



EHESP

Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2014 - 2016**

Date du Jury : **décembre 2015**

**La gestion du temps de travail
médical : vers une contractualisation
avec les pôles ?**

**Une analyse de l'arrêté du 8 novembre 2013
relatif à l'organisation et l'indemnisation de la continuité
des soins dans les établissements de santé**

Jean-François BESSET

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a constitué une source d'enrichissement et une première excursion dans le monde exigeant des études juridiques. Il m'a permis d'aller à la rencontre de nombreuses personnes. Quelles en soient toutes remerciées. Plus particulièrement, je souhaite remercier ici :

- Mme Sabine DUPONT, Directrice des Ressources Humaines et des Affaires médicales des HUPNVS, maître de stage pour m'avoir permis d'identifier ce sujet et encourager à en poursuivre l'étude en dépit de mes doutes ;
- Mme Marie-Laure MOQUET-ANGER, Professeur à l'Université Rennes 1, qui a encadré une première version de ce mémoire dans le cadre du Master 2 Droit Santé Ethique
- M. François CREMIEUX, Directeur général des HUPNVS et toute l'équipe de direction pour l'accueil qui m'a été fait au cours de ces dix mois de stage ;
- L'ensemble des médecins et des personnes au siège et dans les établissements de l'AP-HP rencontrés au cours de ce stage et à l'occasion des différents entretiens menés pour ce mémoire.
- M. Tony LOISEAU et son équipe du Bureau du personnel médical, avec une mention spéciale à Patricia CUROT et Safiatou FADIGA pour leur disponibilité à mes nombreuses questions ;
- Jérôme HUC, élève directeur d'hôpital aux HUPNVS pour sa lecture critique et son œil aguerri en droit public ;
- Jean-Michel LACROIX, Nicolas VALOUR et Matthieu WAYSMAN, élèves directeur d'hôpital et co-aventuriers du master 2 droit santé éthique ;

Sommaire

Introduction	1
1 La réforme des astreintes, un défi posé à l'obligation de continuité des soins ..	7
1.1 La réaffirmation du temps d'astreinte comme un temps de travail effectif.....	7
1.1.1 Le principe de continuité des soins n'est pas un principe absolu.....	7
1.1.2 Un temps de travail médical organisé autour des notions d'obligation de service et de temps de travail additionnel.....	13
1.1.3 Le droit au repos des praticiens hospitaliers remet-il en cause la continuité des soins ?.....	17
1.2 Le temps d'astreinte, un temps hybride	21
1.2.1 L'astreinte, variable d'ajustement de la mise en place de la réforme de l'aménagement et de la réduction du temps de travail.....	21
1.2.2 Une mise en œuvre entourée d'incertitudes	25
2 De la nécessité de trouver un cadre permettant d'assurer la continuité des soins tout en conservant la souplesse inhérente à l'activité médicale : l'enjeu de la contractualisation interne	33
2.1 Une atteinte excessive aux droits des praticiens génère un important contentieux	33
2.1.1 L'organisation du service est du ressort du directeur d'établissement assisté de la COPS	34
2.1.2 La gestion du temps médical, source d'un important contentieux.....	38
2.2 La voie de la contractualisation interne.....	43
2.2.1 Une contractualisation conduisant à une délégation de gestion aux pôles hospitaliers.....	43
2.2.2 Champ obligatoire de la contractualisation interne, la gestion du temps médical impose de redéfinir le rôle de l'équipe de direction.....	50
Conclusion	55
Bibliographie	I
Liste des annexes	IV

Liste des sigles utilisés

AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
CCA-AHU	Chef de Clinique des universités Assistant des hôpitaux – Assistant Hospitalier Universitaire
CDBF	Cour de Discipline Budgétaire et Financière
CET	Compte Epargne Temps
CJCE	Cour de Justice des Communautés Européennes
CME	Commission Médicale d'Etablissement
COPS	Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins
CSP	Code de la Santé Publique
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DOMU	Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ETPR	Equivalent Temps Plein Rémunéré
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
HUPNVS	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IS	Indemnité de Sujétion
ISNAR-IMG	Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
MCI-PH	Maître de conférences Universitaire – Praticien Hospitalier
OS	Obligations de Service
PADHUE	Praticiens A Diplôme Hors Union Européenne
PDS	Permanence des Soins
PDSA	Permanence des Soins Ambulatoires
PDSSES	Permanence des Soins en Etablissement de Santé
PH	Praticien Hospitalier
PHC	Praticien Hospitalier Contractuel
PU-PH	Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
RTT	Réduction du Temps de Travail
SNPHAR – E	Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs Elargi
SROS	Schéma Régional de l'Offre de Soins
TTA	Temps de Travail Additionnel
T2A	Tarifcation A l'Activité

Introduction

Temps de travail additionnel, temps d'astreintes, gardes étaient jusque récemment réglementés de manière à permettre une flexibilité de la gestion de son temps de travail par le médecin. L'objectif de la réforme introduite par l'arrêté du 8 novembre 2013 ¹ est double : renforcer le contrôle formel du temps de travail additionnel et vérifier que la santé et la sécurité des praticiens sont préservées.

C'est la Commission européenne qui a contraint la France à modifier 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 personne âgées dépendantes. L'article 6 de la Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail fixe la durée maximale de travail pour chaque période de sept jours à 48 heures, y compris les heures supplémentaires ainsi qu'un repos journalier de 11 heures qui s'ajoute à un repos hebdomadaire au cours d'une période de sept jours, d'au moins 24 heures sans interruption. Toutefois, l'article 22 de la même directive prévoit une clause dite de « opt out », c'est-à-dire qu'elle donne aux Etats membres la faculté de ne pas appliquer l'article 6 à condition que les principes généraux de la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs soient respectés et que des mesures soient prises à cet effet. L'employeur doit ainsi obtenir le consentement du travailleur pour dépasser les 48 heures hebdomadaires et le travailleur ne subir aucun préjudice du fait de son refus. Par ailleurs, l'employeur doit tenir une comptabilité précise de ce temps de travail supplémentaire.

Sur la base de ces éléments, la France a fait l'objet d'une procédure précontentieuse de la Commission européenne. En effet, les conditions de recours à l'opt-out ne répondaient pas aux exigences mentionnées à l'article 22 de la directive européenne et notamment aux conditions précisées précédemment. En outre, les pratiques suivies dans les hôpitaux publics font que les médecins appelés la nuit pour des

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 personne âgées dépendantes a été publié le 17 novembre 2013 au Journal officiel de la République française n°267.

urgences après leurs heures de travail normales sont parfois empêchés de profiter d'une période de repos adéquate avant de reprendre le travail.

Prenant acte de ces griefs, l'arrêté du 8 novembre 2013 a modifié l'arrêté du 30 avril 2003 sur 3 points² :

- Il intègre le temps passé en astreintes et le temps des déplacements afférents dans le temps de travail effectif provoquant un changement des modalités d'indemnisation des astreintes ;
- Il reconnaît un droit au repos garanti pour les praticiens à l'issue de leur dernier déplacement en astreinte au nom « des impératifs de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs »;
- Il oblige à un meilleur suivi de décompte individuel des obligations de service en exigeant la mise en place de registres du temps travaillé.

