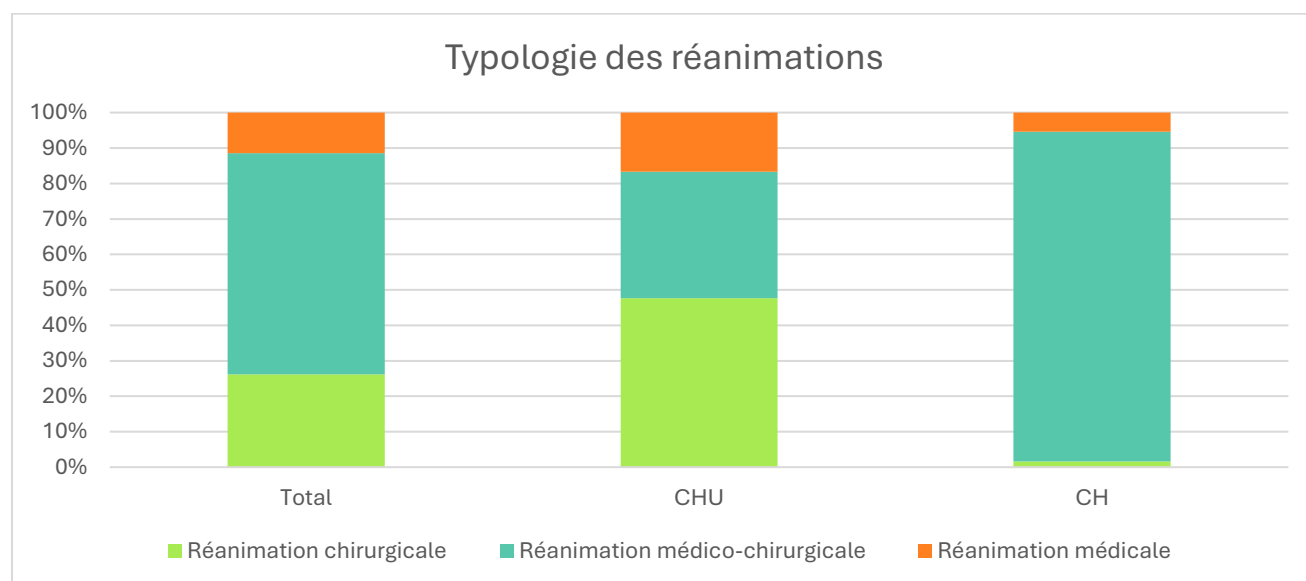
Un peu plus de 80 % des services comporte plusieurs unités, en CHU comme en CH non universitaire.

Plus de 90 % des répondants exercent dans des services associant unité(s) de réanimation et unité(s) d'USIP.

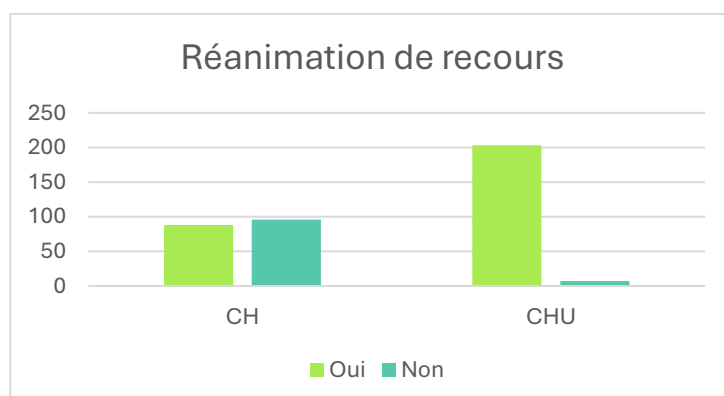
Une minorité de répondants (7 %) travaillent dans des USIP isolées d'une réanimation (dérogatoires), généralement dans des CH non universitaires (répartition CH / CHU : 70 % / 30 %). Un tiers d'entre eux signale l'existence d'une réanimation dans leur établissement.

Typologie de la réanimation

Les praticiens répondants travaillent dans des réanimations médicales (n=45), médico-chirurgicales (n=246) ou chirurgicale (n=103). Dans les CH non universitaires, il n'y a quasiment que des réanimations polyvalentes (93 % de répondants de CH travaillent dans des réanimations médico-chirurgicales).



La quasi-totalité des répondants exerçant en CHU sont dans une réanimation de recours territorial, tandis que la moitié d'entre ceux qui exercent en CH non universitaires ont une activité de recours territorial.



Nombre de lits

Le nombre de lits par service de réanimation est extrêmement disparate, raison pour laquelle nous avons fait figurer ci-dessous les moyennes, mais aussi les médianes et les extrêmes.

La médiane de lits en soins critiques dans les services des répondants est de :

