



EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2014**

Date du Jury : **décembre 2014**

**Temps de travail des personnels médicaux :
quelle application de l'arrêté du 8 novembre 2013 ?**

Exemple du Centre Hospitalier de DINAN

Agnès DESLANDES

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée au cours de mes stages et de la réalisation de ce mémoire et plus particulièrement :

Monsieur Pascal CONAN, Directeur du Centre Hospitalier de Dinan, pour m'avoir permis d'accomplir mes stages de professionnalisation dans son établissement,

Madame Nathalie MONTAY, Directrice des Soins du CH de Dinan, pour son accueil et sa disponibilité,

L'ensemble des Cadres de Santé du CH de Dinan pour m'avoir accueillie et fait partager leur quotidien lors de mon stage d'observation,

Les équipes de la Direction des Ressources Humaines, de la Direction des Affaires Médicales les secrétariats de la Direction des Soins et de la Direction Générale pour leur accueil chaleureux,

Et enfin, toute ma reconnaissance à mon maître de stage, Madame Régine TILLY, Attachée d'Administration Hospitalière, qui m'a fait partager ses connaissances, son expérience, ses savoir-faire et savoir être.

J'espère que je saurai atteindre le même niveau de disponibilité, de compétences dans mon futur exercice.

Sommaire

Introduction	1
1 Les dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2013.....	5
1.1 Une plus grande considération du temps de travail effectué et l'amélioration des conditions de travail.	5
1.1.1 Les temps de trajet et d'intervention réalisés lors des astreintes deviennent du temps de travail effectif.....	6
1.1.2 De nouvelles modalités d'indemnisation des interventions réalisées en astreinte.	8
1.1.3 Le repos quotidien de 11 heures consécutives est réaffirmé et doit être, de plus, garanti à l'issue de la dernière période de travail.	10
1.1.4 Un recours au temps de travail additionnel encadré et laissant une réelle possibilité de choix pour le praticien hospitalier.	11
1.1.5 Le renforcement du rôle du chef de pôle dans l'organisation :.....	12
1.1.6 Des modifications réelles préservant la santé des médecins et renforçant la sécurité des soins.....	13
1.2 Un arrêté qui ne règle pas les conflits existants et qui crée des difficultés supplémentaires	15
1.2.1 Un temps de travail toujours insuffisamment pris en compte	15
1.2.2 Des temps de travail décomptés différemment, une durée de la demi-journée toujours indéfinie.	16
1.2.3 Une articulation difficile entre les activités, des dérogations nécessaires qui vont amoindrir les droits des praticiens.....	17
1.2.4 Des applications locales différentes pour une réglementation nationale	18
1.2.5 Une mesure sans accompagnement financier et humain	18
1.2.6 Un accueil du texte mitigé par les médecins qui y voient un encadrement supplémentaire de leur travail, sans être accompagné de la reconnaissance attendue.	20
2 Quelles modalités d'application possibles au CH de Dinan ?	23
2.1 Les orientations prises ou envisagées par les établissements hors CHT.....	23
2.1.1 Enquête menée auprès des autres régions.....	23
2.1.2 Les positions des établissements de la Région Bretagne.....	27
2.1.3 Atouts et difficultés issues des orientations des divers établissements.....	28
2.2 La situation au CH de Dinan et au sein de la CHT	30
2.2.1 Le CH de St Malo.....	30

2.2.2	Etude des impacts financiers possibles pour le CH de Dinan	31
2.2.3	Etude des impacts sur l'organisation de jour.....	34
2.3	Les préconisations d'applications	37
	Conclusion.....	41
	Bibliographie.....	43
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH Attaché d'Administration Hospitalière

CET Compte Epargne Temps

CH Centre Hospitalier

CHT Communauté Hospitalière de Territoire

CME Commission Médicale d'Etablissement

COPS Commission d'Organisation de la Permanence des Soins

SMUR Service Médical d'Urgence et de Réanimation

TTA Temps de Travail Additionnel

UHTCD Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée

Introduction

La publication au Journal Officiel de la République Française le 17 novembre 2013 de l'arrêté du 8 novembre 2013¹ modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé a généré des interrogations quant à son application immédiate aux organisations médicales existantes. Cet arrêté est une transposition d'une directive européenne de 2003² concernant l'aménagement du temps de travail.

Très attendue tant par les directeurs d'établissement que par les professionnels médicaux, une circulaire du Ministère des affaires sociales et de la santé en date du 31 mars 2014³ a apporté des précisions sur les modalités d'application voulues par le gouvernement français. Un site internet⁴ a également été ouvert en juin 2014 pour répondre aux questions fréquemment posées aux services ministériels par les établissements.

La transposition de la directive européenne dans le droit français est intervenue à l'extrême limite du délai accordé par la Commission Européenne et après plusieurs remarques adressées au gouvernement français, notamment un avis motivé du 26 septembre 2013 pris après le dépôt d'une plainte par un syndicat de médecins. Il était demandé à la France de respecter le droit à une durée hebdomadaire de travail et à des périodes de repos minimales, notamment après les heures supplémentaires de nuit. Il convenait également que les professionnels aient le choix d'effectuer ou non des heures supplémentaires et qu'ils soient en mesure de prendre les périodes de repos compensateurs.

Le gouvernement français disposait de deux mois pour mettre en conformité la réglementation française, sous peine d'être assigné par la Commission Européenne devant la Cour de Justice de l'Union Européenne.

¹ Arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

² Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail

³ Instruction DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁴ <http://www.sante.gouv.fr/permanence-des-soins-l-organisation-et-l-indemnisation-de-la-continuite-des-soins-et-de-la-permanence-pharmaceutique.html>

Les modifications apportées à la réglementation française ont pour objectifs l'amélioration des conditions d'exercice des médecins et la préservation de leur santé. Quelles améliorations ont été apportées par l'arrêté du 8 novembre 2013 ? Ces modifications réglementaires répondent-elles aux attentes des personnels et des employeurs ou bien ont-elles accru des difficultés existantes, voire généré de nouvelles difficultés ?

Cette publication tardive peut paraître refléter les problématiques que posait cette transposition.

L'application de ces nouvelles directives sur l'organisation des établissements et des services médicaux a un impact certain. Cela n'est pas sans soulever des questions sur les conditions de sa faisabilité pour un Centre Hospitalier de proximité, comme celui de DINAN, alors que l'organisation de la permanence des soins nécessite déjà le recours à des praticiens extérieurs (mise à disposition et intérim), mais aussi sur la capacité financière de l'établissement à assumer ces impacts en terme d'activité, de recettes et de rémunération.

Le Centre Hospitalier est un établissement public de santé de 656 lits répartis en 5 pôles médicaux :

- Pôle de la Femme et de l'Enfant incluant des astreintes de nuit et de week-end,
- Pôle Médecine : les astreintes de nuit et de week-end sont mutualisées avec le service des urgences, en dehors des spécialités telles que la cardiologie ou l'endoscopie,
- Pôle Urgences – Anesthésie/soins continus et bloc opératoire. Les services d'anesthésie et ceux des urgences, Service Médical d'Urgence et de Réanimation et Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée sont organisés en temps continu, soit 2 lignes de gardes en 24h en anesthésie, 2 lignes de gardes en 24h aux urgences/SMUR et 2 gardes de 8h en urgences et UHTCD,
- Pôle Gériatrie dont les astreintes de nuit et de week-end sont mutualisées avec le service des urgences,
- Pôle Médico-technique, dont les services de l'Imagerie médicale, de la pharmacie et du laboratoire qui assurent des astreintes de nuit et de week-end.

L'établissement est intégré dans la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Rance-Emeraude. Cette CHT créée en 2010 sur le territoire de santé n°6 de Bretagne, regroupe, outre le CH de Dinan, le CH de Saint Malo, qui est l'établissement-siège, et le CH de Cancale. Le CH de Dinan a également bâti un pôle de santé public/privé avec la Polyclinique privée du Pays de Rance, appartenant au Groupe Vivalto Santé. La Polyclinique est installée dans des locaux du CH et les deux établissements partagent certains matériels d'imagerie médicale.

Le budget pour l'année 2013 du CH de Dinan a été de 83 041 millions d'euros, avec un résultat déficitaire de 300 000 euros. Le montant des dépenses liées à l'intérim médical a été de 1 500 000 euros en 2013. Si l'on rapproche cette somme du montant du déficit total 2013, cela met en exergue la nécessité de pouvoir maîtriser ce type de dépenses.

La Direction des Affaires Médicales du CH de Dinan gère 116 praticiens titulaires et contractuels dont 18 internes. C'est un établissement qui est amené à recourir régulièrement à l'intérim pour le fonctionnement des services de radiologie et d'anesthésie-réanimation. Des mises à disposition de médecins du CH de Saint Malo participent également au fonctionnement de ces services à raison de quelques vacations mensuelles. Des médecins du CH de Dinan sont également mis à disposition du CH de Saint Malo, comme le praticien chargé du Département d'Information Médicale ou bien des praticiens du Laboratoire.

Le Centre Hospitalier a trouvé un équilibre précaire dans l'organisation de la permanence des soins avec ces mises à disposition de médecins de la CHT mais également avec le partage de médecins de la clinique privée pour les activités de chirurgie, hormis celle d'obstétrique.

Dans ce contexte, la modification de la réglementation sur le décompte du temps de travail médical peut avoir des impacts importants sur l'organisation médicale dinannaise. Quels bénéfices, quelles difficultés pour l'établissement, les personnels médicaux ? Il s'agit de pouvoir organiser l'application de la réglementation, dans le respect des textes tout en préservant le niveau d'activité et de ressources, sans devoir augmenter le recours à l'intérim et aggraver le déficit budgétaire de l'établissement.

En qualité d'attaché d'administration hospitalière, les objectifs sont de mesurer les incidences, favorables ou défavorables, de l'application de ce texte sur l'organisation médicale, de rechercher et d'analyser les difficultés qui pourront être générées et de dégager des préconisations permettant la prise de décision.

La démarche proposée se déroule en deux temps : dans un premier temps seront étudiées les modifications apportées par l'arrêté du 8 novembre 2013, ses apports et ses insuffisances (I) en matière de durée de temps de travail hebdomadaire, de périodes de repos minimales, d'indemnisation des astreintes et d'aménagement des activités.

Il est proposé, dans un second temps, de poursuivre par l'étude des conséquences de l'application des nouvelles dispositions réglementaires sur le fonctionnement du Centre Hospitalier de Dinan en examinant comment l'établissement peut appliquer ces règles en tenant compte de son contexte local (II).

Afin d'avoir une vision élargie aux autres établissements sanitaires, une enquête a été réalisée du 22 mai au 30 juin 2014 auprès de 777 établissements sanitaires français pour connaître l'état d'avancement de cette application dans les différentes régions⁵. Le taux de réponses reçues fin juin est de 10% : 75 réponses ont pu être analysées et permettent d'avoir un état des lieux de la mise en œuvre de ce changement de réglementation au 30 juin 2014, soit 7 mois après la parution de l'arrêté du 8 novembre 2013.

La synthèse de cette enquête montre une hétérogénéité des modalités prises ou projetées par les établissements. Cette hétérogénéité est sensible par région mais aussi selon la taille de l'établissement.

Une projection chiffrée du coût de la nouvelle mesure en se basant sur les astreintes réalisées en 2013 et au 1^{er} trimestre 2014 sera analysée et permettra d'estimer les premiers impacts financiers directs.

Ces éléments de contexte juridique, organisationnels et financiers permettront de déterminer des préconisations pour l'application des dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2013 au CH de Dinan.

⁵ Le questionnaire adressé et les résultats complets des retours sont présentés en annexe

1 Les dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2013

La publication de l'arrêté du 8 novembre 2013 est la transposition dans le droit français de préconisations européennes tendant à améliorer les conditions de travail et préserver l'état de santé des travailleurs européens.

Ce texte complète et précise des dispositions existantes, telles que celles sur les périodes de repos. Il apporte également des modifications importantes dans le décompte du temps de travail, par la prise en compte de toutes les heures effectuées lors des astreintes. Paradoxalement, cette prise en compte combinée à l'application des mesures sur les périodes de repos ont un impact sur la réalisation des obligations de travail hebdomadaires et sur l'organisation de l'activité des services : il existe une meilleure prise en compte des heures effectuées de nuit ou sur les week-ends, qui peut entraîner une moindre présence des praticiens médicaux dans l'activité diurne.

Cependant, ce texte, même s'il répond aux objectifs fixés par la Commission Européenne, ne résout pas tous les problèmes liés au temps de travail des médecins. Il est possible de dire qu'il en crée de nouveaux, ou, à tout le moins qu'il exacerbe certains problèmes existants, à l'instar de la durée du temps de travail journalier. Par ailleurs, ce texte n'est accompagné d'aucune mesure financière compensatoire pour les établissements et il peut accroître les difficultés d'organisation liées à la démographie médicale, sans pour autant satisfaire les praticiens.

1.1 Une plus grande considération du temps de travail effectué et l'amélioration des conditions de travail.

Indéniablement, l'arrêté du 8 novembre 2013 améliore les conditions de travail des praticiens et par là même, la qualité et la sécurité des soins : prise en compte de tous les temps de travail réalisés au cours des astreintes, garantie du repos quotidien. Mais également, il renforce l'association des médecins dans l'organisation médicale de l'établissement, par le développement de la contractualisation, des responsabilités des chefs de pôles et des instances de concertation.