Toutefois, un ultime rebondissement est venu perturber cette progressive reconnaissance du temps de travail en astreinte. Par un arrêt du 27 juillet 2015 et en s'appuyant sur le fondement de l'article L. 6152-6 du Code de la Santé publique, le Conseil d'Etat a déclaré entachées d'incompétences les dispositions emblématiques de l'arrêté du 8 novembre 2013 que nous venons de citées, au motif qu'elles ne respectent pas la hiérarchie des normes. D'une part, seul un décret en Conseil d'Etat peut prévoir des dispositions à caractère statutaires. Il en va ainsi de la définition du temps de travail effectif, des repos auxquels ont droit les praticiens. D'autre part, l'arrêté est entaché d'excès de pouvoir pour un certain nombre de ses dispositions qui relèvent des compétences du directeur d'établissement et de la CME³. Ainsi, le Conseil d'Etat a annulé pour des raisons de compétence de l'auteur de l'arrêté. Les dispositions de fond ne sont pas remises en cause. Il appartient donc au premier ministre, autorité disposant du pouvoir réglementaire de reprendre les dispositions par voie de décret et répondre ainsi à cette obligation du droit de se mettre en règle par rapport au droit de l'Union européenne, les directives européennes devant être transposées en droit français.

Ce dernier évènement montre une fois de plus que la réforme du temps de travail médical est un processus au long court. Elle se traduit également par une réforme du temps de travail des internes et du temps continu des médecins urgentistes⁴. Elle s'inscrit

² Voir annexe 2 : tableau récapitulatif des avancées introduites par l'arrêté du 8 novembre 2013.

³ CE, 27 juillet 2015, n°374687.

⁴ Le travail ici développé ne porte que sur le contenu et les conséquences de l'arrêté du 8 novembre 2013. Il n'aborde la réforme du temps des internes et celle du temps continu des urgentistes qui s'inscrivent dans le même mouvement que sur le plan du contexte. Pour le temps de travail des internes, se référer au décret n°2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes, JORF n°0050 du 28 février 2015. Pour le temps de travail des médecins

dans la droite ligne du décret du 27 décembre 2012 relatif au compte-épargne temps des médecins⁵. Ce décret fait de la gestion du temps médical un champ obligatoire de la contractualisation interne et du chef de pôle le véritable pilote de l'organisation médicale du pôle. Cette responsabilisation nouvelle des chefs de pôle avait déjà été reconnue par le décret du 29 septembre 2010 relatif aux personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologues hospitaliers⁶ qui leur octroyait un rôle en matière de gestion du champ médical⁷. Elle se traduit par des délégations de gestion et la signature de contrats de pôle entre direction et responsables médicaux. Le législateur, en promouvant la contractualisation interne, tente de concilier cet impératif avec la souplesse inhérente au métier de praticien hospitalier.

La santé financière des hôpitaux étant aujourd'hui fragile, la réforme du temps médical doit aussi compter avec une autre injonction peu conciliante : la recherche de l'efficacité économique, devenue l'alpha et l'oméga des réformes hospitalières. Martin Hirsch, Directeur Général de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) présente la réforme de l'organisation du temps de travail comme une source d'efficacité économique⁸ au sens ou l'entend Posner : maximisation des richesses et réduction des coûts sociaux⁹.

Dans le champ du temps de travail, le temps d'astreinte (qui concerne 60 % du personnel médical¹⁰) pâtit d'un statut hybride. Souvent confondue avec la permanence (la garde) qui oblige le médecin à être présent sur son lieu de travail, l'astreinte n'est pas incluse dans le temps de travail effectif de celui qui l'effectue. Une journée ou une nuit d'astreinte est une période pendant laquelle un travailleur doit pouvoir intervenir sur son lieu de travail. Pour pouvoir intervenir rapidement, la personne d'astreinte doit rester chez

urgentistes, se référer à la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences SAMU SMUR.

⁵ Décret n° 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, JORF n°0303 du 29 décembre 2012.

⁶ Décret n° 2010-1141 du 29 septembre 2010 relatif aux personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers, JORF n°0227 du 30 septembre 2010.

⁷ DREXLER Armelle, Gestion des comptes épargne-temps médicaux version 2013 : le « choc de simplification n'aura pas lieu... », Revue hospitalière de France, n°551, mars-avril 2013.

⁸ Martin Hirsch, 6 mai 2015, propos d'ouverture des discussions sur l'organisation du temps de travail à l'AP-HP : « *De nouvelles organisations du travail peuvent contribuer à l'efficacité, en générant moins de RTT, en alimentant moins les comptes épargne temps, en pouvant réduire le recours aux mensualités de remplacement et à l'intérim, en réduisant le recours aux indemnités de retour à l'emploi, en renforçant notre activité. Une part de cette efficacité doit être consacrée aux contreparties bénéficiant aux personnels. Je suis disposé à ce que cela se fasse sur une base contractualisée, avec des engagements financiers de notre part sur la part que nous pourrions consacrer à l'amélioration des conditions et de la qualité du travail, avec des engagements concrets, thème par thème, mesure par mesure, année par année* ».

⁹ PORTUESE Aurélien, Le principe d'efficacité économique dans la jurisprudence européenne, thèse de doctorat en droit, Université Panthéon-Assas, 2012

¹⁰ BOISGUERIN Bénédicte, BRIHAULT Gwennaëlle (coordination), Le panorama des établissements de santé, édition 2014, DRESS, collection Etudes et statistiques

elle ou se tenir à proximité de son lieu de travail. Ni temps de travail dès lors qu'elle n'est pas déplacée, ni temps de repos dans la mesure où la personne qui l'effectue doit être disponible et en capacité de se mobiliser très rapidement, l'astreinte se définit donc comme un temps hybride reconnu explicitement par le juge administratif¹¹. Pour remédier à cette situation qui prête à confusion dans les établissements, l'arrêté du 8 novembre 2013 offre des garanties nouvelles et impose un encadrement et une traçabilité plus stricts de ce temps indispensable à la continuité des soins dans les établissements de santé. Ce faisant, il approfondit la difficile coexistence d'un temps médical de plus en plus compté et contraint avec l'indispensable souplesse du métier médical sujet à l'imprévisible.

C'est l'objet de ce travail. A travers les évolutions entérinées par l'arrêté du 8 novembre 2013, comment concilier davantage de droits garantis pour les praticiens hospitaliers et l'obligation de continuité de service public, et ce, dans un contexte marqué par l'impératif d'efficience économique auquel doivent se soumettre aujourd'hui les établissements publics de santé ? A quelles conditions, le développement de la contractualisation interne pourrait-il permettre de mieux ajuster ces différentes injonctions ?

Cette interrogation touche à deux enjeux dont les établissements de santé doivent s'emparer afin que l'arrêté du 8 novembre 2013 et la réforme dont il est porteur puisse être effective :

- Un enjeu en matière de responsabilité d'abord. Avec les registres de temps travaillés, le contrôle du temps de travail additionnel est formalisé. Par ailleurs, la responsabilité de l'établissement dans la garantie apportée au praticien du respect de son « repos quotidien après la fin du dernier déplacement » ne peut être minimisée. Elle sera engagée en cas d'accident médical suite à un acte chirurgical réalisé le lendemain d'une astreinte, durant un temps qui aurait du être consacré au repos quotidien du praticien. Comment, pour le directeur d'hôpital mettre en œuvre cette obligation de résultat ?
- Un enjeu en matière d'organisation, ensuite. Il n'est pas certain que les responsables médicaux se saisiront spontanément de ces évolutions en matière de temps de travail médical. Le directeur d'établissement sera-t-il alors contraint de les mettre en œuvre lui-même ? Pour y répondre, il est nécessaire d'étudier les impacts de l'arrêté du 8 novembre 2013 sur l'obligation de continuité du service

¹¹ Conseil d'Etat, 26 février 2001, n°220530

public hospitalier, mais également la voie de la contractualisation interne dans laquelle le texte invite à s'engager davantage.

Ce travail et les analyses qu'il produit ont eu pour cadre le groupe hospitalier Hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine (HUPNVS), lieu d'un stage réalisé de mars à novembre 2015. Celui-ci s'est déroulé notamment au bureau du personnel médical, offrant ainsi une proximité avec la problématique traitée. Des entretiens ont, par ailleurs, été menés avec des médecins responsables des Commissions de permanence des soins centrale (AP-HP) et locale, des chefs de pôle et de service ainsi que plusieurs membres de l'équipe de direction¹².