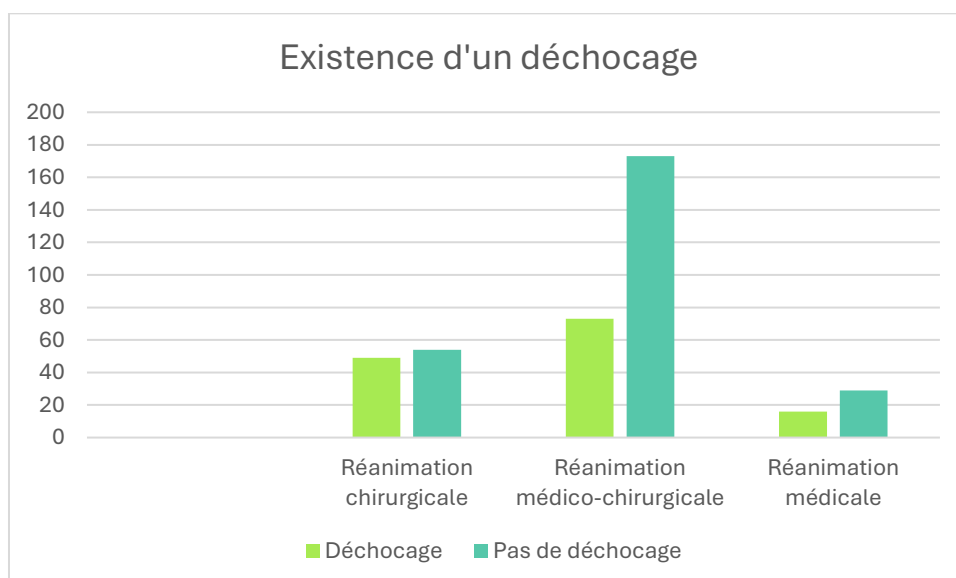
- En réanimation : 12 dans les CH non universitaires et 18 dans les CHU
- En USIP : 7 dans le CH non universitaires et 8 dans les CHU

Nombre de lits en réanimation			
	CH non U	CHU	Total général
Minimum	3	6	3
Maximum	30	51	51
Moyenne	13,5	19,0	16,4
Médiane	12,0	18,0	15,0

Nombre de lits en USIP			
	CH non U	CHU	Total général
Minimum	2	0	0
Maximum	15	24	24
Moyenne	7,0	10,5	8,6
Médiane	6,0	8,0	8,0

Activité de déchocage associée

33 % des répondants sont dans un service qui assure également le déchocage. Cette activité de déchocage est prépondérante dans les réanimations comportant une vocation chirurgicale (réanimations chirurgicales, réanimation médico-chirurgicale).



Annexe 2.3 - Participation à la permanence des soins selon le statut, l'âge et le sexe.

Participation à la PDS selon le statut

La participation à la PDS, qui est une obligation statutaire, de manière globale n'est liée au statut, ni à l'âge - sauf au-delà de 60 ans (détails en Annexe 2).

Participation à la PDS selon le statut	Oui
Assistant	100 %
CCA	100 %
Praticien hospitalier	98 %
Praticien contractuel type 1	100 %
Praticien contractuel type 2	100 %
Praticien contractuel type 3	100 %
Praticien contractuel type 4	100 %
Praticien associé	100 %
Stagiaire associé	100 %
Praticien associé contractuel temporaire	100 %
PHU	100 %
Professeur associé	100 %
MCU-PH	100 %
PU-PH	93 %

Parmi ceux qui participent à la PDS...

Participation à la PDS selon le statut	Gardes	Astreintes
Assistant	100 %	45 %
CCA		58 %
Praticien hospitalier		48 %
Praticien contractuel type 1		29 %
Praticien contractuel type 2		44 %
Praticien contractuel type 3		57 %
Praticien contractuel type 4		50 %
Praticien associé		100 %
Stagiaire associé		100 %
Praticien associé contractuel temporaire		100 %
PHU		100 %
Professeur associé		50 %
MCU-PH		50 %
PU-PH		38 %

*total>100%, un même praticien étant susceptible de faire des gardes et des astreintes

Participation à la PDS selon la tranche d'âge

Il est bien clair que durant toute leur carrière, les praticiens participent à la permanence des soins et donc au travail de nuit (le plus souvent 24 heures d'affilée), y compris en garde. Ce n'est que tout récemment (juillet 2025¹²) que l'obligation statutaire de participation à la permanence des soins a été retirée aux praticiens de plus de... 60 ans. 82 % d'entre eux continuent pourtant de prendre des gardes en réanimation !

Participation à la PDS selon la tranche d'âge	Oui
Moins de 30 ans	100 %
30-34 ans	100 %
35-39 ans	99 %
40-44 ans	100 %
45-49 ans	100 %
50-54 ans	100 %
54-59 ans	100 %
60 – 64 ans	90 %
65 ans et plus	67 %

Participation à la PDS selon la tranche d'âge	Gardes	Astreintes
Moins de 30 ans (n=6)	100 %	50 %
30-34 ans (n=65)	100 %	48 %
35-39 ans (n=90)	99 %	51 %
40-44 ans (n=94)	100 %	46 %
45-49 ans (n=58)	98 %	45 %
50-54 ans (n=38)	100 %	37 %
54-59 ans (n=37)	89 %	46 %
60 – 64 ans (n=24)	83 %	71 %
65 ans et plus (n=4)	75 %	75 %

Participation à la PDS selon le sexe

Participation à la PDS selon le sexe	Oui
Homme (n = 270)	98 %
Femme (n = 151)	99 %

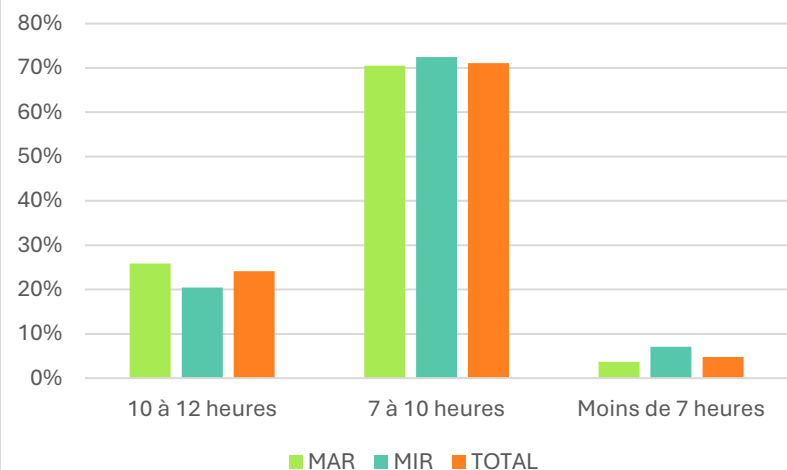
Parmi ceux qui participent à la permanence des soins