1.1.1 Les temps de trajet et d'intervention réalisés lors des astreintes deviennent du temps de travail effectif.

L'article 1^{er} de l'arrêté du 8 novembre 2013 vient modifier l'article 2 de l'arrêté du 30 avril 2003 et dispose :

« ...Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés au cours d'une astreinte constituent du temps de travail effectif et ils sont pris en compte pour l'attribution du repos quotidien. »

Précédemment, le temps de trajet n'était pas pris en compte, et seul le nombre d'interventions était retenu pour l'indemnisation du praticien en astreinte.

Ce sont désormais des temps de travail effectif, qui peuvent entrer dans les obligations de travail quadrimestrielles et qui impactent également la prise du repos quotidien.

Alors que le temps d'intervention est décompté en heures, à hauteur du temps réellement effectué, le temps de trajet est décompté forfaitairement : une heure aller/retour par intervention, avec un plafonnement à deux heures par période d'astreinte.

Ceci implique que si le praticien réalise plus de deux interventions au cours d'une période d'astreinte, le temps de trajet réalisé n'est plus compté au-delà de la deuxième intervention.

Une autre particularité est à noter dans la valorisation du temps d'intervention. Ce temps est valorisé en heures mais « ...Les fractions d'heures sont négligées ou comptées pour une heure selon qu'elles sont inférieures ou supérieures à la demi-heure. ⁶»

Ces modifications dans la valorisation des temps d'intervention font l'objet de plusieurs questions auxquelles le Ministère a apporté des précisions sur la page internet⁷ dédiée à la permanence des soins, notamment sur la question du traitement de l'arrondi des interventions. Certains estimaient qu'il convenait de cumuler l'ensemble des temps d'interventions sur une période d'astreinte, puis d'arrondir les fractions inférieures ou supérieures à 30 minutes. D'autres pensaient que cet arrondi devait être fait sur chaque intervention, le cumul du temps de travail réalisé sur l'astreinte intervenant ensuite. La réponse donnée par le Ministère est claire : l'arrondi est effectué pour chaque intervention.

Ceci signifie que, dans le cas de la réalisation d'une intervention inférieure à 30 minutes, ce temps d'intervention n'est pas pris en compte, bien que le praticien soit intervenu, seul

⁶ Article 3 de l'arrêté du 8 novembre 2013 précité

⁷ <http://www.sante.gouv.fr/permanence-des-soins-l-organisation-et-l-indemnisation-de-la-continuite-des-soins-et-de-la-permanence-pharmaceutique.html>

un temps de trajet forfaitaire d'une heure sera comptabilisé, s'il s'agit de la 1^{ère} ou de la 2^{ème} intervention durant la période d'astreinte.

Si la 3^{ème} intervention au cours d'une astreinte est réalisée en moins de 30 minutes, aucun temps de travail, ni de trajet n'est valorisé.

C'est une rupture avec le mode précédent : le praticien était rémunéré selon le nombre d'interventions, peu importait la durée de ce déplacement. Ainsi des praticiens déclaraient plusieurs interventions au cours d'une astreinte, chacune d'une durée inférieure à 30 minutes. L'indemnisation se faisant sur la base du nombre, il était financièrement intéressant pour le praticien de multiplier les visites dans le service sur un temps court. Désormais, ces interventions rapides ne seront plus comptabilisées en deçà de 30 minutes.

Quels sont les avantages et/ou les inconvénients de ce mode de décompte ? Pour les praticiens, il ne sera pas intéressant de déclarer des interventions de moins de 30 minutes, cela incite à intervenir plus longuement dans le service, ne serait-ce que quelques minutes supplémentaires puisqu'une intervention de 35 minutes sera décomptée pour une heure.

Pour les établissements, le traitement de l'arrondi est un risque d'inflation des temps d'intervention⁸ et par conséquent du temps de travail qui sera ensuite soit rémunéré en TTA (Temps de Travail Additionnel), soit versé sur un Compte Epargne Temps (CET) ou bien récupéré. Dans tous les cas, cela constituera une charge financière qui devra être décaissée par l'établissement à plus ou moins long terme selon l'option choisie par le praticien.

Le système de la forfaitisation du temps de trajet simplifie le décompte du temps réalisé et permet, pour le praticien, de ne pas devoir justifier de la durée de son temps de trajet.

Si cela exonère de certains décomptes et calculs, cela crée également des valorisations de durées de trajet abusives : par exemple au Centre Hospitalier de Dinan, certains praticiens bénéficient de logements au sein de l'établissement ou résident dans un périmètre géographique proche du CH. Lors d'un appel en astreinte, la durée de leur trajet sera décomptée pour une heure lors des deux premiers appels par astreinte, quand bien même le trajet sera inférieur à un quart d'heure.

⁸ Cf. en 2^{ème} partie du mémoire, l'étude réalisée sur les astreintes du service de Médecine à orientation cardiologie du CH de Dinan.

Ces temps de trajet et d'intervention, valorisés en heures, sont cumulés et transformés en période de temps de travail additionnel, à raison d'une plage de 5 heures pour une demi-période.

Le cumul au quadrimestre de ces périodes de temps sera ensuite, au choix du praticien, soit récupéré (ce qui signifie intégré aux obligations hebdomadaires de travail), soit rémunéré sous réserve de la réalisation des obligations de service.

Dans le cas du choix de la récupération, une plage de 5 heures sera convertie en une demi-journée de travail.

Des modalités particulières persistent pour les interventions de plus de 3 heures, hors temps de trajet. Ces interventions longues sont converties en plage de 5 heures (temps de trajet et temps d'intervention cumulés), dans la limite de 10 heures par période d'astreinte.

Les périodes d'astreinte sont considérées par les médecins comme une des causes de pénibilité de leur profession. Ces nouveaux décomptes constituent une amélioration dans la considération du temps de travail réellement effectué par les praticiens au cours des astreintes, même si cela reste imparfait⁹.

1.1.2 De nouvelles modalités d'indemnisation des interventions réalisées en astreinte.

Découlant de la modification du décompte du temps réalisé en astreinte, est mis en place un nouveau mode d'indemnisation qui garde l'indemnité forfaitaire de base existante versée par période d'astreinte.

Les montants de ces indemnités restent identiques :

Indemnisation forfaitaire des astreintes					
Astreinte opérationnelle			Astreinte de sécurité		
indemnité forfaitaire de base pour une nuit ou deux demi-journées	indemnité forfaitaire de base pour une demi-astreinte de nuit ou le samedi après-midi	indemnité forfaitaire de base pour une nuit ou deux demi-journées	indemnité forfaitaire de base pour une demi-astreinte le samedi après-midi	Le montant cumulé des indemnités forfaitaires de base versées au titre de l'astreinte de sécurité ne peut excéder	
42,13 €	21,05 €	30,54 €	15,29 €	pour 4 semaines : 427,60 €	pour 5 semaines : 549,78 €.

⁹ « Le compte n'y est pas » réaction du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers anesthésistes et réanimateurs élargi (SNPHAR-E) publié dans une dépêche de l'agence Hospimédia le 18 novembre 2013.

Les forfaits antérieurement versés selon le nombre de déplacements intervenus au cours de l'astreinte sont abandonnés pour de nouvelles modalités.

Si le praticien a fait le choix de la rémunération de ces plages de temps de travail additionnel, ces indemnités forfaitaires sont complétées par la rémunération de chaque plage de 5 heures sur la base d'une demi-période de temps additionnel de nuit, soit 236,98 euros pour 5 heures.

Ce nouveau mode d'indemnisation va générer un surcoût pour les établissements. En effet, les tableaux ci-après comparent les montants qui seraient versés dans diverses situations d'intervention lors d'astreintes :

	Situation antérieure			Situation nouvelle Arrêté du 8 novembre 2013		
1 déplacement de 1h35	65,41 €	1er déplacement	107,54 €	2h	Temps d'intervention	Forfait base + 3h soit potentiellement 3/5 x 236,98 soit 184,32 €
	42,13 €	Forfait de base		1h	Forfait trajet	
1 déplacement de 1h35 + 1 déplacement de 1h	73,73 €	2ème déplacement	181,27 €	3h	Temps d'intervention	Forfait base + 5h soit potentiellement 236,98 soit 279,11 €
	65,41 €	1er déplacement		1h	Forfait 2ème trajet	
2 déplacements de 1h	42,13 €	Forfait de base	181,27 €	1h	Forfait 1er trajet	Forfait base + 4h soit potentiellement 4/5 x 236,98 soit 231,71 €
	73,73 €	2ème déplacement		2h	Temps d'intervention	
	65,41 €	1er déplacement	181,27 €	1h	Forfait 2ème trajet	
	42,13 €	Forfait de base		1h	Forfait 1er trajet	
	73,73 €	2ème déplacement	181,27 €	42,13 €	Forfait de base	
	65,41 €	1er déplacement				

Cela représente globalement une meilleure rémunération pour les praticiens mais cette rémunération peut s'avérer très onéreuse pour l'établissement :

	Situation antérieure	Situation nouvelle Arrêté 8 novembre	Différence
1 déplacement 1h35	108 €	184 €	+ 71%
1 déplacement 1h	108 €	137 €	+ 27%
1 déplacement 1h35 1 déplacement 1h	181 €	279 €	+ 54%
2 déplacements de 1h	181 €	232 €	+ 28%
1 déplacement 3h 1 déplacement 1h	237 €	374 €	+ 58%
3 déplacements de 2h	255 €	421 €	+ 65%

Certaines études font état de 30% d'augmentation des charges liées à l'organisation de la permanence des soins, sans prise en compte des impacts financiers liés à l'application du repos quotidien, sans que des mesures d'accompagnement budgétaire soient annoncées pour le compenser.

1.1.3 Le repos quotidien de 11 heures consécutives est réaffirmé et doit être, de plus, garanti à l'issue de la dernière période de travail.

Il est réaffirmé la nécessité d'un repos quotidien, dont la durée est désormais clairement précisée dans l'arrêté : le repos doit être de 11 heures consécutives et continues par période de 24 heures. Il s'agit d'une réaffirmation car l'arrêté du 30 avril 2003 prévoyait déjà le droit au repos, sans mentionner sa durée mais en renvoyant aux différents statuts particuliers des praticiens et assistants.

L'innovation est créée par l'article 3 de l'arrêté du 8 novembre 2013 qui précise que ce repos est dû au praticien à l'issue de la dernière intervention en astreinte¹⁰ et c'est l'application de cette disposition qui génère le plus de préoccupations au sein des établissements.

Ceci garantit au praticien une réelle période de repos et de récupération. En effet, l'arrêté d'avril 2003 mentionnait que les tableaux de service mensuels répartissaient les sujétions et les repos quotidiens et de sécurité par roulement entre les praticiens mais sans préciser la durée de ce repos, ni de limite pour que ce repos intervienne.

Les dispositions en vigueur avant novembre 2013 accordaient aux praticiens un droit au repos et à la récupération. Cependant ce droit était étroitement lié à la continuité de service.¹¹

Il est à noter que le terme « repos » était cité 3 fois dans l'arrêté du 30 avril 2003 avant modification par l'arrêté du 8 novembre 2013. Il est désormais fait référence à ce terme à 15 reprises et un alinéa spécifique lui est désormais consacré dès l'article 2 qui détermine l'organisation des activités médicales.

Ceci constitue une modification importante et a des répercussions notables sur l'organisation des activités de jour et sur la réalisation des obligations de travail.

Ce droit au repos pour le médecin est aussi une garantie d'une meilleure sécurité des soins pour le patient.

¹⁰ Article 3-III alinéa 5 de l'arrêté du 8 novembre 2013 ; "Le repos quotidien après la fin du dernier déplacement est garanti au praticien"

¹¹ Article 17 alinéa A de l'arrêté du 30 avril précité, version consolidée au 111/2013 : « A. - Pour les praticiens hospitaliers, ... les périodes de temps de travail additionnel et la participation au service d'astreinte à domicile peuvent donner lieu à récupération, à condition que la continuité du service soit assurée pendant onze demi-journées par semaine ».

1.1.4 Un recours au temps de travail additionnel encadré et laissant une réelle possibilité de choix pour le praticien hospitalier.

La durée hebdomadaire est réaffirmée à 48 heures maximum, lissées sur le quadrimestre. Il est possible que le praticien soit amené à effectuer des heures au-delà de cette borne horaire, mais l'arrêté mentionne explicitement que cela doit se faire sur la base du volontariat et de la contractualisation.

Ce point était une des remarques faites par la Commission Européenne qui enjoignait à la France de prévoir des dispositions qui protégeait le médecin qui ne souhaitait pas faire de TTA.

Le nouvel article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 stipule que nul médecin ne peut être contraint à effectuer du temps additionnel et qu'il est nécessaire d'établir une contractualisation avec les médecins volontaires pour accomplir des périodes de temps additionnel :

« Les praticiens hospitaliers, les praticiens des hôpitaux à temps partiel, les assistants, les assistants associés, les praticiens attachés, les praticiens attachés associés, les praticiens contractuels et les praticiens adjoints contractuels peuvent, sur la base du volontariat et sans qu'ils puissent subir aucun préjudice du fait d'un refus, réaliser des périodes de temps de travail additionnel au-delà de leurs obligations de service dans les conditions fixées par leurs statuts respectifs. »

Ces contrats sont signés par quatre partenaires : le praticien, le responsable de service, le chef de pôle et le directeur. Les contrats sont joints à un registre par pôle. La formalisation de cette contractualisation associe et engage l'ensemble des acteurs sur les prévisions d'activité, ceci dans le cas de recours au TTA prévisionnel pérenne.