L'hypothèse que nous défendrons est que la réforme progressive du temps médical, que l'on fera débiter à la fin des années 1990 avec l'instauration d'un repos de sécurité suite aux gardes et la mise en place des 35 heures à l'hôpital, ne peut se faire sans que soit réinterrogé le rôle des équipes de direction.

Pour ce faire, le développement se fera en deux parties :

- La partie 1 intitulée « La réforme des astreintes : un défi posé à l'obligation de continuité des soins » permettra de mesurer la portée de cette réforme notamment dans le fait qu'elle réaffirme le temps d'astreinte comme un temps de travail effectif et qu'elle reconnaît le droit au repos garanti. Cette partie nous conduira à émettre quelques doutes sur la mise en œuvre de la réforme compte tenu du maintien de certains flous en matière de définition du temps de travail médical.
- La partie 2 est intitulée « De la nécessité de trouver un cadre permettant d'assurer la continuité des soins tout en conservant la souplesse inhérente à l'activité médicale : l'enjeu de la contractualisation interne ». Faute de parvenir à concilier les deux impératifs que sont la continuité des soins et le droit des médecins hospitaliers au repos après le dernier déplacement d'astreinte, les établissements s'exposent à un important contentieux. La mise en œuvre de la contractualisation interne, à laquelle l'hôpital peut être aujourd'hui encore réticent, nécessite de nouvelles pratiques de gestion dont la finalité unique ne soit pas d'imposer des objectifs de rationnement des ressources.

¹² Voir annexe 1 pour une description plus détaillée des HUPNVS.

METHODOLOGIE

L'analyse qui est proposée dans ces pages a été réalisée à la fois dans le cadre de la scolarité à l'EHESP et dans celui du Master 2 Droit Santé Ethique de l'Université Rennes 1. Il est donc d'abord le fruit d'une étude minutieuse des textes législatifs et réglementaires ainsi que de la jurisprudence, complété par la littérature spécialisée. Il s'appuie en second lieu sur des données mises à disposition par le bureau du personnel médical des Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine.

Des entretiens ont, par ailleurs, été menés auprès de différents personnels de direction, médecins et soignants, mais aussi de responsables des instances centrales de l'AP-HP et locales sans grille d'entretien type ou questionnaire préparé. Un benchmark avec les outils de gestion du personnel médical des Hôpitaux Universitaires Paris Sud a également été réalisé.

Ce sujet a été à plusieurs égards au centre du second stage hospitalier. Positionné au Bureau du personnel médical, j'ai pu prendre la mesure de la gestion au jour le jour du personnel médical. C'est souvent de cette confrontation quotidienne à la gestion de proximité que les difficultés juridiques et organisationnelles me sont apparues.

Au-delà de cette vision quotidienne, un dossier relatif à la construction de ratios médico-économiques concernant le personnel médical m'a été confié. Il a consisté à fiabiliser les données issues du contrôle de gestion en local et de suivre la construction par le siège de l'AP-HP d'indicateurs médicalisés. Cette étude m'a permis de mesurer le chemin qui reste à faire pour que la gestion du personnel médical puisse faire l'objet d'une véritable déconcentration au niveau des pôles.

1 La réforme des astreintes, un défi posé à l'obligation de continuité des soins

Le régime juridique du service public est organisé autour de trois grands principes: continuité, égalité, mutabilité. Le premier est celui qui nous intéresse ici. Il constitue un des aspects de la continuité de l'État et a été qualifié de principe constitutionnel par le Conseil constitutionnel (1979). Il repose sur la nécessité de répondre aux besoins d'intérêt général sans interruption. Cependant, selon les services, la notion de continuité n'a pas le même contenu (permanence totale pour les urgences hospitalières, horaires prévus pour d'autres).

En réaffirmant que le temps d'astreinte déplacé est un temps de travail effectif, l'arrêté du 8 novembre 2013 tente de concilier obligation de la continuité des soins et un meilleur encadrement du temps de travail des praticiens (Chapitre 1). Ce faisant, le statut hybride de ce temps de travail spécifique qu'est l'astreinte est maintenu, rendant plus complexe la mise en œuvre du nouveau dispositif (chapitre 2).

1.1 La réaffirmation du temps d'astreinte comme un temps de travail effectif

Les organisations médicales doivent concilier une double préoccupation : fixer un cadre permettant d'assurer la continuité des soins (section 1), tout en conservant la souplesse inhérente à l'activité médicale et son caractère imprévisible (section 2).

1.1.1 Le principe de continuité des soins n'est pas un principe absolu

Même si la continuité des soins est un devoir et une obligation pour les praticiens et les établissements publics de santé (A), elle n'est pas un principe absolu (B). En outre, bien que souvent nécessaire, la permanence des soins n'est pas une obligation générale notamment eu égard aux les établissements privés (C).

A) Un devoir pour le médecin, une obligation pour l'établissement de santé

Le Code de la santé publique fait obligation aux établissements assurant le service public hospitalier de mettre en oeuvre et de concourir à la prise en charge de l'urgence et de la permanence des soins aux patients. Selon l'article L.6112-2 du code de Santé publique, les établissements de santé assurant le service public hospitalier « *doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement* ». La permanence des soins se décrit donc comme l'obligation légale pour tous les services de soins d'assurer la prise en charge des patients hospitalisés.

Il existe toutefois une confusion entre continuité des soins et permanence des soins. Dans son article 1, l'arrêté du 30 avril 2003 précise que la continuité des soins et la permanence pharmaceutique est dénommée « permanence des soins » ajoutant que « *l'organisation des activités médicales, pharmaceutiques et odontologiques comprend un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins, pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, sous forme de permanence sur place ou par astreinte à domicile* ».

Le Code de déontologie médicale définit de manière plus précise les sujétions imposées au corps médical pour permettre l'application de ce principe. Dans son article 77, le code fait de la participation aux services de garde de jour et de nuit une obligation. La permanence des soins implique donc tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice : libéral, hospitalier ou salarié et quelle que soit leur spécialité médicale, dès lors qu'ils ont une pratique dans le domaine du soin. Toutefois, alors que dans l'exercice libéral, hors établissement, les médecins satisfont à ce devoir sur la base du volontariat¹³ et de la confraternité, les médecins hospitaliers ne sont pas libres des modalités de leur participation¹⁴.

Les professionnels interrogés, quant à eux, distinguent bien continuité des soins et permanence des soins. Ils rejoignent en cela la distinction opérée par le Code de Santé publique. Celui-ci dispose que dans les établissements publics de santé, la continuité de service se matérialise de deux manières :

- d'une part, par la continuité des soins : reprenant le code de déontologie, l'article R4127-47 du CSP dispose que « *quelles que soient les circonstances, la*

¹³ Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins, JORF n°0163 du 17 juillet 2010.

¹⁴ Article 9 C de l'arrêté du 30 avril 2003 : « Les médecins, biologistes et odontologistes ne peuvent s'exonérer de la responsabilité médicale de la continuité des soins ; les pharmaciens ne peuvent s'exonérer de la responsabilité de l'organisation de la permanence pharmaceutique ».

continuité des soins aux malades doit être assurée. (...) S'il [le médecin] se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

- d'autre part, par la permanence des soins qui se caractérise par l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins d'urgence les nuits, les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés.