Participation à la PDS selon le sexe	Gardes	Astreintes
Homme (n = 266)	96 %	49 %
Femme (n = 149)	98 %	44 %

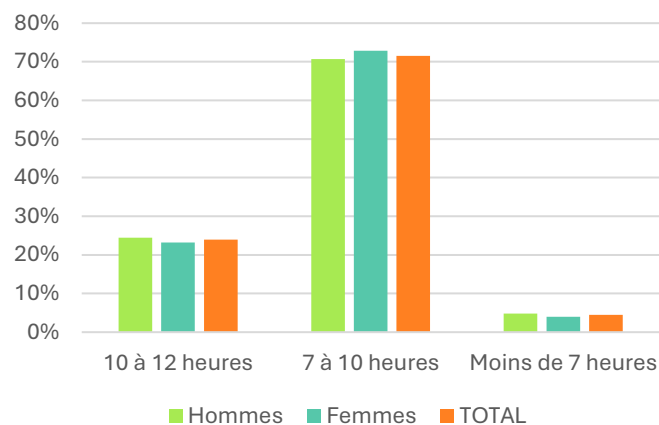
¹² <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005634331>

Annexe 2.4 – Volume horaire journalier souhaité

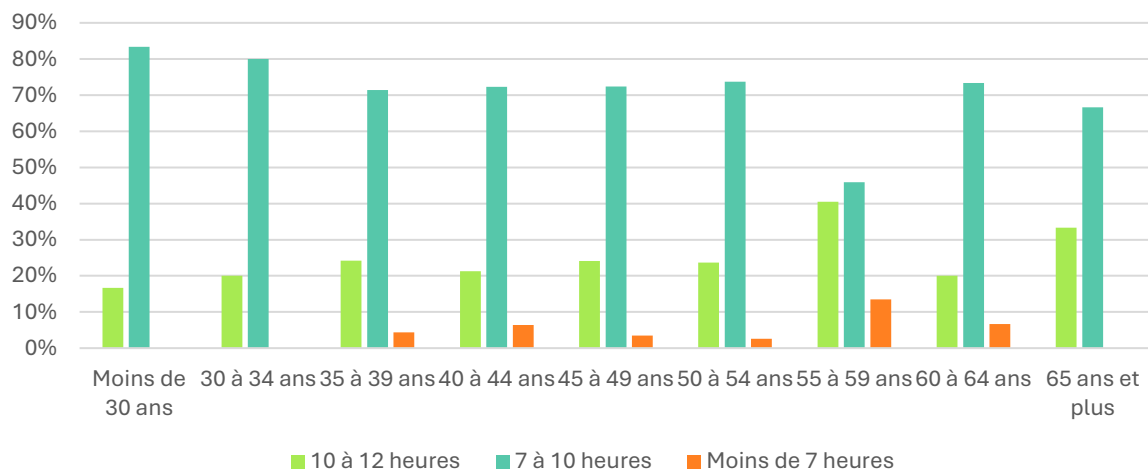