Il peut y avoir également besoin de recourir au TTA de manière ponctuelle. Dans cette situation, seuls le responsable de service et le praticien sont associés mais toujours, le texte le souligne, sur la base du volontariat et avec la signature d'un contrat.

Le formalisme est fort et peut paraître lourd, notamment en cas de recours ponctuel mais il permet de valoriser la reconnaissance du temps de travail effectué par les praticiens au-delà des bornes maximum légales.

Chacune des parties signataires peut dénoncer le contrat à tout moment en respectant un préavis d'un mois. Ledit contrat, dont le modèle doit être établi par la COPS (Commission d'Organisation de la Permanence des Soins) de l'établissement, précise le choix de valorisation du TTA fait par le praticien : rémunération, récupération ou versement sur le CET.

Le praticien est réglementairement libre de choisir d'assurer ou non du TTA et du mode de valorisation de ce temps. Mais dans le contexte de pénurie médicale auquel font face les établissements de santé, il paraît difficile pour un praticien de choisir de récupérer ses périodes de TTA, notamment celles qui seront générées par le temps de travail réalisé au cours des astreintes, sans que l'établissement soit en mesure d'assurer son remplacement. Dans la plupart des situations, les praticiens seront invités à se faire rémunérer ce temps ou bien à le verser sur un CET.

1.1.5 Le renforcement du rôle du chef de pôle dans l'organisation :

L'activité du praticien au cours de l'astreinte, notamment de nuit, est imprévisible et aléatoire. De ce fait, respecter l'application du repos quotidien de 11 heures à l'issue du dernier appel en astreinte est fortement susceptible d'avoir des répercussions sur la réalisation des obligations de service du praticien et par conséquent sur les activités du service.

En effet, le médecin astreint à prendre son repos peut ne pas pouvoir assurer son activité de la matinée, voire également de l'après-midi. Dans le cadre d'activités de consultations programmées ou d'un service avec un effectif médical peu étoffé, une organisation doit être anticipée.

Cette organisation est confiée au chef de pôle avec l'aide des responsables de structures internes. La refonte de la réglementation avait déjà confié au chef de pôle la responsabilité de l'organisation des temps de présence et d'absence des praticiens¹², les tableaux de service mensuels sont arrêtés par le directeur sur proposition du chef de pôle¹³, il lui appartient désormais également d'organiser la permanence des soins en arrêtant les besoins prévisionnels de recours au TTA. Ces besoins sont inscrits aux contrats de pôle. Le chef de pôle doit organiser la concertation avec les responsables de structures internes et les praticiens pour fixer ces besoins.

Le chef de pôle est de plus en plus ancré, affirmé dans son rôle de management des équipes médicales, et non médicales, du pôle. Associé à la signature des contrats de recours au TTA au même titre que le directeur de l'établissement, il est un acteur principal de la contractualisation du pôle.

L'instruction ministérielle du 31 mars 2014 précise que le chef de pôle examine avec le praticien l'organisation de son activité médicale en cas de dépassement répété de ses

¹² Article 1 du décret 2012-1481 du 27 décembre 2012 « Le chef de pôle, ou à défaut le responsable de structure interne organise ... L'organisation du temps de présence et d'absence des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques est intégré dans les contrats de pôle ».

¹³ Article R6152-26 du code de la santé publique.

obligations de travail et insiste sur le rôle primordial du chef de pôle dans le domaine de la gestion des équipes médicales :

« Les dispositions relatives à la gestion du temps médical doivent faire l'objet d'une large information de la communauté médicale et des chefs de pôle en particulier qui sont des acteurs majeurs pour le pilotage et la gestion de proximité des structures dont ils ont la responsabilité, des réglementations et règles qui les régissent et de leur gestion. »

L'articulation de l'application du repos quotidien avec les activités programmées sur la journée va reposer sur l'évaluation de l'activité et les négociations que mènera le chef de pôle avec les différents responsables de structure.

L'instruction du 31 mars 2014 invite à la négociation de dérogation au cas par cas pour limiter les perturbations sur le fonctionnement du service en journée. Le chef de pôle va devoir déterminer des organisations¹⁴ qui préserveront le niveau des activités médicales et qui garantiront aux praticiens le respect de leur droit au repos et à récupération.

1.1.6 Des modifications réelles préservant la santé des médecins et renforçant la sécurité des soins.

Dans la présentation des considérations ayant présidé à la directive européenne du 4 novembre 2003, les objectifs du Parlement Européen sont explicites : fixer « des prescriptions minimales de sécurité et de santé en matière d'aménagement du temps de travail »¹⁵.

Une meilleure prise en compte de tous les temps de travail doit garantir :

- une plus grande sécurité des soins
- la préservation de la santé des personnels.

L'arrêté du 30 avril 2003 modifié par l'arrêté du 8 novembre 2013 souligne la responsabilité du directeur de l'établissement pour le respect de ces recommandations. La tenue de registre des temps de travail additionnels et le suivi des éventuels dépassements de la durée maximale de temps de travail hebdomadaire sont à la disposition du directeur qui doit juger de la pertinence de ces dépassements notamment

¹⁴ Dépêche agence Hospimédia du 11 mars 2014 « L'intersyndicale reconnaît qu'il existe des difficultés pour organiser une activité « par principe imprévisible ». Elle observe ironiquement qu'un « beau challenge » s'offre aux nombreux « managers » qui sont « sur le terrain » ».

¹⁵ Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail.

quand ces temps de travail mettent en péril la santé des personnels et par voie de conséquence la qualité et la sécurité des soins prodigués.¹⁶

On peut s'interroger sur l'engagement de la responsabilité du directeur en cas d'accident médical intervenant alors que la nouvelle réglementation n'est pas encore ou pas entièrement appliquée dans un établissement.

Le service de santé au travail est lui aussi associé à ce point de la surveillance de la santé des praticiens et il est informé de la réalité des temps de travail effectués par chaque médecin.

La transposition de la directive européenne dans le droit français a également pour conséquence un plus grand respect du volet « vie privée » des praticiens hospitaliers. Ceux-ci, par la prise en compte de tous leurs temps d'exercice, de l'application du repos quotidien et de la réaffirmation de la durée maximale de temps de travail hebdomadaire, bénéficient d'un meilleur temps de repos et d'un partage vie privée/vie professionnelle amélioré.

Des études montrent que cette recherche d'une meilleure qualité de vie est partagée par les médecins des pays voisins : une enquête menée en Westphalie (Allemagne) auprès de médecins et d'étudiants montre leur mécontentement quant aux possibilités de concilier vie familiale et vie professionnelle.¹⁷

Cela peut être un point d'attractivité complémentaire pour les établissements de santé publics. En effet, les études et l'observation des changements dans l'organisation des médecins montrent que ceux-ci cherchent à préserver du temps pour leur vie privée (temps partiels, ...). Le volet financier n'est pas la seule réponse au recrutement des médecins.

Le volet financier ne peut être le seul moyen de résoudre les problèmes de démographie médicale car d'une part les budgets hospitaliers sont de plus en plus contraints, d'autre part, l'application des dispositions statutaires ne permet pas aux établissements d'avoir des moyens de négociation étendus.

Enfin, les études menées sur la typologie des médecins décrivent une population qui se féminise, qui recherche à la fois un épanouissement professionnel à travers un exercice médical enrichissant, et également un cadre de vie favorisant la vie sociale et familiale.

¹⁶ Article 4 – alinéa 3 de l'arrêté du 30 avril 2003 précité : « Ces registres sont mis à la disposition du directeur afin de lui permettre de contrôler le recours à la contractualisation pour tout dépassement à la durée maximale du travail de quarante-huit heures et de restreindre ou interdire ce dépassement lorsque la santé et la sécurité des praticiens sont affectées. »

¹⁷ HASSENTEUFEL P. « Allemagne, les mobilisations multiples des médecins », Chronique internationale de l'IRES, mars 2006, p.26-36

Cela peut inclure le cadre environnemental, l'entourage culturel et de loisirs ou les offres en matière d'éducation.

Ainsi, le Centre Hospitalier de Dinan, proche du bord de mer, rencontre dans ses recrutements des praticiens médicaux attirés par le cadre de vie, qui portent la négociation sur le thème de la durée de leur temps de travail hebdomadaire, l'ambiance de travail et qui privilégient ces thèmes dans leur choix de carrière.

Apporter une réponse à ces questionnements des médecins peut être un atout pour les établissements tels le Centre Hospitalier de Dinan, qui à défaut d'un exercice professionnel dans les domaines de pointe, de recherche ou qui ne peuvent proposer un panel de cas médicaux étendu, peuvent être attractifs en combinant les deux versants vie professionnelle et vie privée.

1.2 Un arrêté qui ne règle pas les conflits existants et qui crée des difficultés supplémentaires

1.2.1 Un temps de travail toujours insuffisamment pris en compte

L'une des revendications des médecins était que leur temps de travail soit pris en compte, y compris le temps de travail réalisé lors des astreintes. Or, tout le temps d'astreinte n'est pas décompté si la durée de l'intervention dans le service est inférieure à une demi-heure.

Par ailleurs, l'arrêté précise que les temps d'intervention et de trajet ne peuvent dépasser 10 heures, par période d'astreinte, ces 10 heures étant converties en deux demi-journées. Or, une astreinte de nuit peut correspondre potentiellement à 14 heures de temps de travail (période de nuit : 18h30 à 8h30). Ce qui signifie qu'il peut y avoir 4 heures de temps qui seront travaillées et non décomptées¹⁸.

Ces points restent des sujets d'insatisfaction et de revendication pour les syndicats des professionnels médicaux.

¹⁸ Dépêche Hospimédia du 18/11/2013 reprenant les réactions des syndicats de médecins « le compte n'y est pas, ... absence de prise en compte de 4 heures potentiellement chaque nuit ... l'arnaque de la forfaitisation ».

1.2.2 Des temps de travail décomptés différemment, une durée de la demi-journée toujours indéfinie.

L'arrêté du 8 novembre 2013 crée un décompte du temps de travail réalisé lors des astreintes : ce temps est valorisé en heures, cumulé par plage de 5 heures, cette plage donnant lieu à une indemnisation équivalant à une demi-période de TTA de nuit.

Mais un problème important subsiste : la durée de la demi-journée d'activité n'est pas quantifiée. La nouvelle réglementation fixe une prise en compte de durée en heures pour les interventions réalisées en astreinte mais ne définit pas de règle sur le décompte de la demi-journée : ce qui conduit, pour les personnels médicaux dont l'activité n'est pas organisée en temps continu, à faire côtoyer un temps de travail évalué en demi-journée de durée indéfinie et un temps de travail décompté en heures.

L'organisation de l'activité médicale est déterminée en deux périodes :

- Jour de 8h 30 à 18h30
- Nuit de 18h30 à 8h30

Le cumul de ces temps doit permettre de vérifier si le praticien accomplit une durée de temps de travail hebdomadaire de 48 heures.

Cette absence de détermination de la durée de la demi-journée diurne pose questions tant aux médecins qui estiment que leur activité n'est pas suffisamment reconnue, qu'aux directions d'établissement qui doivent s'assurer que les praticiens accomplissent leurs obligations de travail dans la limite de 48 heures hebdomadaires.

Cette imprécision se heurte de plus à l'articulation avec la prise du repos quotidien consécutif au dernier appel en astreinte : la durée de la demi-journée n'étant pas fixée, à partir de quelle heure peut-on considérer qu'un praticien a rempli ses obligations de travail de jour ? Un praticien en commençant son exercice à 11 heures peut-il être considéré comme ayant accompli une demi-journée de travail ? Si on répond par l'affirmative, il convient de s'interroger sur l'équité vis-à-vis du professionnel qui exercera de 8h30 à 12h30. Pour le bon fonctionnement des services, ce point devrait être intégré aux négociations visant à l'élaboration du règlement intérieur de fonctionnement des astreintes par la COPS.

1.2.3 Une articulation difficile entre les activités, des dérogations nécessaires qui vont amoindrir les droits des praticiens

L'arrêté du 8 novembre dispose : le repos quotidien est garanti à l'issue du dernier appel en astreinte. L'articulation de cette période de repos impacte directement l'activité diurne du praticien et tout particulièrement les activités programmées qu'il ne pourra assurer. Cela nécessite une réflexion sur l'organisation du service, sur la mise en place de dérogation pour l'effectivité de la prise des repos quotidiens.

Du fait de la nature imprévisible de l'activité en astreinte, pour permettre le fonctionnement des services, les organisations qui seront arrêtées devront prévoir des dérogations à la prise du repos quotidien. Cette prise de repos pourrait être décalée dans le temps et de fait ne plus répondre aux objectifs premiers de permettre au médecin de prendre un temps de récupération après une période de travail.

L'état de l'actuelle démographie médicale, notamment dans certaines spécialités, laisse peu de marges de manœuvre pour recruter des personnels supplémentaires permettant une application stricte des textes.

De plus, cela pourra avoir également un impact important sur la réalisation des obligations de travail : en application de la prise du repos quotidien à l'issue de la dernière intervention, un praticien en astreinte peut ne pas pouvoir travailler pendant la demi-journée suivante, voire sur la journée entière.

Cela signifie la non réalisation de deux demi-journées suite à une intervention lors d'une astreinte, dont la durée peut être inférieure à 1 heure mais dont la fin se situe à 7h30 du matin, ce qui légalement empêche le médecin de reprendre son service avant la fin de la période de jour. Le temps « perdu » (une ou deux demi-journées) n'est pas compensé dans ce cas par le temps de travail réalisé au cours de l'astreinte.

Cette situation est extrême mais pas inhabituelle.