La permanence des soins : question de définition

La permanence des soins hospitalière telle que l'entend l'arrêté du 30 avril 2003, dans son article 1, relève de la continuité des soins que chaque établissement se doit d'organiser pour garantir un service 24 h sur 24 auprès des patients déjà hospitalisés. Elle est à distinguer :

- de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) assurée nuit, weekends et jours fériés par des médecins exerçant en cabinet, par des associations de praticiens constituées spécialement à cet effet. Elle consiste à disposer, au besoin à domicile, d'un recours médical rapide et de proximité lorsque l'on est brusquement malade.
- de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) qui se caractérise par l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins d'urgence les nuits, samedis après-midi, dimanches et jours fériés.

L'important rapport Descours de 2003, relatif à la permanence des soins, aborde la question de la distinction entre continuité et permanence des soins¹⁵ : « *La permanence des soins n'est pas la continuité des soins, obligation déontologique imposée par l'article 47 du code de déontologie médicale, au praticien envers sa patientèle* ». Ce rapport et le thème de la permanence des soins ont fait l'objet de larges commentaires lors d'un colloque organisé sur le sujet par l'Association française de droit de la santé (AFDS) et publié à la Revue générale de droit médical (RGDM) en 2006. Synthétisant les travaux du colloque, Marie-Laure Moquet-Anger revient sur cette distinction fondamentale : « *La*

¹⁵ Ch. DESCOURS et alii, *Rapport relatif à la permanence des soins*, remis le 22 janvier 2003 à J.-F. Mattei, ministre de la Santé. Le rapport Descours a été commandé dans le contexte du mouvement de grève des gardes, lancé en 2001, qui avait abouti, après un conflit long, au retrait, en 2002 de l'obligation de garde du code de déontologie de la profession médicale et son remplacement par un système collectif fondé sur la volontariat. Les racines de ce changement radical sont à rechercher dans l'explosion de la demande de soins, l'inégalité entre médecins généralistes sur qui la garde, non rémunérée, reposait essentiellement et médecins spécialistes, les problèmes de démographie médicale et les aspirations des nouvelles générations de médecins à moins de contraintes.

permanence des soins doit être distinguée de la continuité des soins, tant en raison de la source de l'obligation que de sa finalité ». Si la continuité est d'origine déontologique et s'impose aux médecins comme un devoir envers les patients, « *la permanence des soins est une notion beaucoup plus récente qui puise sa source dans la partie législative du Code de la Santé publique (...) Dès lors, la continuité des soins repose sur une règle d'exercice professionnel, la permanence des soins sur une législation de santé publique*¹⁶ ». Cette distinction apparaît également du point de vue des finalités : « *la continuité des soins est l'obligation faite au médecin de s'assurer que le patient bénéficie, au regard de son état de santé, des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, soit en exécutant lui-même les actes nécessaires soit en faisant appel à des tiers compétents ou en confiant le patient à ces tiers* ». Une obligation individuelle donc, alors que la permanence des soins relève « *d'une obligation collective permettant d'assurer à l'ensemble de la population l'accès à tout moment à un service de santé ou à un professionnel de santé, quel que soit l'endroit du territoire*¹⁷ ».

Continuité et permanence des soins doivent également être rapportées à la notion de continuité du service public. La loi HPST de 2009 a retiré la mention de service public hospitalier (SPH) la remplaçant par celle de missions de service public, listée à l'article L6112-1 du Code de la santé publique. Ces dernières peuvent être réalisées aussi bien des établissements publics de santé que par des établissements privés moyennant le respect des obligations de service public comme l'application de tarifs opposables. La permanence des soins est une des 14 missions de service public fixées par la loi. La continuité de service public résulte, selon les lois dites de Rolland, « de la notion même de service public et de l'intérêt général qui en constitue le but »¹⁸. Le service public doit présenter une continuité dans le temps et dans l'espace. La permanence des soins constitue donc un moyen pour assurer dans ces deux dimensions un service public de la santé¹⁹.

¹⁶ M.-L. MOQUET-ANGER, « Rapport de synthèse », in « La permanence des soins », *Revue Générale de Droit médical*, n° spécial coordonné par J.-M. CLEMENT et G. MEMETEAU, 2006.

¹⁷ M.-L. MOQUET ANGER, *op. cit.*, p. 126. Maxence CORMIER, « Permanence des soins et établissements de santé », *Revue Générale de Droit médical, La permanence des soins*, n° spécial, 2006.

¹⁸ R. CHAPUIS, droit administratif, Montchrétien, 15^{ème} édition

¹⁹ F. VIALLA, « Prolégomènes sur les notions de permanence des soins, de continuité des soins et de continuité du service public », *Revue Générale de Droit médical, La permanence des soins*, n° spécial, 2006. L'auteur rappelle que la continuité de service public est présente dans le Code de Santé publique à l'article R.1223-13 à propos des établissements de transfusion sanguine : « *Tout établissement de transfusion sanguine assure la continuité du service public transfusionnel* ». Cette continuité prend la forme d'une permanence : « *pour les activités de distribution, de délivrance, de conseil transfusionnel et, le cas échéant, de laboratoire d'immuno-hémétologie, une permanence, par garde ou astreinte, est assurée vingt-quatre heures sur vingt-quatre par l'établissement de transfusion sanguine* ».

B) Un principe non absolu

Comme le précise François Vialla, la continuité des soins doit, toutefois, être détachée du principe de continuité des services publics : « *La continuité des soins détachée du service public dépasse le devoir de l'Etat pour être liée à l'état de soignant, puis à celui de patient. La continuité des soins se pose alors avant tout en termes de devoir, voire d'obligation, ceux des acteurs de santé, des professionnels œuvrant dans le système de santé. Elle constitue d'abord un devoir ancestral et intemporel du soignant : elle n'est plus liée à l'Etat, mais consubstantielle à l'état de médecin et plus largement d'acteur de santé avant de devenir un droit du patient*²⁰ ».

Le code de déontologie, repris à l'article R4127-47 du CSP dispose que, « *hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* ». La jurisprudence limite également la portée du principe de continuité des soins à la garantie de qualité des soins et au caractère urgent de l'acte médical à réaliser. La continuité des soins ne saurait justifier les dépassements de seuil d'activité dès lors que la preuve de l'urgence de l'intervention médicale à l'origine du dépassement n'est pas rapportée. Dans ce cas, le médecin ou l'établissement doivent orienter des patients vers d'autres praticiens sans omettre d'en expliquer les raisons aux patients. De même, le respect de la liberté de choix du patient de s'adresser au professionnel de son choix, ne fait pas obligation à ce dernier d'accepter toute nouvelle demande de soins²¹. Enfin, la jurisprudence avait auparavant déjà rejeté la décision du directeur d'un Centre hospitalier régional d'imposer le maintien en service d'un nombre trop important de praticiens au motif que l'obligation de continuité des soins l'imposait²².

Ainsi se dégage une définition de la continuité des soins autour de deux finalités :

- D'une part, une finalité clinique, prodiguée par un professionnel ou un groupe de professionnels au cours du temps. Elle implique une bonne connaissance du patient par les soignants et permet une approche globale de la prise en charge.
- D'autre part, une finalité en matière d'information. La continuité des soins implique le transfert correct de celle-ci, par exemple grâce au dossier médical partagé qui relate les événements marquants, les risques particuliers encourus, les conseils et les préférences des patients.