Volume horaire journalier souhaité



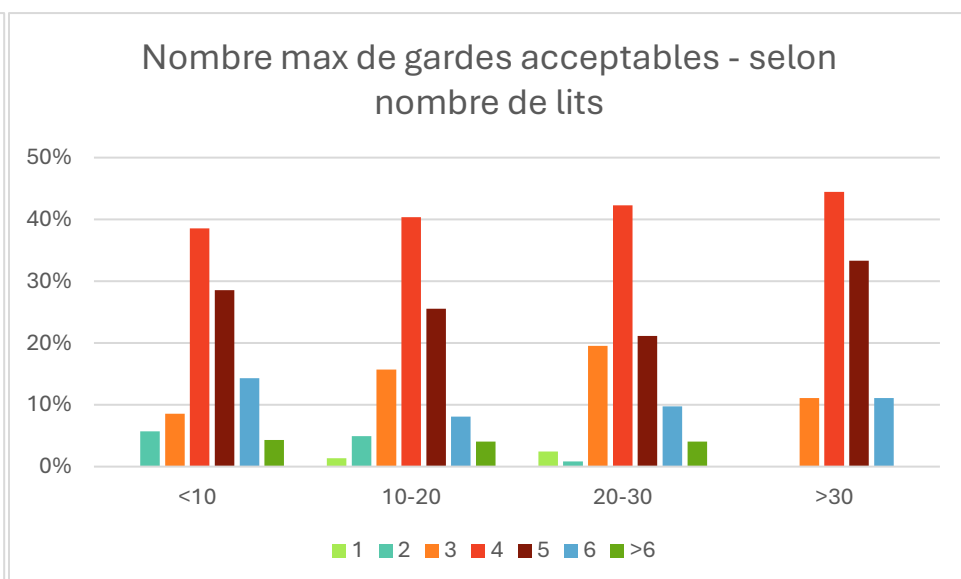
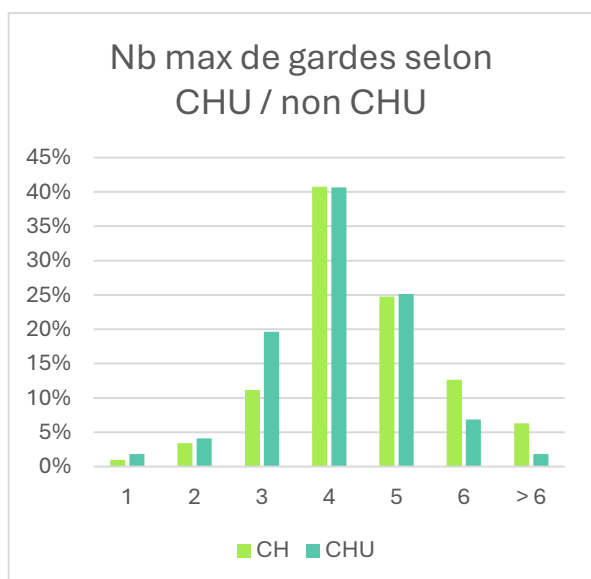
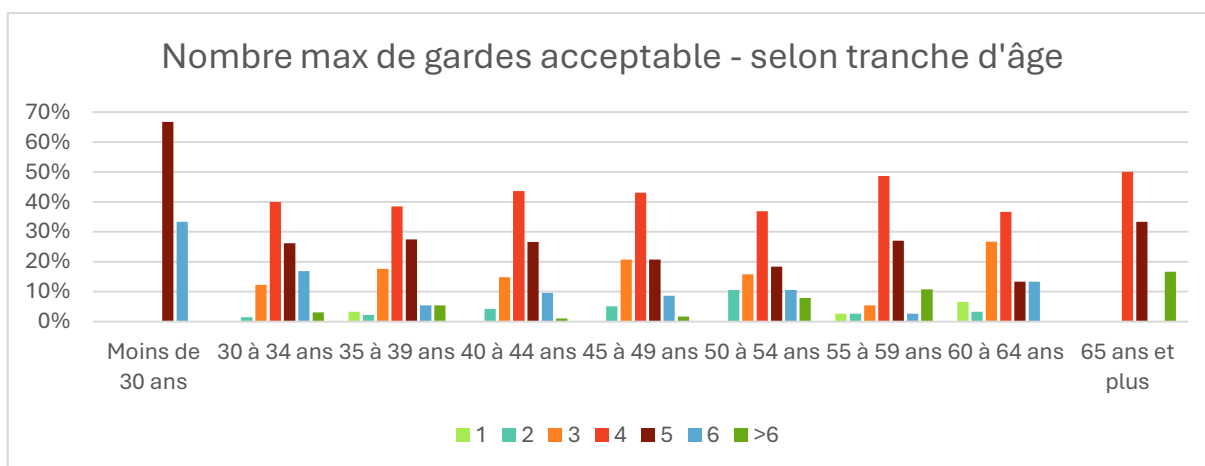
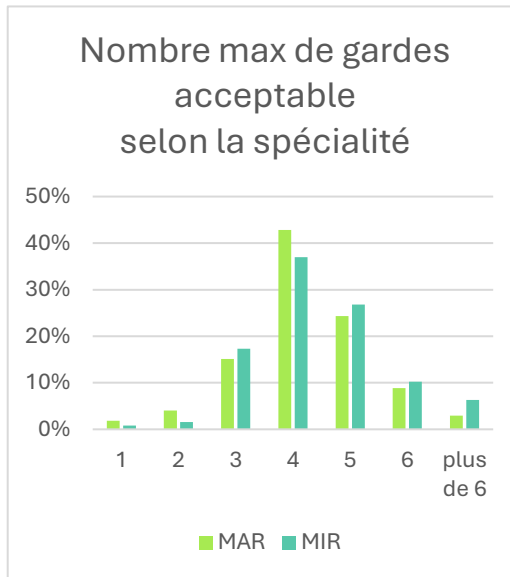
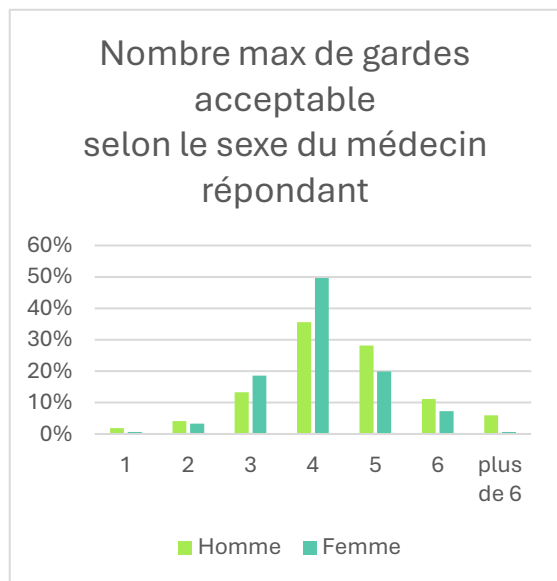
Volume horaire journalier souhaité