Une étude a été réalisée sur l'heure de fin de la dernière intervention au cours des astreintes du 1^{er} quadrimestre 2013 au CH de Dinan pour le service de Médecine à orientation cardiologique. Cela montre que le cas se présente :

	Nombre d'astreintes du 1er quadrimestre 2013 dont la fin de la dernière intervention est intervenue entre				Nombre de matinées impactées	Nombre de d'après midi impactées
	0h00 et 1h	1h et 6h	6h et 7h	7h et 8h		
dr A	3	0	0	2	2	2
dr B	2	3	1	0	4	0
dr C	3	5	1	6	12	6

Il a été considéré qu'une activité inférieure à 30 minutes ne pouvait valider une demi-journée de travail.

La même étude a été réalisée pour le même service sur le 1^{er} quadrimestre 2014 :

	Nombre d'astreintes du 1er quadrimestre 2014 dont la fin de la dernière intervention est intervenue entre				Nombre de matinées impactées	Nombre de d'après midi impactées
	0h00 et 1h	1h et 6h	6h et 7h	7h et 8h		
dr A	2	2	2	0	4	0
dr B	0	0	0	1	0	1
dr C	1	3	1	3	7	3

Dans ces situations, le praticien peut avoir le sentiment d'être lésé, à l'issue du quadrimestre, s'il n'a pas réalisé l'ensemble de ses obligations de travail. Cela peut le contraindre à devoir intégrer le temps réalisé lors des astreintes dans ses obligations de travail et de ce fait, de ne pas être rémunéré de ce temps en TTA.

1.2.4 Des applications locales différentes pour une réglementation nationale

Les difficultés d'application de ces diverses dispositions ne sont pas méconnues du législateur¹⁹. Celui-ci permet la mise en place de dérogations d'application grâce à la contractualisation locale : la COPS a mandat pour élaborer un règlement intérieur du fonctionnement des astreintes et des modalités d'application du repos quotidien. La circulaire du 31 mars 2014 précise que ce règlement intérieur prévoit les dérogations relatives au repos quotidien²⁰.

Le texte renvoie aux organisations locales : ce qui peut être considéré comme une prise en compte des particularismes locaux, mais ne fait qu'aggraver cette mosaïque d'applications pour une décision nationale.

1.2.5 Une mesure sans accompagnement financier et humain

Une des préoccupations des directeurs d'établissement est de pouvoir faire face budgétairement aux différents impacts financiers de ces mesures.

¹⁹ Intervention de M Debeaupuis, Directeur général de l'Offre de Soins, dépêche apm, 14 3 2014

²⁰ Instruction du 31 mars 2014 op. cit.

Deux types d'impacts financiers sont possibles. D'une part, des effets directs comprenant le surcoût de rémunération des temps de travail effectués lors des astreintes.

D'autre part peuvent se présenter des effets indirects, sur le niveau des activités médicales et des recettes suite à l'application du repos quotidien : une organisation devra prévoir d'assurer les activités programmées, comme les consultations ou les interventions chirurgicales, en tenant compte des risques d'absences du praticien sortant d'astreinte. Un autre effet indirect devra être évalué si les praticiens font le choix de récupérer leur TTA. Cela nécessitera de pouvoir, *a minima*, assurer l'activité et de pouvoir les remplacer, sous peine d'enregistrer une baisse des recettes.

Il faut également prendre en compte la nature particulière de la relation médecin-patient : très souvent un patient choisit un praticien, une relation de confiance s'engage lors du suivi médical. Ce patient n'acceptera peut être pas que la consultation programmée avec le Dr X soit faite par le Dr Y, parce que le Dr X doit prendre son repos. Dans cette situation, cela veut dire déprogrammer la consultation, soit une baisse de recettes et ne pas toujours pouvoir reprogrammer le rendez-vous dans les délais nécessaires.

Cela risque d'entraîner la lassitude du patient qui pourra être tenté de se tourner vers la clinique privée, générant ainsi une perte de parts de marché pour l'hôpital public.

Il faut souligner, de plus, le surcoût représenté par une déprogrammation de consultation : en temps de secrétariat, de non occupation des locaux et des matériels.

Au-delà du coût financier représenté par ces modifications réglementaires, dans l'hypothèse de disponibilités budgétaires, on peut s'interroger sur les possibilités de pouvoir recruter les personnels nécessaires à la mise en place de toutes ces mesures.

En effet, dans l'actuel contexte de pénurie de médecins et de l'évolution de la démographie médicale, il sera compliqué pour un établissement de pourvoir à des recrutements supplémentaires alors même que certains postes existants sont vacants et que les futurs départs à la retraite des praticiens en exercice ne pourront être remplacés.

La publication de cette nouvelle réglementation, si elle permet à la France de ne pas être assignée devant la Cour de Justice de l'Union Européenne, laisse les établissements hospitaliers devant d'importantes difficultés en termes de ressources humaines et financières pour pouvoir la respecter.

1.2.6 Un accueil du texte mitigé par les médecins qui y voient un encadrement supplémentaire de leur travail, sans être accompagné de la reconnaissance attendue.

Cette nouvelle réglementation peut être perçue comme un encadrement supplémentaire du travail médical par des professionnels souvent hostiles à l'incursion de l'administratif dans leur exercice.

La parution de ce texte a été très attendue et a été jugée insuffisante par les organisations professionnelles médicales. Attendue car elle devait permettre une meilleure reconnaissance du travail des médecins hospitaliers. Insuffisante car les syndicats médicaux jugent que le texte ne va pas au bout de la reconnaissance.

Le texte met en place un cadrage de la gestion du temps médical tant par le chef de pôle que par le directeur.

Le rôle du chef de pôle a été étudié auparavant. Les missions du directeur vis-à-vis du suivi de l'activité des médecins se renforcent : tenue de registres de temps de travail, suivi des temps de travail réalisé, pouvoir d'obliger le praticien à prendre des périodes de repos.

En clair, une immixtion du directeur, administratif, dans l'activité médicale. Le texte contraint les médecins à devoir rendre des comptes sur leurs activités.

Les médecins, même hospitaliers, sont une catégorie de professionnels qui jusqu'à présent a souvent refusé les contraintes administratives, vécues comme une entrave à l'exercice d'une médecine de qualité.

Les différentes réformes appliquées au fonctionnement de l'hôpital ont, de fait, mis en place un encadrement de l'activité médicale par, notamment l'introduction de la tarification à l'activité, obligeant les médecins à détailler leurs actes. Sont ensuite intervenues les réglementations sur la gestion des temps de travail, de congés et de CET, qui ont conduit les médecins à compter, décompter leurs présences et leurs absences.

L'arrêté du 8 novembre 2013 a des effets positifs pour l'activité médicale par une meilleure prise en compte du travail effectué. Cependant, cela va contraindre les médecins à devoir accepter un suivi précis de leur temps de travail.

Certaines réactions des syndicats de médecins peuvent paraître contradictoires : elles demandent le respect d'une durée hebdomadaire maximale de temps de travail, la reconnaissance des temps de travail effectué lors des astreintes mais sont opposées à un

décompte horaire du temps de travail, quand ces mêmes organisations font le décompte des heures potentiellement non valorisées en astreintes²¹.

Certains vont s'interroger sur la possible conciliation du contrôle et du décompte du temps médical avec la qualité de l'exercice médical. Un article paru après la publication de l'arrêté a titré de manière provocatrice « *Nouvelle gestion du temps de travail médical quand le docteur devient ... horodateur* »²²

Ceci renvoie à la perception du médecin en qualité de salarié d'une organisation et à sa place dans la société. L'idée de contrôler son activité ne pouvant qu'altérer son bon exercice et le rabaisser à l'état de machine.

Or, depuis plusieurs années, les médecins demandent une reconnaissance de leur temps de travail, souhaitant pouvoir bénéficier comme tout salarié d'une réduction de temps de travail.

L'opposition entre direction et médecins si elle a existé, est en voie de disparition. Les médecins sont associés, et souhaitent participer, à la gestion de l'établissement.

La loi dite HPST (Hôpital Patients Santé Territoire)²³ a donné une place importante aux médecins dans la vie des établissements sanitaires : le Président de la CME, vice-président du directoire, ayant voix consultative au conseil de surveillance, peut être considéré comme « l'alter ego » du directeur dans le fonctionnement de l'hôpital, la composition du directoire est à majorité médicale.

Chaque corps de métier est amené à comprendre l'autre pour le bon fonctionnement de l'établissement hospitalier au service du patient²⁴.

Le médecin doit faire face à une dualité : vouloir à la fois être dirigeant de l'établissement, et il ne devrait pas à ce titre, à l'instar d'un directeur administratif ou un cadre de l'établissement, compter ses heures et d'autre part, vouloir la reconnaissance de son temps de travail, par la voie du décompte et de la récupération de toutes les heures effectuées.

²¹ Dépêche Hospimedia du 18/11/2013 « ... Pour le Dr Rachel Bocher, présidente de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers,... « en revanche, nous sommes contre le décompte horaire du travail » ».

²² DREXLER A., MONDOLINI L. « Nouvelle gestion du temps de travail médical, quand le docteur devient ...horodateur », Revue Hospitalière de France, Janvier-février 2014, p.54-58

²³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

²⁴ BELENFANT X, ROUX T. « la relation directeur-médecin ...ou les lectures de son voisin », Revue Hospitalière de France, novembre-décembre 2007, p.70-71.

La mise en place des dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2013 vont apporter des modifications significatives dans l'organisation de l'activité médicale.

Ces mesures pour être appliquées nécessitent d'informer et de concerter les médecins sur les modalités de mises en œuvre, notamment parce que cette application devra se faire à budget constant, sans accompagnement financier spécifique. Cela conduit à mener une réflexion prenant en compte une optimisation renforcée des moyens existants

2 Quelles modalités d'application possibles au CH de Dinan ?

L'application des dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2013 au CH de Dinan nécessite de pouvoir anticiper les conséquences organisationnelles, budgétaires de cette nouvelle organisation, qui devra être en lien avec les décisions prises par les autres établissements de la CHT : les décisions du CH de DINAN peuvent-elles ne pas tenir compte des orientations du CH de St MALO, établissement siège de la CHT ?

La comparaison de la situation du CH de Dinan avec celles d'établissements sanitaires bretons ou hors région doit permettre d'identifier les similitudes, les écueils à éviter pour aboutir à l'élaboration de préconisations.

2.1 Les orientations prises ou envisagées par les établissements hors CHT

Des éléments de comparaison ont été recherchés à deux niveaux : par le biais d'un questionnaire d'enquête au plan national sur l'état de mise en œuvre de la nouvelle réglementation dans les établissements sanitaires, puis à l'échelon régional par le recueil des positions des établissements bretons.

2.1.1 Enquête menée auprès des autres régions

Un questionnaire²⁵ a été transmis par courriel auprès des établissements sanitaires publics dans l'ensemble des régions françaises.

Cette enquête avait pour objectif d'évaluer l'état d'avancement de la mise en application des dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2013.

Le destinataire du courriel était en priorité le directeur des affaires médicales, à défaut le directeur général de l'établissement. Les adresses ont été collectées sur l'annuaire tenu par le site internet de la Fédération Hospitalière de France²⁶.

Pour le traitement des réponses, 4 catégories d'établissements ont été déterminées selon la taille de l'établissement.

²⁵ Questionnaire type en annexe I

²⁶ <http://etablisements.fhf.fr/annuaire/>

Synthèse du nombre de questionnaires envoyés et retournés

Ensemble des régions		Capacité globale de l'établissement en lits et places							
		> 1500 lits		entre 1000 et 1500 lits		entre 300 et 1000 lits		< 300 lits	
		nombre d'établissements	nombre réponses	nombre d'établissements	nombre réponses	nombre d'établissements	nombre réponses	nombre d'établissements	nombre réponses
taux réponse	9,92%	37	6	50	14	353	29	336	28

776 établissements ont été interrogés, 77 établissements ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 9,92%.

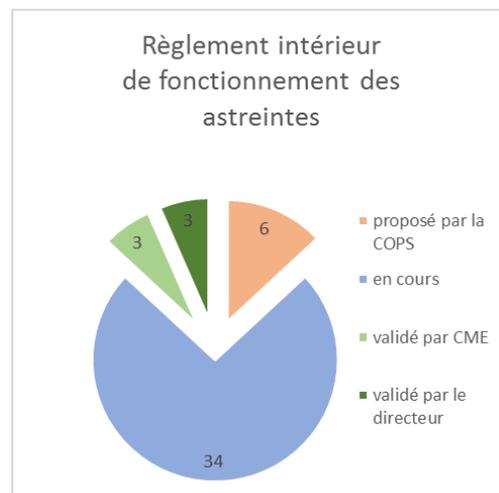
Parmi ces réponses, 18 établissements ont précisé ne pas se sentir concernés car ils n'étaient pas les employeurs directs des médecins, dans le cas de médecins mis à disposition par un autre établissement sanitaire ou parce qu'ils collaboraient uniquement avec des médecins libéraux. Il s'agissait d'établissements de moins de 300 lits, comportant principalement des lits d'hébergement et peu de lits de médecine.