En somme, d'un point de vue juridique, la continuité des soins, hors les situations d'urgence, n'implique pas nécessairement qu'un patient soit suivi de manière continue par

²⁰ F. VIALLA, *op. cit.*, p. 21

²¹ CE, 3 mai 2002, n°224111

²² CE, 7 janvier 1976, n°92162, CHR d'Orléans.

une même équipe de professionnels. C'est pourtant la conception qu'en ont nombre de praticiens regrettant que cette continuité se soit estompée du fait de la comptabilisation de plus en plus stricte du temps de travail à partir de l'instauration du repos compensateur suite aux gardes. Certains chirurgiens en particulier font remarquer que, par exemple, dans le cas d'une grossesse pathologique qui nécessite une connaissance très précise du dossier, l'impossibilité de consulter le lendemain d'une permanence du fait de l'obligation de respecter un temps de repos compensateur, conduit à reporter des rendez-vous fixés avant le planning de garde ou d'orienter la patiente vers un autre praticien qui ne la connaît pas²³. Il pourrait en découler, selon eux, des pertes de chances pour les patients. Cette conception procède-t-elle d'une confusion inconsciente entre continuité et permanence des soins comme évoqué plus haut ? La permanence des soins est avant tout une obligation collective. Elle se rapporte, à l'hôpital, à un travail d'équipe seul capable d'entretenir le continuum des soins. En cela, la permanence des soins est un moyen pour que puisse se réaliser la continuité des soins dans le respect des droits des soignants et de la sécurité des patients.

C) Le cas des établissements de santé privés ne collaborant pas au service public hospitalier

S'ils sont astreints à la continuité des soins, le Code de la Santé publique ne prévoit aucune obligation générale de permanence de soins pour ces établissements. Toutefois, la jurisprudence de la Cour de cassation considère qu'il existe bel et bien une obligation en la matière : le contrat d'hospitalisation conclu avec chacun de leur patient fait obligation aux établissements privés de mettre à disposition des médecins « *pouvant intervenir dans les délais imposés par son état* ». Une permanence des soins est donc nécessaire²⁴.

Concernant les modalités d'organisation, la permanence des soins dans les établissements privés doit être détaillée dans le règlement intérieur de l'établissement et dans les tableaux de service. L'article R. 6124-49 du Code de la Santé publique précise que : « *dans les établissements de santé privés, les contrats conclus en application du Code de déontologie médicale mentionné à l'article R. 4127-83 entre les établissements*

²³ TACZANOWSKI Marie, Les mutations de la profession de praticien hospitalier à travers l'aménagement et la réduction du temps de travail médical, EHESP, 2005, p. 78.

²⁴ CORMIER Maxence, « Permanence des soins et établissements de santé », », *Revue Générale de Droit médical, La permanence des soins*, n° spécial, 2006. Cass. civ. 1^{ère}, 15 décembre 1999, Clinique générale d'Annecy, n°97-22652, *Bull. civ.*, I, n° 351 ; JCP, éd. G, 2000, p. 1709, note G. MEMETEAU ; D. 2000, jur. P. 3082, note J. PENNEAU.

et les membres de l'équipe médicale comportent des dispositions organisant la continuité des soins médicaux en gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation et pédiatrie ».

1.1.2 Un temps de travail médical organisé autour des notions d'obligation de service et de temps de travail additionnel

Les statuts des praticiens hospitaliers exerçant dans la fonction publique sont réglementés par les articles R6152-1 à R6152-812 du Code de la Santé publique et le décret 84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers. Le statut des praticiens bi appartenants et régit par le décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires.

Le temps de travail des médecins est constitué d'obligations de service (A) et peut être complété, au-delà de la durée maximum de temps de travail fixée à 48 heures par semaine, par du temps de travail additionnel (B).

A) Les obligations de service

En matière de temps de travail des praticiens hospitaliers, l'article R 6152-27 du CSP dispose que le service hebdomadaire est fixé en demi-journées. La durée hebdomadaire de travail ne peut excéder 48 heures en moyenne sur un quadrimestre. L'activité des services médicaux est organisée en deux périodes : le service quotidien de jour et le service relatif à la permanence des soins qui concerne la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. Le service hebdomadaire est fixé à 10 demi-journées (dont le samedi matin) pour un praticien hospitalier temps plein²⁵ et de 11 demi-journées pour les praticiens hospitalo-universitaires incluant les activités universitaires. Concernant les internes, le décret du 26 février 2015 est venu modifier l'article R.6153-2 du Code de la santé publique : les obligations de service comprennent huit demi-journées en stage et deux demi-journées hors stage²⁶.

L'article R 6152-27 du CSP prévoit des dérogations :

- Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est calculée en heures, en moyenne sur une période

²⁵ Art. R.6152-27. Le service hebdomadaire est fixé à 6 demi-journées pour un praticien hospitalier à temps partiel et peut être ramené à 5 ou 4 demi-journées lorsque l'activité hospitalière le justifie (Art. R-6152-223 du CSP).

²⁶ Décret n°2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes, JORF n°0050 du 28 février 2015.

de quatre mois. L'arrêté du 30 avril 2003²⁷ précise que le décompte en temps médical continu s'applique aux « activités assurées indifféremment le jour et la nuit » c'est-à-dire aux activités de médecine d'urgence, anesthésie réanimation, obstétrique avec plus de 2000 accouchements par an.

- Les praticiens peuvent accomplir une durée de travail continue maximale de vingt-quatre heures à l'issue desquelles ils doivent bénéficier d'un repos d'une durée équivalente.

L'arrêté du 30 avril 2003 a précisé les modalités de la permanence des soins hospitalière:

- Le service relatif à la permanence des soins peut être effectué sous forme de permanence sur place (garde) ou par astreinte à domicile.
- Les périodes de travail accomplies au titre des obligations de service dans le cadre de la permanence des soins donnent lieu au versement d'une indemnité ou d'une demi-indemnité de sujétion.

B) Le temps de travail additionnel (TTA)

Au-delà de ses obligations de service et, le cas échéant, sur la base du volontariat, le praticien peut effectuer du temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit à indemnisation.

En effet, la nécessité de parvenir à établir un cadre permettant d'assurer la continuité des soins, tout en conservant la souplesse inhérente à l'activité médicale et son caractère imprévisible a conduit à des dérogations par rapport au droit commun. Cela se matérialise de deux manières : un système de décompte en demi-journée et la possibilité de réaliser du temps de travail additionnel au-delà de la limite des 48 heures hebdomadaires.

Concernant le décompte du temps de travail des médecins, la réglementation maintient, en effet, une ambiguïté : un système de décompte en demi-journées qui fait l'objet d'un flou juridique volontaire²⁸. Une circulaire du 6 mai 2003 est plus explicite : « *un praticien à temps plein est réputé avoir accompli ses obligations de service s'il a réalisé dix demi-journées (...) de jour ou de nuit, sans considération du nombre d'heures effectivement*

²⁷ 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.

²⁸ Article R6152-27 du CSP

réalisé ». C'est la règle générale à laquelle ne peuvent déroger que les praticiens dans des structures organisées en temps continu²⁹.

Il n'existe pas de définition formelle du terme de demi-journée. La pratique générale dans les hôpitaux publics consiste à compter le service quotidien (de 8h30 à 18h30, soit 10 heures) pour deux demi-journées et le service de nuit (de 18h30 à 8h30, soit 14 heures) pour deux demi-journées également. La durée d'une demi-journée est donc variable : elle représente 5 heures si elle s'effectue de jour et 7 heures si elle s'effectue de nuit. Le repos quotidien est fixé à onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures. Cette imprécision sur la durée de la demi-journée est régulièrement prise en exemple par la Commission européenne pour remettre en cause l'application par la France de la durée maximale de 48 heures de travail hebdomadaire. Dernière en date, la mise en demeure de la Commission, le 26 mars 2013, concernant le temps de travail des internes est éloquent : en accomplissant ses 11 demi-journées obligatoires avant le décret du 25 février 2015, ainsi que deux gardes supplémentaires et en respectant le repos quotidien, un interne pouvait atteindre un temps de travail de 83,5 heures dont 10 heures de formation universitaire (obligatoire), 49 heures de prestations hospitalières (obligatoires) et 24,5 heures de gardes supplémentaires³⁰.