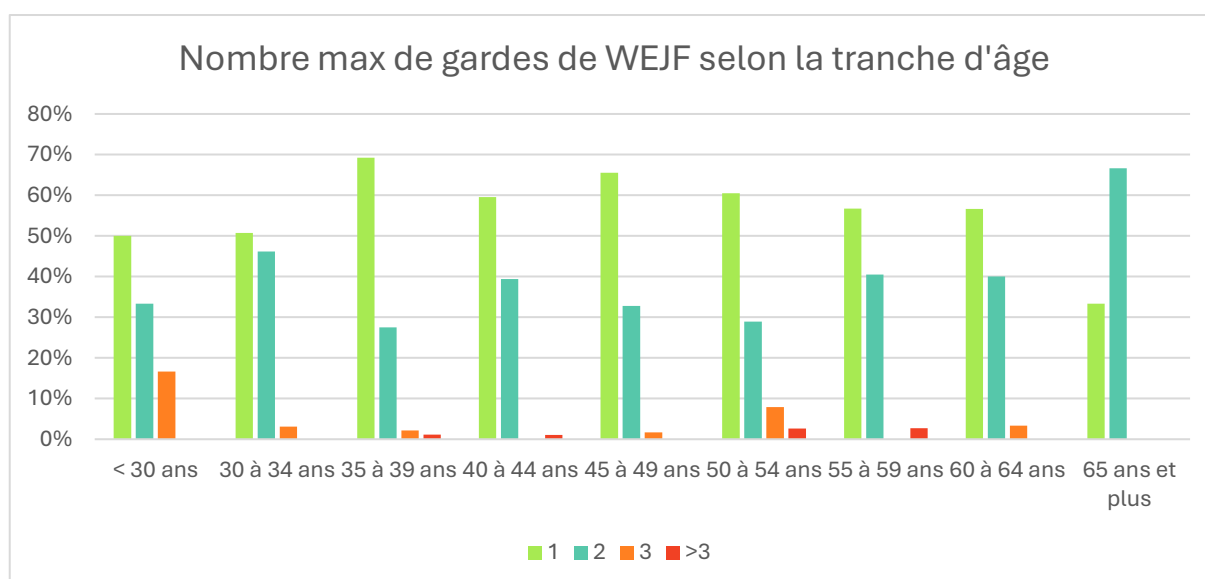
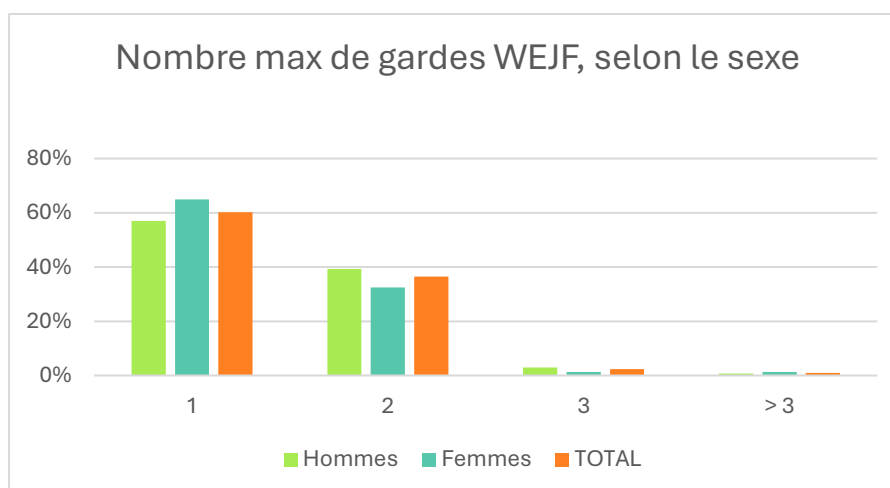
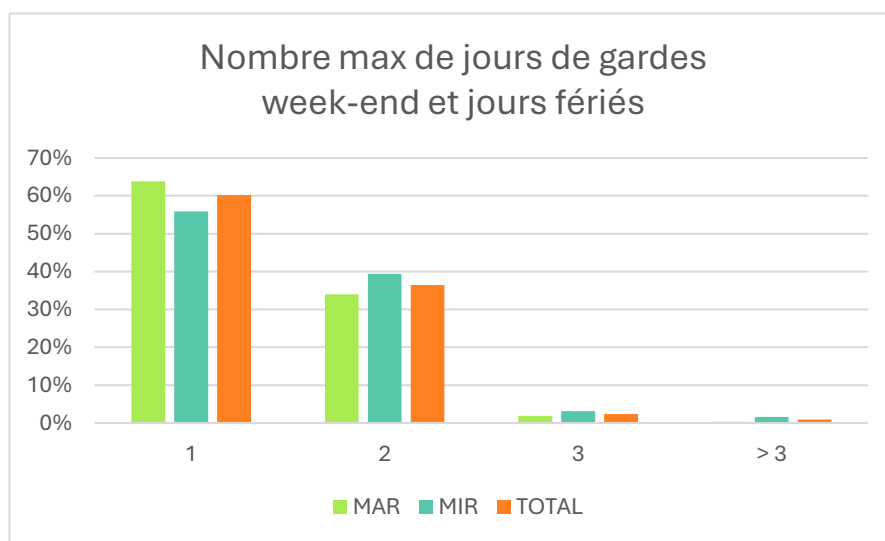
Volume horaire journalier