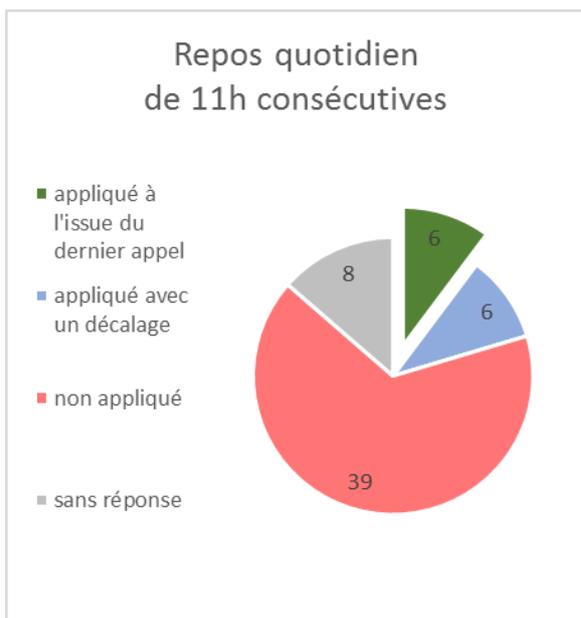
59 questionnaires ont pu être exploités. Les réponses proviennent de la plupart des régions françaises, hormis 3 régions métropolitaines et les départements d'outre-mer. Cet éventail permet de vérifier que les mêmes difficultés se posent sur le territoire et que les réflexions menées tendent dans les mêmes directions, certains développant des stratégies d'organisation plus développées que d'autres.

Les questions posées abordaient les thèmes de l'informatisation des tableaux de service, de l'information faite par les établissements sur l'arrêté, sur la mise en place des principales mesures (temps de trajet, repos quotidien, contrats de recours au TTA), sur l'avancement des réflexions de la COPS et de la CME et enfin sur le niveau de concertation entre établissements sur ce point.

La mise en place du règlement intérieur de fonctionnement des astreintes est un point qui nécessite une concertation avancée, cela explique pourquoi seuls 3 établissements ont déclaré avoir un règlement validé par la CME et le directeur.

La majorité des établissements répondants à cette question, soit 75% des 44 réponses, sont en cours d'élaboration.





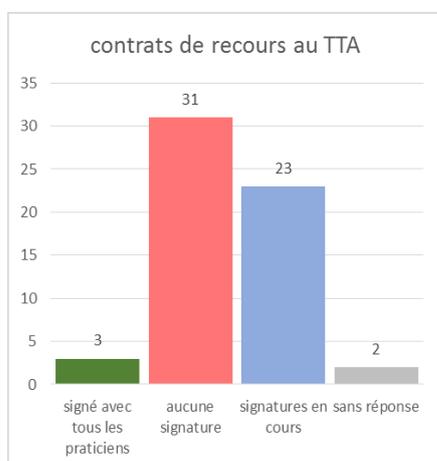
A la question « appliquez-vous le repos quotidien à l'issue du dernier appel ? », la majorité des établissements ont déclaré ne pas respecter les mesures relatives au repos quotidien.

Seuls 6 établissements déclarent respecter cette obligation : quatre établissements de moins de 300 lits en Picardie, Franche Comté et Rhône-Alpes, un établissement de moins de 1000 lits de la région Centre et un établissement de plus de 1000 lits du Languedoc-Roussillon.

6 établissements appliquent le décompte

du repos quotidien avec un décalage variable selon l'activité.

C'est donc 15,5% des répondants qui respectent la réglementation sur le droit au repos quotidien à la date du 30 juin 2014.

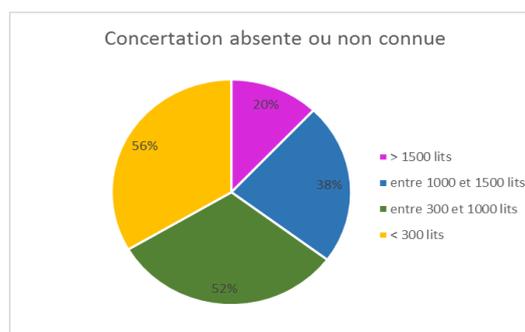
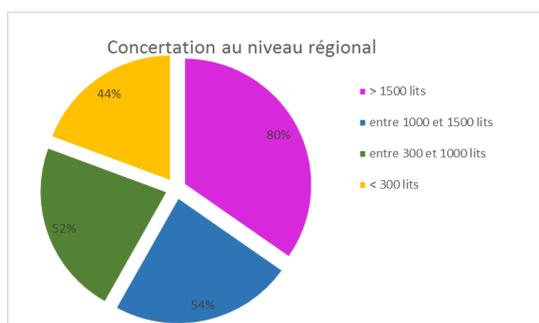


Concernant la formalisation du recours au temps de travail additionnel, seuls 3 établissements ont conclu des contrats avec l'ensemble de leurs praticiens : deux établissements de moins de 1000 lits en Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes Côte d'Azur et un établissement de plus de 1000 lits des Pays de Loire (bien que dans ce dernier cas, il s'agisse de « contrat de service »)

Dans 39,3% des établissements la conclusion des contrats est en cours, alors que 40,2% des

répondants n'ont signé aucun contrat au 30 juin 2014.

La question relative à l'existence d'une concertation au niveau territorial et/ou régional avait pour objectif de mesurer si une concertation existait mais aussi d'analyser le niveau de connaissance et d'association des différents établissements. L'hypothèse de départ étant que les établissements les plus petits étaient susceptibles de moins connaître et d'être moins associés à des groupes de concertation.



Des retours des questionnaires transmis, il apparaît que la concertation s'exerce essentiellement au niveau régional, et dans la plupart des régions, certaines mettant en place des groupes de travail pour élaborer des documents communs (contrats, règlement intérieur, ...) ou des politiques d'application communes. La concertation au niveau territorial semble peu pratiquée : seuls 6 établissements mentionnent ce niveau. Cela peut paraître surprenant, chaque établissement sanitaire étant rattaché à un territoire de santé et les établissements étant encouragés à développer les partenariats et coopération. Pour 56% des établissements de moins de 300 lits, la concertation n'existe pas ou n'est pas connue.

Si la mise en place des nouvelles mesures nécessite de la réflexion et du temps, les établissements ont diffusé les informations sur les dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2013 auprès des praticiens hospitaliers : seuls 25% des répondants n'ont fait aucune information. Les autres établissements ont diffusé l'information soit auprès de la CME, soit auprès des praticiens individuellement, soit selon ces deux modalités simultanément.

La circulaire du 31 mars 2014 mettait l'accent dans son chapitre III – Suivi et évaluation, sur l'obligation pour les établissements de recourir à une gestion du temps médical informatisé²⁷ pour pouvoir articuler les organisations médicales et non médicales.

Les réponses au questionnaire montrent que l'informatisation de la gestion du temps médical est loin d'être généralisée.

Seuls 3 des 6 établissements de plus de 1500 lits disposent d'une gestion informatisée contre 64% des établissements de 1000 à 1500 lits et 48% des moins de 1000 lits.

On pouvait penser que les établissements les plus importants, devant gérer un nombre significatif de praticiens auraient tous mis en place un système de gestion informatisé.

Il est possible de dire que cela montre le peu d'encadrement du temps médical jusqu'alors.

²⁷ « ...Elles orientent fortement les établissements vers des choix de gestion du temps médical informatisé, qui deviendra de plus en plus crucial. » instruction DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014, p. 8

2.1.2 Les positions des établissements de la Région Bretagne

Des rencontres régulières sont organisées par les Directeurs des Affaires Médicales des établissements bretons. Ces réunions informelles ont pour objectif d'échanger sur les points intéressant la gestion des affaires médicales, de diffuser les informations sur les textes à venir, faire le point sur les changements de réglementation. En cas de besoin, la concertation aboutit à la détermination d'une position régionale majoritaire, au respect de laquelle les établissements ne sont pas contraints : cela conduit à la détermination d'une tendance des orientations qui seront prises par la majorité des établissements.

Les directeurs des affaires médicales se sont réunis par visioconférence le 19 mai 2014. Tous les établissements bretons employant des personnels médicaux n'étaient pas présents mais ont participé les principaux établissements de la région : Rennes, Brest, Quimper, Lorient, la CHT St Malo-Dinan-Cancale, Saint Briec, Lannion, Vannes.

L'ordre du jour comportait un point concernant l'application de l'arrêté du 8 novembre 2013. Le tour de table effectué a permis de vérifier que la majorité des établissements n'appliquait pas encore les nouvelles dispositions réglementaires. Les établissements les plus importants en taille (CHU et CH de plus de 800 lits) étaient les établissements qui étaient le moins avancés en termes de négociation et d'étude sur les modalités de mise en place.

Certains établissements avaient d'ores et déjà planifié les réunions de leurs COPS et CME pour débattre du sujet. A cette date, le CH de Dinan faisait partie des établissements qui n'avaient pas engagé de discussion ou de projet de mise en application.

Aucun des établissements n'était en capacité de mettre en place la nouvelle réglementation avant plusieurs semaines. Les principaux obstacles étaient la mise à niveau des systèmes informatiques pour permettre le calcul des nouvelles indemnités, les conséquences de l'application du repos quotidien et les changements organisationnels à devoir éventuellement mettre en place sans avoir de possibilité de compenser par le recrutement de médecins supplémentaires.

La Commission Régionale Paritaire réunie le 12 mai 2014 venait de rendre compte des résultats de l'enquête menée sur le recours à l'intérim dans les établissements bretons au cours de l'année 2012.

Une position régionale a été déterminée : la majorité des établissements se sont orientés vers une application des dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2013 au 1^{er} janvier 2015,

sans que soit toujours prévue un effet rétroactif à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté, soit à compter du 18 novembre 2013.

2.1.3 Atouts et difficultés issues des orientations des divers établissements

Il convient d'examiner les différents aspects des orientations recueillies auprès des établissements sanitaires.

Concernant la date d'effet des mesures, de nombreux établissements envisagent l'application des modifications réglementaires à compter du 1^{er} janvier 2015, sans prendre de mesure de rétroactivité à la date d'entrée en vigueur du texte, cela signifie ne pas respecter la réglementation, ce qui n'est pas anodin pour un établissement public.

Ne pas appliquer un texte réglementaire à sa date d'entrée en vigueur est tout à fait inhabituel pour un établissement hospitalier. Les différentes mesures législatives concernant les reclassements ou augmentations des personnels hospitaliers non médicaux sont toujours appliquées à leur date d'entrée en vigueur, parfois avec un décalage mais une prise en compte de l'antériorité est faite systématiquement.

Une telle décision créerait un précédent difficilement explicable aux intéressés et donnerait le sentiment de la volonté d'appliquer un traitement différent aux praticiens hospitaliers. Ce qui pourrait être perçu comme un manque de considération pour cette catégorie de personnels, ce ressenti serait d'autant plus fort qu'il est déjà préexistant et est relayé par les syndicats de médecins qui réclament l'application du texte depuis plusieurs mois²⁸ mettant en cause la considération portée à la santé des médecins par les directeurs d'établissements.

De plus, la date retenue par chaque établissement pouvant être différente, cela engendrera des disparités supplémentaires de traitement entre établissements et entre médecins.

Une date effective de mise en place décalée peut être entendue : il convient de mettre à niveau les systèmes d'information, de déterminer les modalités de recours au TTA, de négocier les organisations médicales.

²⁸ Dépêche Hospimédia 11/03/2014

Ceci nécessite du temps pour concerter le plus largement possible la communauté médicale des établissements. L'organisation de la permanence des soins existante peut avoir vocation à rester en l'état jusqu'à cette date, ce qui signifie, notamment la non application du repos quotidien en fin d'astreinte.

Cependant, l'application rétroactive des mesures financières est matériellement possible et devrait être envisagée. Les systèmes d'information mis à niveau permettront de calculer rétroactivement les temps de trajet et les temps d'intervention. Cette rétroactivité financière peut cependant créer des difficultés budgétaires en cas de surcoût, dont la faisabilité de la prise en charge devra être évaluée.

Une autre difficulté peut survenir pour certains établissements qui avaient opté pour un système de gardes forfaitisé et qui ne tenaient pas de registre ou de relevé des interventions réalisées au cours des astreintes : une application rétroactive n'est pas envisageable dans cette situation en l'absence de connaissance du nombre d'interventions et de leurs durées.

Ce système n'est pas en cours à Dinan mais est partiellement appliqué sur le CH de Saint Malo. Même si chaque établissement a une gestion indépendante, la volonté est d'harmoniser les pratiques et d'avoir une cohérence d'ensemble sur la CHT : cela peut par conséquent conduire le CH de Dinan à modifier ses options pour tenir compte de la problématique du CH de Saint Malo sur ce point.

La concertation, au niveau régional, sur une date de mise en place des mesures permet toutefois d'uniformiser un tant soit peu les pratiques et d'apporter des réponses semblables aux interlocuteurs médicaux.

La mise en place de groupes de travail régionaux, tels ceux des régions Nord-Pas de Calais, Alsace ou Provence-Alpes Côte d'Azur, avec l'objectif de produire des documents communs participent également à ce souci d'uniformisation des pratiques. Cela permet également de faire bénéficier les établissements de taille plus modeste des ressources et des moyens des établissements de taille importante. La concertation sur la région Bretagne montre sur ce point ses limites : des discussions ont lieu, des positions sont prises mais il n'y a pas de mise en commun de documents. Après la réunion, chaque établissement travaille seul sur les suites et la formalisation des mesures à mettre en place.

La mise en commun peut aussi être, pour les praticiens hospitaliers, l'assurance et une garantie individuelle d'une application optimisée et équitable de la réglementation.

Il faut noter que le ministère avait annoncé l'aide de ses services avec la publication de documents types, tels un modèle de contrat type de recours au temps de travail additionnel²⁹ ou de règlement intérieur de fonctionnement des astreintes³⁰. A ce jour, ces documents n'ont pas été communiqués ou ne sont pas disponibles sur le site internet ministériel dédié à ce sujet.