Il apparaît donc un flou juridique : comment être assuré que le travail hebdomadaire est bien réalisé dans la limite des 48 heures si la durée de la demi-journée n'est pas fixée ? Interrogé sur le sujet, le Conseil d'Etat renvoie à chaque établissement la fixation de la demi-journée. Dans un arrêt du 4 février 2005, la juridiction administrative a jugé que « *la valeur en heures d'une vacation qualifiée de demi-journée de travail, effectuée soit en période de jour, soit en période de nuit, soit fixée de telle sorte que les obligations hebdomadaires de service des praticiens puissent être remplies dans le respect de la durée maximale hebdomadaire de travail* »³¹.

Compte tenu de ce contexte et afin de permettre une souplesse dans l'exercice médical et ce faisant garantir le principe de continuité des soins, la réglementation³² rend possible la réalisation de temps de travail additionnel au-delà des obligations de service. Les conditions pour que cela soit juridiquement acceptable sont les suivantes :

²⁹ Circulaire DHOS/M2/2003 n°219 du 6 mai 2003²⁹ relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins et d'application des dispositions d'intégration des gardes dans les obligations de service statutaires.

³⁰ Voir annexe 5 pour le détail du décompte du temps de travail effectué par la Commission européenne. La mise en demeure de la Commission européenne est consultable sur le site du syndicat ISNAR-IMG http://www.isnar-img.com/sites/default/files/130000_ue_miseendemeure_tempsdetravail.pdf consulté le 22 août 2015 à 16h48.

³¹ CE, 4 février 2005, n°254024

³² Arrêté du 30 avril 2003, arrêté du 8 novembre 2013.

- Le TTA doit se faire sur la base du volontariat ;
- Le décompte doit se faire sur un quadrimestre car le praticien doit pouvoir justifier, en moyenne sur quatre mois, avoir accompli l'ensemble de ses obligations de service de jour et de nuit ;
- L'arrêté du 8 novembre 2013 impose que des registres de temps de travail additionnel soient tenus par les établissements, suivis et évalués par les instances ;
- La compensation du TTA doit pouvoir se faire selon trois modalités : indemnisation, récupération, ajout sur le compte épargne temps (CET)

La permanence de soins sur place est indemnisée par période ou demi-période. Le praticien qui l'effectue perçoit une indemnité de sujétion si elle fait partie de ses obligations de service. Si la permanence des soins est faite en plus des obligations de service, elle génère du TTA de nuit ou du TTA de jour. Une indemnité forfaitaire est alors versée à la place de l'indemnité de sujétion différente selon que le TTA est effectué de jour du lundi matin au samedi après-midi inclus (on parle de TTA de jour) ou que le TTA est effectué la nuit, le dimanche ou les jours fériés (on parle de TTA de nuit)³³.

Concernant les astreintes, le TTA est spécifique. Le décompte est effectué en heures. Chaque plage de cinq heures cumulées, temps de trajet inclus, est convertie, au titre du quadrimestre concerné, en une demi-journée ou en une demi-période de TTA de nuit selon les modalités suivantes :

- Si le temps de travail est intégré dans les obligations de service du praticien, chaque plage de cinq heures cumulées est convertie en une demi-journée et fait l'objet d'une demi-indemnité de sujétion ;
- Si ce temps de travail est rémunéré, chaque plage de cinq heures cumulées est convertie en une demi-période de TTA de nuit rémunérée comme telle.

L'arrêté du 30 avril 2003 permettait déjà que les organisations médicales de service puissent être déclinées en contrats individuels discutés et conclus avec chaque praticien et révisables annuellement. Toutefois, l'arrêté n'évoque cette possibilité que pour le temps de travail additionnel. Suite à l'injonction européenne, l'arrêté du 8 novembre 2013 impose cette contractualisation. L'instruction DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 en précise les conditions:

- L'obligation de conclure un contrat par lequel un praticien accepte d'effectuer du temps de travail additionnel vise aussi bien les situations de recours prévisionnel que de recours ponctuel à du temps de travail additionnel ;

³³ Voir annexe 3 pour le détail des indemnisations de la permanence des soins.

- Le contrat, formalisé, doit être signé entre le praticien, le responsable de structure, le chef de pôle et le directeur.
- La contractualisation doit porter sur la quantité et le mode de valorisation du TTA (CET, indemnisation, récupération)
- Si le praticien constate que, dans le cadre de ses obligations de service, il dépasse régulièrement le seuil hebdomadaire de 48 heures en moyenne lissé sur le quadrimestre, il lui revient d'envisager, en lien avec son chef de pôle, une réorganisation de son activité et, si nécessaire, de faire une demande de contrat de TTA.

1.1.3 Le droit au repos des praticiens hospitaliers remet-il en cause la continuité des soins ?

La reconnaissance du temps d'astreinte déplacée comme un temps de travail effectif implique le respect d'un droit à un repos dit de sécurité ou quotidien (A). De la clarification juridique de la notion de repos dans le cadre des astreintes découle la garantie de sécurité des médecins comme des patients (B).

A) Le droit impose de respecter les dispositions relatives au repos des praticiens

C'est le décret n°99-563 du 6 juillet 1999³⁴ qui crée le repos compensateur suite aux permanences sur place. A l'époque, son attribution était complexe : proposée par la commission médicale d'établissement, « *sur avis de la commission des gardes et après consultation des chefs de service ou de département* ». De plus, il n'était accordé que pour un an renouvelable après évaluation des activités concernées »³⁵.

Aujourd'hui, il est obligatoire et est fixé à onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures conformément à la directive européenne³⁶. Le Conseil d'Etat a précisé la définition du repos au-delà de son amplitude horaire minimale. Le repos de sécurité « est constitué, dans les activités de service continu, par une interruption totale de toute activité prise immédiatement après chaque garde de nuit effectuée et, pour les

³⁴ Décret n°99-563 du 6 juillet 1999 modifiant le décret n°84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers

³⁵ Arrêté du 14 septembre 2001 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde et à la mise en place du repos de sécurité dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux.

³⁶ Article 3 de la directive européenne 2003/88/CE

autres activités, par une interruption de toute activité clinique en contact avec le patient, prise immédiatement après chaque garde de nuit »³⁷.

A ce stade, il convient de différencier repos quotidien auquel sont soumis les personnels médicaux hospitaliers et repos de sécurité qui concerne les personnels hospitalo-universitaires. Contrairement au repos quotidien qui consiste dans l'arrêt de toute activité, le repos de sécurité ne prévoit que l'arrêt des activités cliniques afin de permettre la poursuite d'activités d'enseignement ou de recherche. Toutefois, dans les services organisés en temps continu, c'est le repos quotidien qui s'applique quel que soit le statut des praticiens.

Tableau 1 – Repos quotidien et repos de sécurité

Personnel médical hospitalier	Personnel médical hospitalo-universitaire
Repos quotidien pour tous les services : arrêt de toute activité, clinique ou autre	En principe, repos de sécurité : arrêt de toute activité clinique auprès du patient, activité de recherche et d'enseignement autorisée.
	Repos quotidien : par dérogation, pour les services organisés en temps continus

Le repos quotidien est la transcription de la notion de repos journalier défini au niveau de la directive européenne relative à l'aménagement du temps de travail. Cependant, par dérogation à cette directive, cette amplitude horaire de travail en cas de participation à la permanence des soins peut atteindre 24 heures maximum, à condition d'être suivie par un repos quotidien immédiat d'une durée équivalente à la durée du travail. Ceci s'applique aussi bien après une permanence sur place qu'après une astreinte à domicile où ce sont les temps de déplacements qu'il faut alors prendre en compte.