Annexe 2.5 - Volume mensuel acceptable de gardes

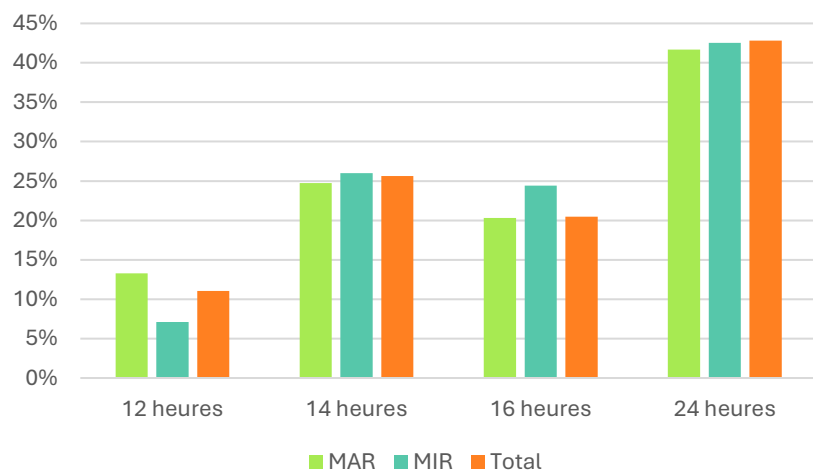


Annexe 2.6 - Volume mensuel acceptable de gardes de week-end et jours fériés

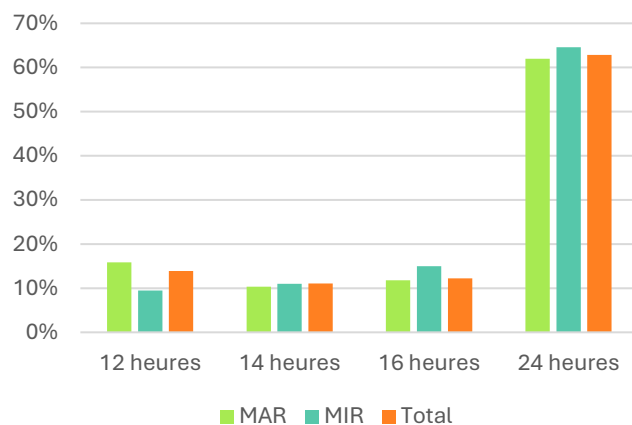


Annexe 2.7 – Durée maximale de la garde

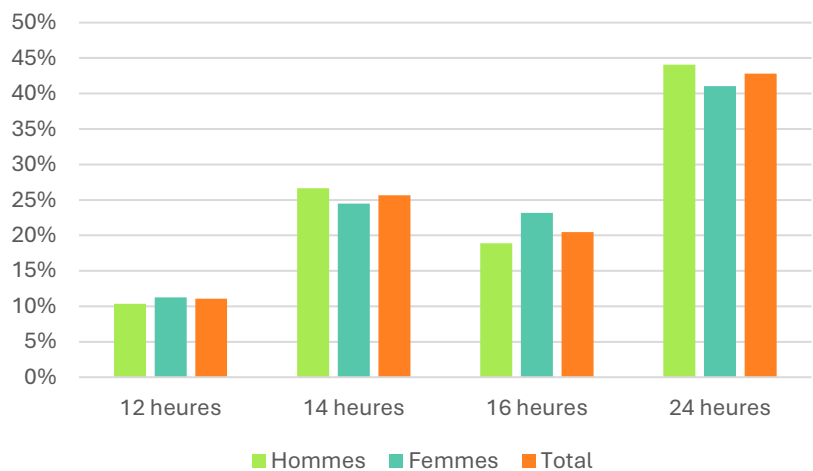
Durée max garde de semaine



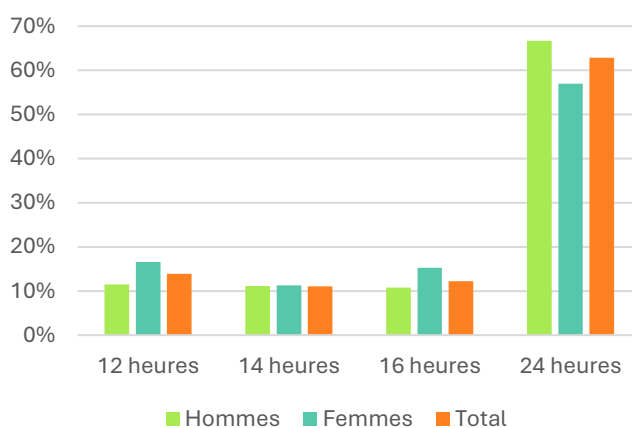
Durée max garde de WEJF, selon spécialité