2.2 La situation au CH de Dinan et au sein de la CHT

L'analyse des mesures à mettre en place, les informations recueillies tant dans les publications qu'auprès des autres établissements, montrent la nécessité d'évaluer le plus précisément possible l'impact financier que va représenter cette nouvelle réglementation pour le CH de Dinan.

2.2.1 Le CH de St Malo

Etablissement de référence de la CHT Rance Emeraude, le CH de Saint Malo a une organisation des astreintes médicales différente de celle du CH de Dinan.

Une partie de ses astreintes est forfaitisée : les praticiens sont indemnisés selon un forfait et non en fonction de la réalité des interventions. Comme dans beaucoup d'établissements qui ont recours à ce mode de fonctionnement, le CH de Saint Malo ne tient pas le décompte des interventions réalisées pour ces services malgré l'obligation réglementaire.

L'application des nouvelles dispositions réglementaires au sein du CH de Saint Malo pose le problème de la rétroactivité de la mise en place. En effet, en l'absence de registre ou de relevé des interventions effectuées, la rétroactivité du changement d'indemnisation ne pourra être effectuée.

Par ailleurs, la communauté médicale de l'établissement est très mobilisée sur ce point et réclame l'application des dispositions à compter du 1^{er} janvier 2014.

Une politique peut-elle être différente d'un service à l'autre ? Deux temps d'application pourraient être déterminés étant donné que deux modes d'indemnisation coexistaient jusqu'alors.

²⁹ Dépêche APM du 14 mars 2014 « application de l'arrêté sur la continuité des soins dans les hôpitaux : des inquiétudes persistent malgré des promesses de la DGOS »

³⁰ Site internet FAQ Ministère de la Santé

Cependant, en cas de recours devant le tribunal administratif sur une application non réglementaire de l'arrêté du 8 novembre 2013, la position de l'établissement sera difficilement défendable : malgré la forfaitisation, l'établissement aurait dû tenir un registre des astreintes³¹ comme le prévoit la réglementation et aurait été ainsi en mesure d'appliquer le nouveau texte.

2.2.2 Etude des impacts financiers possibles pour le CH de Dinan

Les analyses des nouvelles dispositions règlementaires mettent en exergue deux axes susceptibles d'impacter fortement le fonctionnement et le budget de l'établissement :

- le changement d'indemnisation va générer un surcoût important,
- l'application du repos quotidien va perturber l'activité de jour.

La question du surcoût de la mesure est un problème qui est apparent dans les retours d'enquête : certains établissements envisagent des changements d'organisation après étude des coûts.

Ces points ont des conséquences organisationnelles mais aussi et surtout des conséquences financières pour le CH de Dinan, dont l'objectif est de maintenir son activité pour ne pas diminuer ses recettes, mais aussi de ne pas majorer ses dépenses, et ne pas aggraver son déficit budgétaire.

L'évaluation de la réalité de l'impact de ces modifications pour le CH de Dinan va être étudiée sur la base des tableaux d'astreintes du premier quadrimestre 2013 et sur ceux du 18 novembre 2013 au 30 avril 2014.

La projection de l'application des nouvelles dispositions a été faite sur les interventions effectuées sur ces périodes dans les 3 principaux services assurant des astreintes (Gynécologie, Pédiatrie et Médecine à orientation cardiologique) pour déterminer les coûts directs générés, les problématiques d'organisation induits sur l'activité de jour, le nombre d'heures créées par les interventions au cours des astreintes.

Les résultats de l'étude montrent des résultats différents selon les praticiens. L'application des nouvelles règles d'indemnisation à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté du 8 novembre 2013 entrainera pour certains d'entre eux la génération de trop perçus.

³¹ Article 19 de l'arrêté du 30 avril 2003 version consolidée au 12 novembre 2013

Cela s'explique par le changement de modalités d'indemnisation. Auparavant, le praticien était indemnisé selon le nombre d'interventions réalisé, sans qu'il soit tenu compte de la durée de l'intervention. Certains praticiens déclarent beaucoup de déplacements d'une durée inférieure à 30 minutes, ce qui projeté dans la nouvelle règle d'indemnisation ne décompte aucun temps de travail ou de trajet après la 2^{ème} intervention.

Les tableaux ci-après présentent les données chiffrées par service et par praticien.

Etude réalisée sur le service de médecine à orientation cardiologique

	1er quadrimestre 2013		4ème quadrimestre 2013					1er quadrimestre 2014				
	Cumuls heures effectuées en astreintes		Cumuls heures effectuées en astreintes		nouvelle valorisation	ancienne valorisation	Ecart (1-2)	Cumuls heures effectuées en astreintes		nouvelle valorisation	ancienne valorisation	Ecart (1-2)
	demi journées	heures	demi journées	heures				1	2			
Dr A	-	-	3	1	1 095,38	857,56	237,82	12	0	3 749,51	2 404,66	1 344,85
Dr B	15	4	5	0	1 542,99	1 674,38	-131,39	16	2	4 918,61	5 913,16	-994,55
Dr C	-	-	2	1	774,14	652,18	121,96	9	4	3 396,67	1 789,64	1 607,03
Dr D	-	-	8	0	2 106,49	962,06	1 144,43	13	2	4 291,93	4 376,74	-84,81
Dr E	20	1	7	3	2 264,45	1 540,08	724,37	12	3	3 954,91	3 132,82	822,09
Dr F	20	2	6	1	1 785,24	1 739,79	45,45	19	1	5 561,11	6 485,01	-923,90

Etude réalisée sur le service de Gynécologie Obstétrique

	1er quadrimestre 2013		4ème quadrimestre 2013					1er quadrimestre 2014				
	Cumuls heures effectuées en astreintes		Cumuls heures effectuées en astreintes		nouvelle valorisation	ancienne valorisation	Ecart (1-2)	Cumuls heures effectuées en astreintes		nouvelle valorisation	ancienne valorisation	Ecart (1-2)
	demi journées	heures	demi journées	heures				1	2			
Dr M	17	4	8	2	2 475,11	2 248,39	226,72	10	4	3 022,78	2 190,44	832,34
Dr N	9	3	3	1	1 242,82	1 375,03	-132,21	6	0	1 843,18	1 931,06	-87,88
Dr O	16	0	5	2	1 532,47	1 181,02	351,45	5	3	1 579,87	1 217,06	362,81
Dr P	8	4	4	4	1 474,54	1 088,45	386,09	7	1	2 533,06	2 656,97	-123,91
Dr Q	11	4	4	4	1 558,80	1 680,50	-121,70	7	3	2 264,48	1 891,14	373,34
Dr R	22	0	7	1	1 980,09	1 639,19	340,90	14	1	3 912,78	2 921,63	991,15

Etude réalisée sur le service de Pédiatrie

	1er quadrimestre 2013		4ème quadrimestre 2013					1er quadrimestre 2014				
	Cumuls heures effectuées en astreintes		Cumuls heures effectuées en astreintes		nouvelle valorisation	ancienne valorisation	Ecart (1-2)	Cumuls heures effectuées en astreintes		nouvelle valorisation	ancienne valorisation	Ecart (1-2)
	demi journées	heures	demi journées	heures				1	2			
Dr X	49	3	26	0	7 320,01	6 745,22	574,79	59	4	16 972,94	15 854,44	1 118,50
Dr Y	23	1	13	2	3 933,84	3 025,27	908,57	40	1	11 633,11	9 288,00	2 345,11
Dr Z	-	-	0	0	358,09	358,09	0,00	0	0	1 263,84	1 263,84	0,00

N.B. : le Dr Z assure les astreintes qui lui sont dévolues mais ne déclare pas ses temps d'intervention. Il n'est pas possible dans ce contexte de projeter le coût de ses interventions.

Cet impact négatif non relevé auprès des autres établissements est une difficulté notable. En effet, il sera complexe d'expliquer et de faire admettre aux médecins concernés qu'ils devront rembourser une part des indemnités perçues alors même que la majorité estime que leur activité n'est pas reconnue à sa juste mesure.

Cela pourrait contraindre le CH de Dinan à proposer de ne pas appliquer rétroactivement les changements de modalité d'indemnisation pour ne pas devoir prendre en compte ces indus. Cette situation ne concerne pas tous les praticiens mais il ne peut y avoir deux dates d'effet dans un même établissement. Cette décision conduirait à ne pas demander le remboursement à une partie des praticiens mais également à ne pas verser les compléments d'indemnité aux autres praticiens.

Enfin, cette décision ne créerait pas de surcoût par l'application de ces mesures d'indemnisation sur l'année 2014.

Par ailleurs, lors des échanges avec les autres établissements sur la problématique des arrondis pratiqués pour les interventions inférieures à 30 minutes, il est admis que les praticiens ne déclareront plus de telles durées d'intervention mais que celles-ci seront systématiquement supérieures à 30 minutes pour permettre un arrondi à la demi-heure, voire à l'heure.

Une estimation de ces pratiques peut être réalisée sur le service Médecine à orientation cardiologique, qui est celui qui comporte le plus d'impacts négatifs dans le cadre de la nouvelle valorisation.

Pour cette étude, le nombre d'interventions est conservé. Les modifications portent sur les interventions déclarées inférieures à 30 minutes : il est considéré que cette durée est au minimum de 30 minutes, ce qui génère un temps de travail d'une heure par intervention. Les résultats présentés dans le tableau ci-après montrent que le calcul de la nouvelle indemnisation dans ces conditions est positif pour tous les praticiens sur le quadrimestre.

Etude sur les astreintes du service Médecine à orientation cardiologique

	1er quadrimestre 2014 réalisé					1er quadrimestre 2014 avec projection des durées d'intervention				
	Cumuls heures effectuées en astreintes		nouvelle valorisation	ancienne valorisation	Ecart (1-2)	Cumuls heures effectuées en astreintes		nouvelle valorisation	ancienne valorisation	Ecart (1-2)
	demi journées	heures				demi journées	heures			
Dr A	12	0	3 749,51	2 404,66	1 344,85	12	0	3 749,51	2 404,66	1 344,85
Dr B	16	2	4 918,61	5 913,16	-994,55	22	4	6 435,28	5 913,16	522,12
Dr C	9	4	3 396,67	1 789,64	1 607,03	9	4	3 396,67	1 789,64	1 607,03
Dr D	13	2	4 291,93	4 376,74	-84,81	19	0	5 619,02	4 376,74	1 242,28
Dr E	12	3	3 954,91	3 132,82	822,09	14	2	4 381,47	3 132,82	1 248,65
Dr F	19	1	5 561,11	6 485,01	-923,90	26	1	7 219,97	6 485,01	734,96

On constate une augmentation importante du nombre de demi-journées valorisées qui passent de 82 à 104 pour l'ensemble du service sur le quadrimestre, soit une hausse de 26,8%.

Le surcoût financier est d'un montant total de 6 699, 60 euros (au lieu de 1 770,71 euros si la durée des interventions est respectée), soit une projection de l'évaluation de surcoût annuel de 20 098 euros pour un service.

Cela représente une moyenne annuelle de 3 349 euros par praticien.

Sur la base de cette moyenne annuelle par praticien, le surcoût global pour l'établissement peut être estimé à 50 247 euros pour les 3 services étudiés.

Les autres services de l'établissement ont un décompte d'activité en temps continu (urgences, anesthésie-réanimation) ou mutualise leurs gardes avec le service des urgences. L'application des nouvelles modalités de décompte sur leur activité n'aura pas d'impact financier.

2.2.3 Etude des impacts sur l'organisation de jour

Plusieurs types de conséquences organisationnelles doivent être envisagés. D'une part, des impacts directs découlant de l'application de certaines dispositions de l'arrêté : impact de l'application du repos quotidien sur l'activité programmée de jour, impact sur les organisations médicales et les partenariats avec les établissements de la CHT ou de la polyclinique.

L'application de ce texte va aussi nécessiter une réorganisation du service de la DAM du CH de Dinan pour pouvoir prendre en compte les suivis et contrôles des activités.

Comme pour beaucoup d'établissements, les inquiétudes du CH de Dinan portent sur les conséquences de la mise en place des nouvelles dispositions sur les activités de jour³².

Pour le CH de Dinan, les craintes portent notamment sur l'activité des consultations en gynécologie-obstétrique et la cardiologie. L'application de l'arrêté du 8 novembre 2013 se conjugue à une démographie médicale tendue pour ces deux services. De prochaines cessations d'activité accentueront les impacts de la valorisation des temps de travail en astreinte.

En Pédiatrie, un des praticiens assure près de 70% des astreintes mensuelles avec des déplacements nombreux. Ce praticien est également responsable de nombreuses consultations de pédiatrie. Une articulation doit pouvoir être trouvée. Celle-ci ne peut se faire que par la concertation au niveau du service et du pôle.

Au CH de Dinan, les équipes médicales comportent un nombre restreint de praticiens. Certains postes restent vacants en l'absence de candidatures extérieures. Cela laisse peu de marges de manœuvre pour étoffer les ressources médicales et avoir un fonctionnement sécurisé et respectueux des textes³³.

Par ailleurs, la question des logements mis gratuitement à la disposition des médecins en astreintes au sein de l'établissement devrait être évoquée. Les temps de déplacement font désormais l'objet d'une valorisation en temps de travail forfaitaire à raison d'une heure de trajet aller/retour, la nécessité de poursuivre ces mises à disposition doit être réévaluée, notamment si elle constitue un point d'attrait pour fidéliser les praticiens sur l'établissement.