Durant le repos quotidien, le praticien est détaché de tout travail tant relatif aux soins qu'aux tâches annexes comme la participation à la gestion, l'enseignement, la recherche ou autre, sauf en cas de nécessité de services où, toutefois, il peut être placé encore en astreinte mais de manière non répétitive ou systématique (essentiellement pour « sénioriser » les permanences sur place des assistants associés et des praticiens attachés associés). La notion de repos quotidien dépasse donc la notion de repos journalier et se rapproche de celle du « repos suffisant » telle que définie par la directive européenne : le fait que « *les travailleurs disposent de périodes de repos régulières dont la durée est exprimée en unités de temps et qui sont suffisamment longues et continues pour éviter qu'ils ne se blessent eux-mêmes ou ne blessent leurs collègues ou d'autres*

³⁷ CE, 25 avril 2003, n° 240139

personnes et qu'ils ne nuisent à leur santé, à court ou à plus long terme, par suite de la fatigue ou d'autres rythmes de travail irréguliers »³⁸.

B) Une condition de la sécurité des praticiens et de la qualité des soins

La directive communautaire 2003/88/CE prévoit que constitue une « période de repos, toute période qui n'est pas du temps de travail ». De son côté le code, le droit français ne définit pas ce que doit être le temps de repos. C'est donc la jurisprudence qui, progressivement, a tissé les contours de cette définition. Ainsi le repos obligatoire ne se confond pas avec la pause « qui s'analyse comme un arrêt de travail de courte durée sur le lieu de travail ou à proximité, qui n'est pas incompatible avec des interventions éventuelles et exceptionnelles demandées durant cette période au salarié en cas de nécessité, notamment pour des raisons de sécurité »³⁹. De même, ne constitue pas du temps de repos, le temps passé par des médecins dans les locaux de leur établissement, même s'il s'agit d'un véritable appartement avec plusieurs chambres permettant au praticien de garde d'y dormir et de recevoir ses proches⁴⁰. De cette jurisprudence, il ressort que le repos obligatoire est nécessairement pris à l'extérieur des locaux de l'établissement et que le travailleur doit être libre de vaquer à ses occupations personnelles et notamment à ses loisirs.

En matière de repos suite à un déplacement d'astreinte, les dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003 se bornaient à prévoir l'octroi d'un repos compensateur immédiatement après une période d'astreinte pour le seul cas où le praticien effectue une ou plusieurs interventions à l'hôpital au cours de la seule seconde partie de la période de nuit⁴¹. Ainsi un médecin qui intervenait dans le cadre de son service puis durant la première période d'astreinte qui suivait immédiatement son service ne bénéficiait pas du droit garanti au repos tel que défini dans les textes communautaires⁴².

Le juge administratif a donc précisé dans un arrêt du 4 février 2005 que cette réglementation s'applique bien aux astreintes déplacées en première partie de nuit comme de nuit profonde. L'objectif est de garantir un repos quotidien qui ne soit pas « réduit en deçà d'une durée minimale de onze heures consécutives sur une période de

³⁸ Alinéa 9 de l'article 2 de la directive 2003/88/CE

³⁹ Cass. soc., 12 octobre 2004, n° 03-44.084.

⁴⁰ Cass. soc., 27 juin 2012, n° 10-27.726, 10-27.727, 10-27.729 et 10-27.730.

⁴¹ Art. 3. B de l'arrêté du 30 avril 2003 : « Un praticien bénéficie du repos quotidien dès lors qu'il a effectué pendant une astreinte de nuit un ou plusieurs déplacements transformés en demi-période de temps de travail additionnel au cours de la deuxième moitié de la période de nuit ».

⁴² Art. 3 de la directive 2003/98/CE : « Tout travailleur bénéficie au cours de chaque période de 24 heures d'une période minimale de repos de 11 heures consécutives »

vingt-quatre heures »⁴³. L'arrêté du 8 novembre 2013 prend donc acte de ces injonctions communautaires et jurisprudentielles et modifie l'article 14. III de l'arrêté du 30 avril 2013. Désormais, est garanti au praticien un temps de repos après le dernier déplacement d'astreinte indépendamment du moment de la nuit où celui-ci a eu lieu.

Ainsi, la reconnaissance du temps d'astreinte déplacée comme un temps de travail effectif implique le respect d'un droit à un repos dit de sécurité ou quotidien. Il en va, en effet, de la sécurité des médecins comme des patients. Le repos du praticien participe à l'impératif de sécurité des travailleurs mais aussi de qualité des soins ; L'article L. 1110-1 du Code de la santé publique, introduit par la loi du 4 mars 2002 relative à la qualité du système de santé dispose que les établissements doivent assurer « *la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ».

D'autres textes y font référence. Ainsi, encore récemment, l'instruction ministérielle du 22 avril 2014 ⁴⁴ concernant les internes rappelle d'une part que le repos intervient immédiatement à l'issue de chaque garde de nuit et entraîne une interruption totale de toute activité hospitalière, ambulatoire et universitaire et, d'autre part, que le respect du repos de sécurité, garant de la protection des salariés et de la qualité des soins, est une priorité du Gouvernement. Son évaluation doit être conduite régulièrement par les directions d'établissement, les présidents de CME, les COPS.

Pour l'heure, seule la Cour de cassation a eu à s'exprimer en matière de sécurité des travailleurs, depuis 2002, dans la suite de plusieurs arrêts sur les victimes de l'amiante précisant que l'obligation générale de sécurité des employeurs était une obligation de résultat dans le domaine de la santé et de la sécurité des salariés⁴⁵. L'obligation de sécurité de résultat est un principe général du droit dont l'employeur doit assurer effectivité et efficacité. En cas de contentieux juridique, l'employeur aura la charge de la preuve qu'il a pris toutes les mesures nécessaires pour remplir son obligation de sécurité. Le manquement de l'employeur à son obligation générale de prévention suffit à engager sa responsabilité. En dehors de tout accident du travail ou de toute maladie professionnelle, le fait d'exposer un salarié à un risque identifié, sans prendre les mesures de prévention qui s'imposent, constitue un manquement de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat selon la Cour de cassation⁴⁶.

⁴³ CE, 4 février 2005, n° 258201

⁴⁴ Instruction DGOS/RH4 n° 2014-128 du 22 avril 2014 clarifiant les dispositions réglementaires relatives aux internes

⁴⁵ Cass. soc., 28 février 2002, n° 00.11793 et n° 99-18390

⁴⁶ Cass. soc., 30 novembre 2010, n° 08-70390

1.2 Le temps d'astreinte, un temps hybride

Les avancées introduites par l'arrêté du 8 novembre 2013 s'inscrivent dans le prolongement des réformes du temps de travail inaugurées il y a une quinzaine d'années (section 1). La fragilité juridique de la notion de temps d'astreinte et les difficultés d'organisation générées par sa gestion expliquent en partie le retard pris pour sa prise en compte dans le régime commun du temps de travail (section 2).

1.2.1 L'astreinte, variable d'ajustement de la mise en place de la réforme de l'aménagement et de la réduction du temps de travail

L'astreinte peut prendre deux formes, de sécurité ou opérationnelle (A). Son développement depuis la fin des années 1990 est une résultante des politiques d'aménagement et de réduction du temps de travail (B).

A) Astreinte opérationnelle ou astreinte de sécurité, quelle différence ?

L'article 3. B de l'arrêté du 30 avril 2003 dispose que l'astreinte à domicile peut prendre deux formes :

- Une astreinte opérationnelle dans les activités qui peuvent donner lieu régulièrement à des appels,
- Une astreinte de sécurité dans les activités qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents.

La notion de fréquence n'est donc pas définie et laissée à l'interprétation locale des établissements. Une circulaire ministérielle de 1986 apporte plus de précisions : « *l'astreinte est dite opérationnelle dans les secteurs et disciplines exigeant une présence médicale constante, mais que les conditions locales conduisent à assurer par une astreinte à domicile* »⁴⁷. Par conditions locales, il peut être entendu le délai pour venir de son domicile.