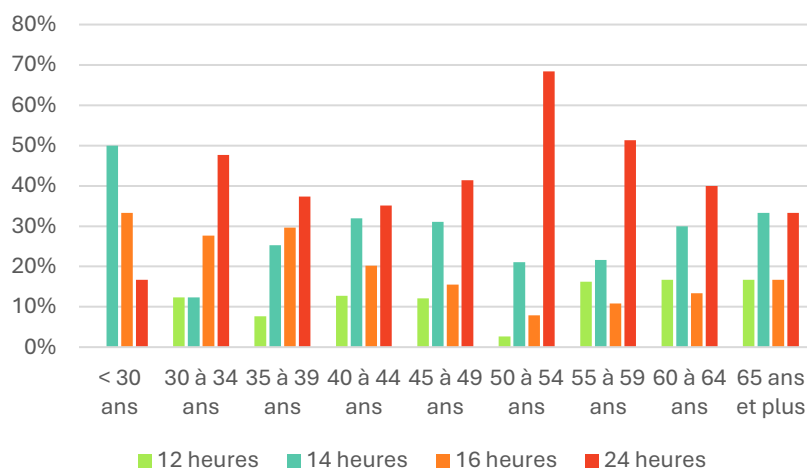
Durée max garde de semaine, selon sexe



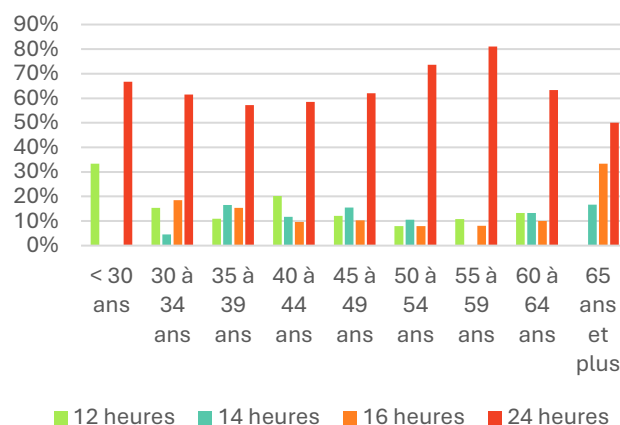
Durée max garde de WEJF, selon sexe



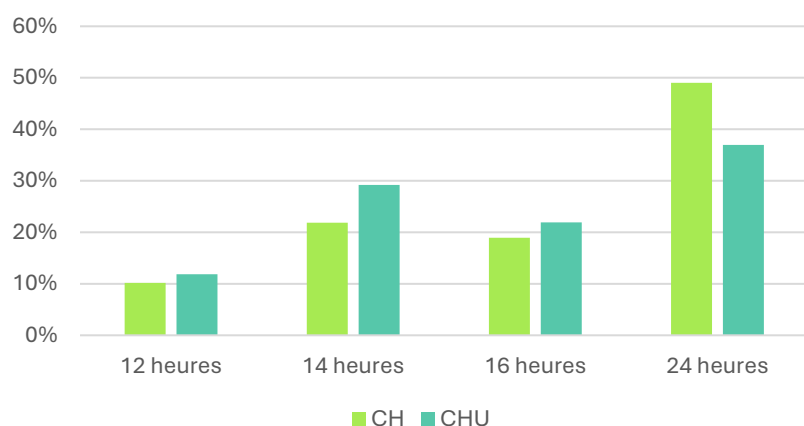
Durée max de la garde de semaine



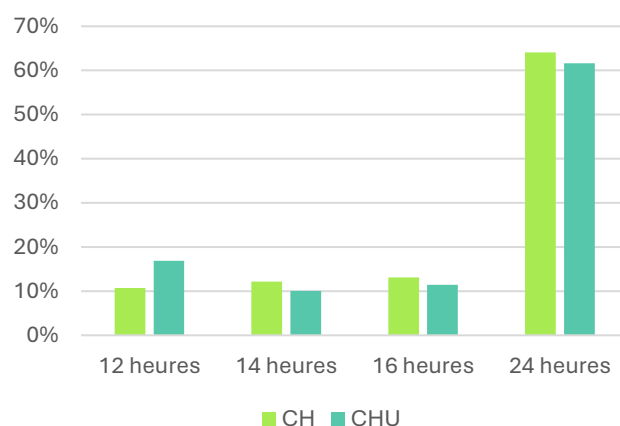
Durée max garde de WEJF, selon âge



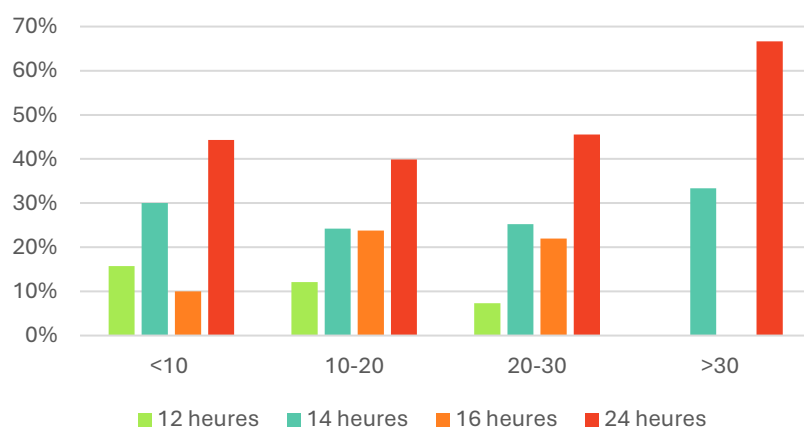
Durée max gardes de semaine - CHU / non CHU