Ces modifications nécessitent une prise en charge particulièrement renforcée administrativement.

La DAM du CH de Dinan se compose d'une AAH temps plein et d'une Adjoint administrative à mi-temps. Le directeur des affaires médicales du CH de Dinan est également directeur de site et directeur des affaires médicales du CH de Saint Malo.

La gestion du temps médical est actuellement peu informatisée. Le CH de Dinan dispose d'un logiciel de gestion du temps de travail, Agirh GTT, qui est sous exploité.

En effet, les tableaux mensuels de service ne sont pas saisis sous ce logiciel et sont établis dans les services sur documents papier ou Excel. La DAM communique un

³² Cf. étude des impacts sur l'activité diurne présentée en page 17 de ce document.

³³ « Cette réforme du temps médical devait se produire un jour. Mais l'assumer réellement requiert d'avoir des médecins en nombre, notamment par la nécessité d'appliquer l'exigence de repos quotidien : une étude d'impact et une évaluation du besoin en recrutement médical s'imposeront rapidement à ce sujet » A.DREXLER, MONDOLINI L. «Nouvelle gestion du temps de travail médical quand le docteur devient horodateur » RH, janvier-février 2014, p.54-58

modèle de saisie qui n'est pas toujours utilisé par les services. La transmission des tableaux de service mensuels n'est pas toujours effectuée en temps et en heure, notamment par les services qui ne réalisent pas d'astreintes de nuit ou de week-end en propre, tels les différents services de médecine.

Le suivi des présences et absences des médecins est élaboré sous tableur Excel par l'AAH de la DAM pour les congés, obligations de temps de travail.

Seuls sont saisis sur le logiciel Agirh les données relatives aux astreintes et gardes, ainsi que les déplacements intervenus au cours des astreintes à domicile.

La saisie est faite sur la base des données déclarées par les médecins sur des carnets à souche sur lesquels ils doivent mentionner la date, l'heure d'appel, l'heure d'arrivée, l'heure de fin d'intervention, le nom du patient pour lequel ils interviennent.

Il s'avère que les médecins ne remplissent pas correctement ces carnets, se contentant de mentionner les dates et heures d'intervention. Aucun contrôle ne peut être effectué sur la réalité des interventions.

Au cours des prochaines semaines, cette informatisation va se développer, le CH souhaitant décentraliser la saisie des tableaux de service par les praticiens. Le déploiement du logiciel et la formation des praticiens doit se réaliser avant la fin 2014. La même démarche est également réalisée au CH de Saint Malo, les deux établissements disposeront des mêmes outils de gestion.

L'extension de l'informatisation va permettre une application facilitée des nouvelles mesures et un suivi facilité des temps de présence et d'absence des praticiens par l'AAH. Les missions de suivi confiées désormais au directeur par le nouveau texte nécessite de dégager du temps administratif pour accompagner la mise en œuvre des mesures et les suivis qui en découlent : tenue des registres de TTA, suivis du TTA réellement réalisé, valorisation des temps d'intervention au quadrimestre,

L'informatisation des tableaux de service, de la gestion des congés annuels, CET, actuellement assuré « manuellement » par l'AAH, permettra un suivi plus sécurisé, avec la possibilité pour les praticiens de consulter en direct leurs droits et consommation de congés, de temps de travail et surtout de dégager ce temps d'AAH pour le consacrer aux missions d'accompagnement, de contrôle des nouvelles organisations.

2.3 Les préconisations d'applications

Après analyse des modifications réglementaires et recueil d'éléments auprès d'autres établissements sanitaires, plusieurs préconisations peuvent être proposées pour bâtir le cadre d'application au sein du CH de Dinan.

Déterminer un calendrier de la mise en œuvre.

Un calendrier du déroulement des différentes opérations doit être déterminé. L'engagement de la démarche débutant en septembre 2014, l'objectif d'une mise en place des nouvelles modalités de fonctionnement des astreintes à compter du 1^{er} janvier 2015 semble réaliste.

En effet, les opérations de déploiement de l'informatisation de la gestion du temps de travail médical doivent s'engager sur le dernier quadrimestre. Cela comporte la formation des médecins aux nouveaux outils, les périodes de tests des saisies des tableaux avec la liaison avec les logiciels de paye qui doivent se tenir sur au moins deux mois pour permettre un réel contrôle des données et l'apport des éventuelles rectifications ou compléments de formation. Ce préalable d'informatisation est indispensable pour permettre le fonctionnement de l'organisation qui sera bâtie. Les disponibilités en personnel administratif de la DAM du CH de Dinan ne seront pas suffisantes pour absorber les conséquences des modifications de fonctionnement sans le développement de l'informatisation.

Durant cette même période, les différentes phases d'information des instances, de concertation avec les chefs de pôles, les praticiens doivent être réalisées.

Développer l'information et la concertation

Le CH de Dinan avait mené une première séance d'information lors de la parution du texte fin 2013. Cela avait abouti à l'intégration des nouvelles dispositions dans le guide « référentiel de gestion du temps de travail médical ».

Cependant, sans autre intervention depuis cette date, il est nécessaire de mener une série de réunions pour une information complète et détaillée de la communauté médicale. Une première réunion avec la CME avec un ordre du jour exclusif sur ce thème, aura l'objectif de construire un calendrier des réunions de la COPS, de la CME et du déroulement de la concertation dans les pôles.

Les missions confiées aux différents intervenants (COPS, chefs de pôles) devront être précisées : des lettres de missions seront établies avec la mention des objectifs poursuivis, des délais impartis et des personnels associés.

Pour mémoire, les missions que devra remplir la COPS portent sur :

- L'élaboration d'un contrat type de recours au TTA, opérationnel pour début novembre 2014 afin de permettre la campagne de signature avec les praticiens concernés,
- Après consultation des chefs de pôle, l'élaboration d'un règlement de fonctionnement des astreintes, opérationnel pour le 1^{er} janvier 2015.

Les missions des chefs de pôle porteront sur :

- La mise à plat des organisations médicales pour déterminer les besoins de recours au TTA, ceux-ci devraient être contenus dans les limites de l'existant, sauf situations particulières argumentées,
- La réflexion sur les modalités d'application du repos quotidien dans leur pôle, plus particulièrement après les astreintes de week-end ou de nuit, avec les éventuelles dérogations par service.

Formaliser le recours au TTA

La conclusion des contrats de recours au TTA devrait être menée à compter du mois de novembre pour aboutir au plus tard le 15 décembre 2014.

Il convient de souligner que l'établissement a peu, voire pas, de possibilités de pouvoir recruter des nouveaux praticiens du fait de l'absence de candidatures. Ce qui signifie que le CH ne sera pas en mesure de faire face aux nécessaires remplacements si les praticiens choisissent en majorité de récupérer ou d'intégrer dans leurs obligations de travail les temps effectués en TTA ou durant les astreintes. Les chefs de pôles sont cependant libres de proposer des organisations intégrant des récupérations, cependant celles-ci devront se faire à effectif constant et avec l'assurance du maintien du niveau d'activités.

Il conviendrait, par conséquent, d'encourager le choix des praticiens vers la rémunération ou le versement en CET de ce temps de travail supplémentaire.

L'établissement ayant peu de marge de choix, il devra intégrer ce surcoût dans ses prévisions budgétaires.

Une évaluation affinée du surcoût prévisionnel engendré pourra être établie selon les organisations qui seront arrêtées par les chefs de pôle et la CME. Cette évaluation pourra se baser sur les projections établies sur les astreintes réalisées sur les quadrimestres précédents.

Mettre en place une stratégie opérationnelle des nouvelles dispositions va s'avérer un exercice délicat pour ne pas casser l'équilibre existant dans l'activité médicale, pour que les modalités de mise en œuvre de ces apports bénéfiques aux conditions de travail ne deviennent pas pour les médecins des causes de dégradation desdites conditions d'exercice.

Conclusion

La publication de l'arrêté du 8 novembre 2013 est une indéniable avancée pour la reconnaissance du temps de travail effectué par le personnel médical, pour le respect de leurs conditions de travail et leur santé, un droit auquel tout salarié doit pouvoir prétendre.

Ces dispositions répondent-elles aux souhaits de la communauté médicale ? En partie, certainement pour ces motifs. Mais il n'est pas assuré que cette nouvelle réglementation réponde au souhait plus abstrait et plus diffus d'une reconnaissance et de la revalorisation de la place du médecin dans la hiérarchie sociale.

Les médecins doivent faire face à une ambivalence dans leurs revendications : être reconnus comme acteurs majeurs de l'hôpital, égaux du directeur, et demander à bénéficier des droits d'un salarié ordinaire, décomptant et récupérant toutes les minutes de son temps de travail.

L'application de ces dispositions va créer de nombreuses modifications dans l'organisation des hôpitaux, va nécessiter la mise à plat des organisations médicales, les praticiens devront accepter de prévoir, de planifier leurs activités et de rendre compte de leurs temps de présence et d'absence.

La réorganisation globale des hôpitaux se poursuit avec cet arrêté. Pour un établissement comme celui du CH de Dinan, c'est un nouveau challenge auquel il va falloir répondre pour pouvoir poursuivre son activité et satisfaire les besoins de son bassin de population, au sein de la CHT Rance Emeraude, encadré d'établissements publics et privés avec lesquels il entretient des liens de travail, qui vont aller en se renforçant mais dont il redoute également une trop grande emprise sur son activité.

Le CH de Dinan dispose d'atouts pour faire face à cette concurrence dans ce nouveau contexte, notamment une communauté médicale compétente, impliquée et attachée au fonctionnement de l'établissement et une attractivité géographique certaine.

Bibliographie

Textes réglementaires

Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, publié au Journal Officiel de l'Union européenne le 18/11/2003,

Décret 2012-1481 du 27 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé

Arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Avis motivé de la Commission Européenne du 26 septembre 2013 demandant à la France de respecter le droit des médecins hospitaliers à une limitation du temps de travail et à des périodes de repos minimales.

Instruction DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Articles dans revues professionnelles :

BELENFANT X, ROUX T. « la relation directeur-médecin ...ou les lectures de son voisin », Revue Hospitalière de France, novembre-décembre 2007, p.70-71,

BOUSQUIE F., HIANCE M.M., VENUTOLO F. « un projet social médical pour favoriser l'attractivité » RHF janvier-février 2014, p.59-62,

CALMES G., « Gestion du temps médical et remise en cause identitaire des médecins hospitaliers dans leur activité professionnelle (I) », DH Magazine, novembre-décembre 2009, p.18-19,

CALMES G., « Gestion du temps médical et remise en cause identitaire des médecins hospitaliers dans leur activité professionnelle (II) », DH Magazine, janvier-février 2010, p.28-29,

CALMES G., « Gestion du temps médical et remise en cause identitaire des médecins hospitaliers dans leur activité professionnelle (III) », DH Magazine, mars-avril 2010, p.30-31,

CLEMENT J.M., « Réflexions sur l'organisation médicale hospitalière (1^{ère} partie) », Le Bulletin Juridique du Praticien Hospitalier, novembre 2012, p. 12-16,

CLEMENT J.M., « Réflexions sur l'organisation médicale hospitalière (2^{ème} partie) », Le Bulletin Juridique du Praticien Hospitalier, décembre 2012, p. 12-16,

COPIN J.Y., « Réforme du temps de travail médical : pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué », Santé RH, février 2014, p. 9,

De POUVOURVILLE G., « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », Le journal de l'école de Paris du management, 2010/6, p. 22-29.

DREXLER A., MONDOLINI L. « Nouvelle gestion du temps de travail médical, quand le docteur devient ...horodateur » RHF janvier-février 2014, p.54-58

DUMON M., « Valorisation des métiers : Séduire par les conditions de travail », Revue Hospitalière de France, n°523, 2008

ESTRYN BEHAR M. et al. « Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail » Revue Française des Affaires Sociales, 2010, p. 27-52

GERVAIS J.B., Médecins/Directeurs, des salariés comme les autres ? DECISION SANTE, n°266,

GRIMALDI A., VALLANCIEN G. « Les paradoxes du médecin à l'hôpital » Les Tribunes de la santé, n°26, 2010

HAAS P.E., « Organiser le temps médical, c'est définir une vision collective de la répartition du temps à l'échelle d'un pôle et/ou d'un service », Santé RH, mai 2012, p. 14-16,

JOSSE F. « Hôpital, comment séduire les médecins. », DECISION SANTE, n°292, 2013

LEFEBVRE J., « Déontologie et indépendance en milieu hospitalier » SANTE RH, n°30, 2011,

ROIG ORCEL A. « Temps de travail : la France rattrape in extremis son retard au niveau européen. Impact sur le temps de travail médical » Revue Droit et Santé, janvier 2014,

VERAN O. « Jeunes médecins : une génération motivée. » Revue Hospitalière de France, n°520, 2008

YAHIA O., « Les nouveaux statuts des personnels médicaux » Santé RH, avril 2010, p. 8-13

Ouvrages :

CALMES G et al « Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital », Presses de l'EHESP, 2013, 127 pages

CAVALIER M.,et al. « Médecins, directeurs : un pacs pour l'hôpital ? vers un management hospitalier en partenariat. » Editions Eres, collection Action Santé, 2002, 158 pages,

Sites Internet d'acteurs de terrain (syndicats, médecins, ...)

Agences de presse :

- Hospimédia
 - 27/02/2014 : « temps de travail des praticiens hospitaliers : la FHF inquiète des conséquences de la nouvelle réglementation »
 - 10/03/2014 : « Avenir hospitalier s'inquiète de ne pas voir publiée la circulaire sur le temps de travail »
 - 14/03/2014 « la circulaire sur le temps de travail des PH sera soumise à évaluation semestrielle»
 - 04/04/2014 « les médecins demandent l'application de l'arrêté sur leur temps de travail dès le 1^{er} janvier 2014 » ;
- APM :

- 10/03/2014 « Application de l'arrêté sur le temps de travail des PH : controverse entre Avenir hospitalier et des conférences »
- 14/03/2014 « Application de l'arrêté sur la continuité des soins dans les hôpitaux : des inquiétudes persistent malgré des promesses de la DGOS ».

Fédération Hospitalière de France

- 27/09/2013 « Système de décompte du temps de travail des PH, « un chantier à ouvrir » selon la DGOS ».
- 30/09/2013 « L'Europe donne deux mois à la France pour respecter la législation sur le temps de travail des PH ».
- 02/04/2014 Motion du Conseil d'Administration « Les établissements publics de santé lancent un plan d'actions pour valoriser et renforcer leur attractivité envers les médecins et leur fidélisation ».

Ordre National des Médecins

- 26/06/2008 temps de travail des médecins

Magazine « What's up Doc »

- 11/06/2014 « Etre PH aujourd'hui, le choix d'une carrière accomplie ».
- 11/06/2014 « Modernisons les organisations de travail de notre système de santé ».
- 14/06/2014 « Etes-vous prêt(e) ? les nouveaux codes du recrutement médical »

Syndicat « Avenir Hospitalier »

- 31/08/2012 « Le temps de travail statutaire des médecins hospitaliers ».
- 31/08/2012 « La permanence des soins des médecins hospitaliers ».
- Les conséquences d'une crise démographique prévisible.

Etudes

DREES aout 2004 Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé

DREES aout 1999 Les écarts de revenus entre médecins salariés à l'hôpital

MEAH organisation du temps de travail des médecins – retours d'expériences

Rapports

FHF, « L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public »
Rapport final de la Commission Permanente de l'attractivité médicale, 2014

VERAN O., « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte, Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public », rapport pour le compte du groupe de travail parlementaire socialiste décembre 2013

ABOUD E., « Mission concernant la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public », Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative, 2009

ACKER D ; « Rapport sur les compte épargne temps des personnels médicaux et non médicaux dans les établissements publics de santé », Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2007

GEMINEL (Philippe), « Les praticiens hospitaliers. Portrait d'une profession. Etude sur le thème : "rôle, place et identité du praticien hospitalier", rapport, Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire. Direction des hôpitaux. 1993

Cour des Comptes, « Les personnels des établissements publics de santé » rapport public thématique, 2006

Mémoires :

PERSONENI E. « Pour l'émergence d'une nouvelle politique des ressources humaines médicales : des parcours professionnels individualisés au service d'une offre de soins territorialisée », EHESP, mémoire fin études directeur d'hôpital, 2010,

LE TOUZIC MEUNIER S. « L'hôpital de proximité face au défi de l'ARTT médical et de l'application des directives européennes : une nouvelle impulsion à la coopération ? » ENSP, mémoire fin études directeur d'hôpital, 2003

TACZANOWSKI M. « Les mutations de la profession de praticien hospitalier à travers l'aménagement et la réduction du temps de travail médical, évolutions sociologiques et implications managériales, l'exemple du centre hospitalier régional d'Orléans », ENSP, mémoire fin études directeur d'hôpital, 2005

Liste des annexes

Questionnaire type adressé aux établissements de santé publics

Résultats de l'exploitation des retours d'enquête :

- Synthèse des questionnaires transmis et des réponses reçues
- Etat des réponses reçues par question, selon la capacité en lits et places de l'établissement
- Etat des réponses par région sur 3 questions.

Enquête sur la mise en place des dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif au décompte du temps de travail des personnels médicaux.

Nombre de lits et places de l'établissement :

Dans votre établissement, quel est le nombre de praticiens participant (en nombre d'agents):

- aux gardes sur place :
- aux astreintes opérationnelles à domicile :
- aux astreintes de sécurité à domicile :

Disposez-vous de tableaux de service informatisés ? oui non en cours

- Avec quel logiciel ?
- La saisie est-elle décentralisée dans les services ? oui non

Avez-vous fait une information sur les changements apportés par l'arrêté du 8/11/2013 :

- individuellement à destination des praticiens oui non
- en CME oui non

Avez-vous mis en place un registre du temps de travail additionnel :

oui non En cours échéance prévue : _____

Avez-vous intégré le temps de déplacement dans le temps de travail ?

oui depuis quand ? _____
non échéance prévue : _____

Avez-vous conclu des contrats de recours au temps de travail additionnel :

- oui, avec tous les praticiens
- Non, aucun
- En cours échéance prévue pour la signature de tous les contrats : _____

Décompte du repos quotidien de 11h consécutives :

- L'appliquez vous à l'issue du dernier appel ? oui non
- Le repos est-il décompté avec un décalage ? oui non
- De combien de jours ? _____

Du fait des nouvelles règles de décompte du repos quotidien, avez-vous transformé des périodes d'astreintes à domicile en gardes sur place ? oui non

- Envisagez-vous de le faire ? oui non
- Pourquoi ? _____

La COPS a-t-elle proposé un règlement intérieur de fonctionnement des astreintes ?

oui non En cours échéance prévue : _____

Si oui, ce règlement a-t-il été validé

- par la CME : oui non En cours échéance prévue : _____
- par le directeur : oui non En cours échéance prévue : _____

Des échanges sur les modifications du décompte du temps de travail ont-ils eu lieu au sein de la C.R.P. ? oui non

Une concertation entre établissements pour harmoniser l'application des nouvelles dispositions a-t-elle lieu à l'échelon :

- du territoire de santé ? oui non
- de la région ? oui non

En vous remerciant du temps que vous avez bien voulu consacrer à renseigner ce questionnaire.

Synthèse des questionnaires transmis et des réponses reçues

Ensemble des régions		Capacité globale de l'établissement en lits et places							
		> 1500 lits		entre 1000 et 1500 lits		entre 300 et 1000 lits		< 300 lits	
		nbre d'établissements	nombre réponses	nombre d'établissements	nombre réponses	nombre d'établissements	nombre réponses	nombre d'établissements	nombre réponses
taux réponse	9,92%	37	6	50	14	353	29	336	28

Répartition par région		Capacité globale de l'établissement en lits et places							
		> 1500 lits		entre 1000 et 1500 lits		entre 300 et 1000 lits		< 300 lits	
		nbre d'établissements	nombre réponses	nombre d'établissements	nombre réponses	nombre d'établissements	nombre réponses	nombre d'établissements	nombre réponses
Alsace	3	1	1	0	4	1	16	1	
Aquitaine	1	0	3	0	13	0	21	2	
Auvergne	1	0	2	0	10	2	10	0	
Basse Normandie	1	0	2	2	12	1	11	0	
Bourgogne	1	0	1	0	16	1	18	3	
Bretagne	2	1	5	2	17	4	11	2	
Centre	2	1	3	1	17	4	15	1	
Champagne Ardennes	1	0	1	0	10	0	9	1	
Corse	0	0	0	0	2	0	4	0	
Franche Comté	0	0	2	0	5	0	11	2	
DOM	1	0	1	0	2	0	18	0	
Haute Normandie	2	0	2	0	8	0	14	2	
Ile de France	2	1	5	1	68	2	6	0	
Languedoc Roussillon	2	0	2	2	11	1	15	0	
Limousin	1	0	0	0	9	1	5	1	
Lorraine	2	1	1	0	12	1	14	0	
Midi Pyrénées	2	0	1	0	19	1	25	1	
Nord Pas de Calais	3	0	2	1	20	0	14	1	
PACA	1	0	3	1	26	4	23	2	
Pays de Loire	3	1	2	2	20	1	13	3	
Picardie	1	0	1	0	14	1	15	1	
Poitou charentes	2	0	2	1	10	0	9	0	
Rhone Alpes	3	0	8	1	28	4	39	5	

Etat des réponses reçues par question et par capacité d'établissement

Ensemble des régions		Capacité globale de l'établissement en lits et places								observations
		> 1500 lits		entre 1000 et 1500 lits		entre 300 et 1000 lits		< 300 lits		
		nbre d'établissements enquêtés	nombre réponses	nombre d'établissements enquêtés	nombre réponses	nombre d'établissements enquêtés	nombre réponses	nombre d'établissements enquêtés	nombre réponses	
taux réponse	9,92%	37	6	50	14	353	29	336	28	
Non concerné (recours à des médecins libéraux ou mis à disposition par un autre CH)			0		0		2		16	
informatisation des tableaux de service	en place		3		9		14		0	
	en projet		1		2		2		2	
	la saisie est décentralisée		3		9		12		0	
	non informatisés		2		3		11		9	
information sur les modalités de l'arrêté du 8/11/2013	individuelle		0		5		10		2	
	en CME		5		10		18		4	
	pas d'information ou sans réponse		1		2		9		8	
Registre de TTA	en place		0		0		4		0	
	prévu		5		9		5		2	
	non mis en place		1		4		18		10	
	sans réponse		0		1		0		0	
intégration du temps de déplacement dans le temps de travail	oui		0		2		4		1	
	non		6		11		23		11	
contrats de recours au TTA	signé avec tous les praticiens		0		1		2		0	
	aucune signature		1		4		16		10	
	signatures en cours		5		9		8		1	
	sans réponse		0		0		1		1	
Repos quotidien de 11h consécutives	appliqué à l'issue du dernier appel		0		2		1		3	
	appliqué avec un décalage		0		1		3		2	
	non appliqué		4		8		20		7	
	sans réponse		2		3		3		0	
transformation d'astreintes en gardes sur place	réalisées		0		0		0		0	
	en projet		3		3		3		0	
	non envisagée		3		11		23		11	
Règlement intérieur de fonctionnement des astreintes	proposé par la COPS		0		0		6		0	
	en cours		6		11		12		5	
	validé par CME		0		0		3		0	
	validé par le directeur		0		0		3		0	
échanges en CRP	oui		2		2		3		0	
	non		1		3		17		9	
	sans réponse		3		8		7		3	
La concertation	existe au niveau du territoire de santé		2		2		4		0	
	existe au niveau régional		4		8		14		4	
	pas de concertation connue		1		5		13		6	
	sans réponse		1		0		0		2	

Etat des réponses par région sur trois questions

Région	Repos quotidien de 11h consécutives				contrats de recours au TTA				Règlement intérieur de fonctionnement des astreintes			
	appliqué à l'issue du dernier appel	appliqué avec un décalage	non appliqué	sans réponse	signé avec tous les praticiens	aucune signature	signatures en cours	sans réponse	proposé par la COPS	en cours	validé par CME	validé par le directeur
Alsace	0	0	2	0	0	2	0	0	0	2	0	0
Aquitaine	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Auvergne	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Basse Normandie	0	0	3	0	0	1	2	0	0	2	0	0
Bourgogne	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1
Bretagne	0	1	4	1	0	4	2	0	1	3	1	1
Centre	1	1	3	1	0	3	3	0	2	2	1	1
Champagne Ardennes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Corse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Franche Comté	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0
DOM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haute Normandie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ile de France	0	0	2	2	0	3	1	0	0	3	0	0
Languedoc Roussillon	2	0	1	0	1	0	2	0	1	2	0	0
Limousin	0	0	2	0	0	0	0	2	0	2	0	0
Lorraine	0	0	1	1	0	0	2	0	0	2	0	0
Midi Pyrénées	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Nord Pas de Calais	0	0	1	1	0	1	1	0	0	2	0	0
PACA	0	1	4	1	1	3	2	0	1	3	0	0
Pays de Loire	0	0	4	1	1	2	2	0	0	3	0	0
Picardie	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Poitou charentes	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Rhone Alpes	1	1	6	0	0	6	2	0	0	3	0	0
Total France	6	6	39	8	3	31	23	2	6	34	3	3

<NOM>	<Prénom>	<Date du jury>
Attaché d'Administration Hospitalière Promotion 2014		
Temps de travail des personnels médicaux : quelle application de l'arrêté du 8 novembre 2013 ? Exemple du Centre Hospitalier de Dinan		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE		
<p>Résumé :</p> <p>Transposition d'une directive européenne, l'arrêté du 8 novembre 2013 modifie l'organisation et l'indemnisation de la permanence et de la continuité des soins dans les établissements publics de santé. Les objectifs de cet arrêté sont d'améliorer les conditions de travail des médecins et la sécurité des soins.</p> <p>Cependant, l'application des dispositions de cet arrêté génère de nombreuses inquiétudes des établissements hospitaliers, qui s'interrogent sur la faisabilité de sa mise en œuvre.</p> <p>En effet, désormais les temps de travail et de trajet réalisés au cours des astreintes sont valorisés et peuvent être récupérés ou rémunérés, un droit au repos quotidien est garanti à l'issue du dernier appel, contractualisation du recours au temps de travail additionnel sur la base du volontariat ... Ces mesures impactent fortement le fonctionnement de l'hôpital. Les chefs de pôles doivent analyser et repenser les organisations médicales pour intégrer ces modifications.</p> <p>L'application de cette réglementation au Centre Hospitalier de Dinan nécessite une réflexion approfondie pour que le surcoût de ces mesures n'entraîne pas des conséquences budgétaires insoutenables.</p>		
<p>Mots clés :</p> TEMPS DE TRAVAIL MEDICAL, INDEMNISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS, ETABLISSEMENT PUBLIC, REPOS QUOTIDIEN, CONTRACTUALISATION, TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL.		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		