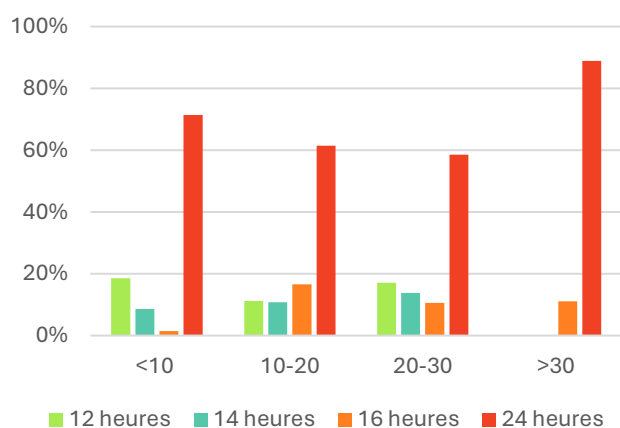
Durée max garde de WEJF, selon CH / CHU



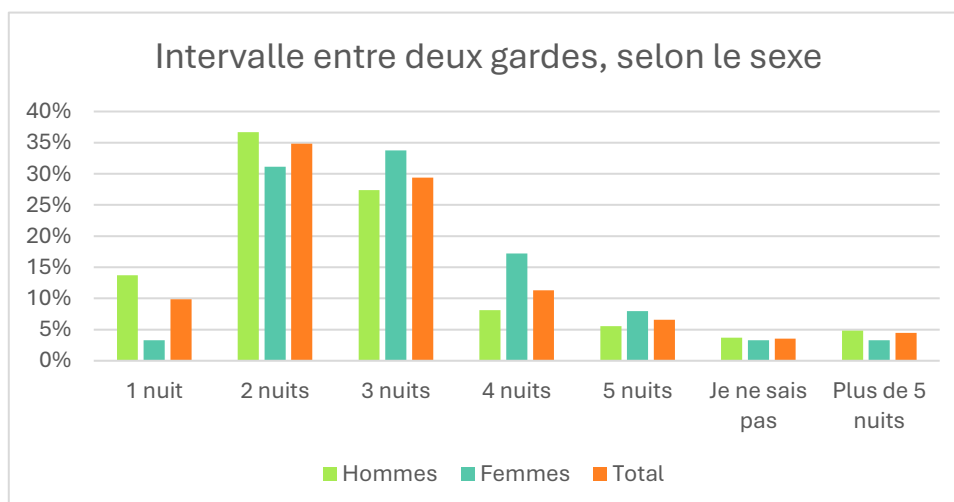
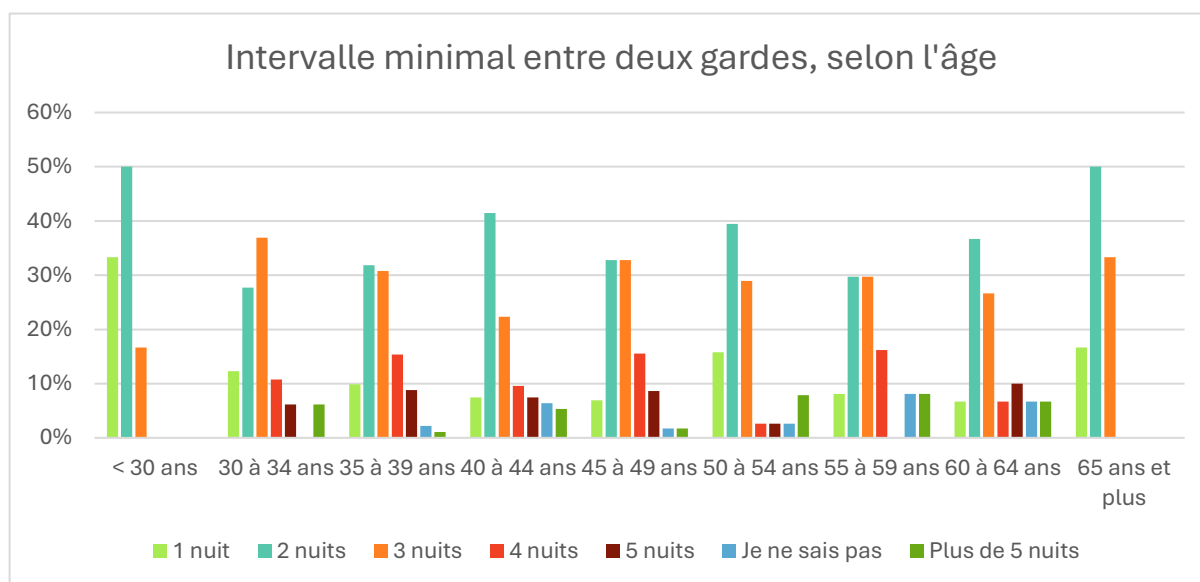
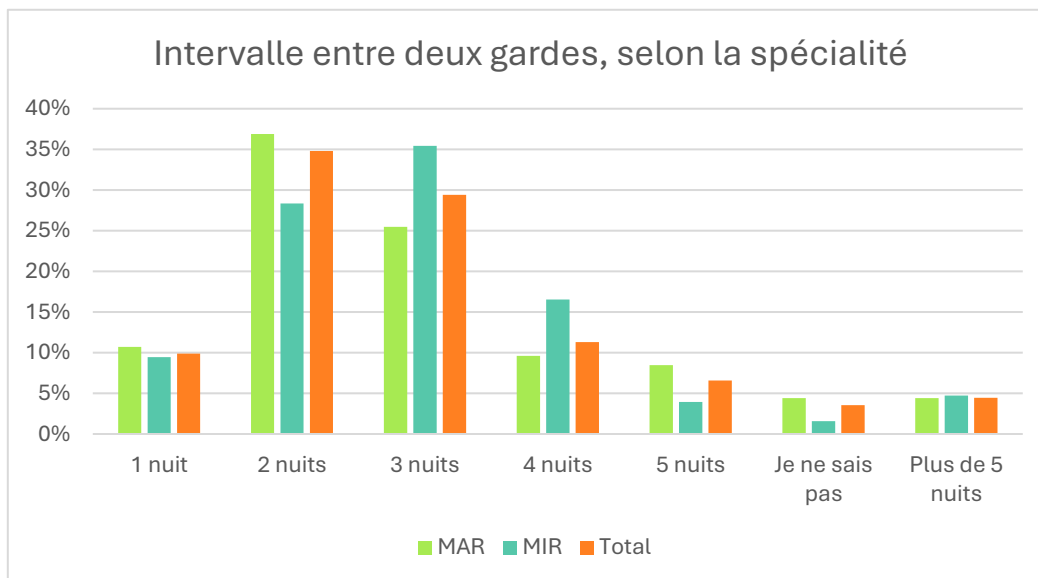
Durée max de gardes - selon le nombre de lits



Durée max garde de WEJF, selon nombre de lits



Annexe 2.8 - Intervalle entre deux gardes



Intervalle minimal entre deux gardes, selon le type d'établissement



Intervalle minimal entre deux gardes, selon le type d'établissement, selon le nombre de lits