Au sein des établissements de santé, la distinction n'est pas facile à établir. Aux HUPNVS, le profil des astreintes de sécurité de certains services laisse apparaître une présence médicale sinon constante, au moins systématique et d'un nombre d'heures

⁴⁷ Circulaire DH n°158 du 22 juillet 1986

conséquent à chaque nuit et week-end⁴⁸. Le service d'Urologie ne répond pas, en principe, aux critères d'une astreinte opérationnelle (appels fréquents, présence médicale constante). Par ailleurs, cette spécialité est marquée par une variété de pathologies relativement limitée par rapport aux urgences digestives ou traumatologiques, et théoriquement, un nombre d'urgences par nuit également plus faible. Toutefois, dans notre cas, il semble que ce soit des astreintes très sollicitées. Les taux de déplacement oscillent entre 65 % (pour les seniors) et 100% pour les internes. Près de la moitié des déplacements de seniors se produisent en nuit profonde. Le taux monte à près de 70 % pour les internes. L'étude attentive des motifs de déplacements figurant sur les déclarations des praticiens laisse apparaître que l'urgence n'est pas toujours de rigueur. Ainsi à de nombreuses reprises, les médecins notent avoir réalisé des visites de service.

Les constats sont identiques pour une spécialité fortement consommatrice en permanence de soins : la chirurgie cardio-vasculaire. Les astreintes sont dites de sécurité. Pourtant, plus de 80% sont déplacées (100% pour les internes). 70 à 80% de ces astreintes sont déplacées en début de nuit pour une moyenne de 5 à 6 heures pour les nuits (en semaine) et de 8 à 12 heures pour les weekends et jours fériés. L'étude plus fine des déclarations horaires des praticiens laisse apparaître, en outre, des amplitudes horaires qui laissent peu de place au repos compensateur souvent découpé en plusieurs périodes. Interrogé sur le sujet, les praticiens décrivent une activité, en chirurgie cardio-vasculaire, particulièrement marquée par l'imprévu avec des difficultés en matière de programmation des interventions aux blocs. Les lignes d'astreintes sont donc régulièrement employées à gérer les débordements de blocs au-delà de 18h00 ce qui explique le taux élevé de de déplacement en première partie de nuit.

On peut donc s'interroger pour certaines astreintes, notamment celles confiées aux internes, si la transformation de la ligne d'astreinte en ligne de garde ne serait pas plus pertinente. Les entretiens menés dans le cadre du stage long aux HUPNVS permettent de comprendre l'évolution vers ce mode d'organisation. Jusque dans les années 1990, la règle était plutôt de créer des lignes de garde. Elles étaient alors financées et les services bénéficiaient de personnels médicaux venus le plus souvent du Maghreb se former en France. Les « DIS » (pour Diplôme Interuniversitaire de spécialisation) avaient la possibilité de reprendre le cursus classique des études médicales en France. Ils devaient d'abord passer le concours de première année. En cas de réussite, ils pouvaient être dispensés de la scolarité des premières années et entrer directement en dernière année

⁴⁸ Voir annexe 4 pour le détail du profil des astreintes aux HUPNVS.

du 2^{ème} cycle. Toutefois, l'exercice en France, à l'issue des études leur était particulièrement restreint⁴⁹.

B) Les incidences des politiques d'aménagement et de réduction du temps de travail

La situation a progressivement changé à partir de la fin des années 1990. L'instauration d'un repos de sécurité obligatoire à l'issue des gardes puis celle des 35 heures ont réduit considérablement le temps médical disponible dans les services⁵⁰. Le protocole du 22 octobre 2001 encadre l'extension de la réduction du temps de travail (RTT) aux médecins hospitaliers. En plus de la durée maximale de travail hebdomadaire de 48 heures et l'instauration du repos quotidien minimal de 11 heures, le protocole prévoit notamment l'octroi de vingt jours au titre de la RTT aux médecins hospitaliers (à l'exclusion des personnels hospitalo-universitaires et des internes) et l'intégration des « gardes » rebaptisées « permanences sur place » dans le temps de travail.

C'est une fois de plus la jurisprudence européenne qui a montré la voie en la matière. En effet, si dans un premier temps, la France considérait que les médecins hospitaliers n'étaient pas concernés par la directive européenne sur le temps de travail, deux arrêts de la CJCE ont permis de clore le débat sur le sujet. Un arrêt du 3 octobre 2000, réglant un litige entre le ministre de la santé de la province de Valence en Espagne et un syndicat médical, précise non seulement que l'activité des médecins relève bien du champ de la directive mais que le temps de garde doit être pris en compte pour le calcul de la durée maximale de travail⁵¹. Quelques temps plus tard, dans l'arrêt Jaeger du 9 septembre 2003, le juge communautaire a confirmé que le temps de garde constitue bien un temps

⁴⁹ Les conditions d'exercice en France sont réglementées par l'article L.4111-1 du Code de la santé. Pour les médecins non ressortissants de l'Union européenne, les conditions d'exercice sont beaucoup plus limitées car soumises à autorisation du ministre de la Santé. C'est la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 dite « loi CMU » qui a modifié la procédure d'autorisation pour les médecins diplômés hors Union européenne. Cette loi crée dans ses articles 60 et 61 une nouvelle procédure d'autorisation, unique voie d'intégration des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue). A l'heure actuelle les Padhue qui exercent à l'hôpital sont soumis à des contrats renouvelables tous les ans, n'ont pas une autorisation de plein exercice et sont théoriquement placés sous contrôle du chef de service. Les Padhue qui souhaitent obtenir l'autorisation officielle d'exercer la médecine en France doivent demander le bénéfice de la nouvelle procédure d'autorisation, passer un concours de validation des connaissances (décret n° 2004-508 du 8 juin 2004 portant application des articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du code de la santé publique et relatif aux procédures d'autorisation d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien, JORF n°133 du 10 juin 2004).

⁵⁰ Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la Fonction publique hospitalière. La réduction du temps de travail a pris la forme pour les PH-PT, de vingt jours de congés supplémentaires accordés au titre de la RTT ; pour les PH-TPa, le nombre de jours de RTT est à fixer au prorata de la durée des obligations de service hebdomadaires.

⁵¹ CJCE, 3 octobre 2000, aff. C-303/98, sindicato de Medicos de Asistencia Publica (Simap)

de travail et apporte une précision déterminante : la totalité du temps de garde doit être considérée comme du temps de travail sans distinction des périodes dites actives ou inactives de la permanence sur place⁵².

Le ressenti médical sur cette réforme laisse apparaître une désorganisation de l'hôpital du fait notamment d'un manque d'effectifs et d'importants surcoûts⁵³. Dans l'incapacité de modifier leur organisation médicale, notamment pour ceux dont la discipline fait face à une crise de recrutement, un certain nombre de praticiens se sont ainsi retrouvés en marge de la légalité : production de tableaux de service purement déclaratifs ne correspondant pas à la réalité du service fait, travail le lendemain de permanence sur place en raison de l'absence d'un collègue ou par crainte d'occasionner des pertes de chance pour les patients, de s'exposer au risque d'être accusé de non-assistance à personne en danger. Cette réalité est aujourd'hui encore largement décrite par les praticiens rencontrés. Les tableaux de service remplis de manière incomplète sont également un problème majeur auquel doit faire face la Direction des affaires médicales des HUPNVS.

Constatons toutefois que les dépassements d'horaires quotidiens ou hebdomadaires sont en baisse dans l'ensemble des familles professionnelles présentes à l'hôpital. Toutefois, plus de 50% des médecins déclaraient encore en 2013 dépasser leurs horaires⁵⁴ (voir figure 1).

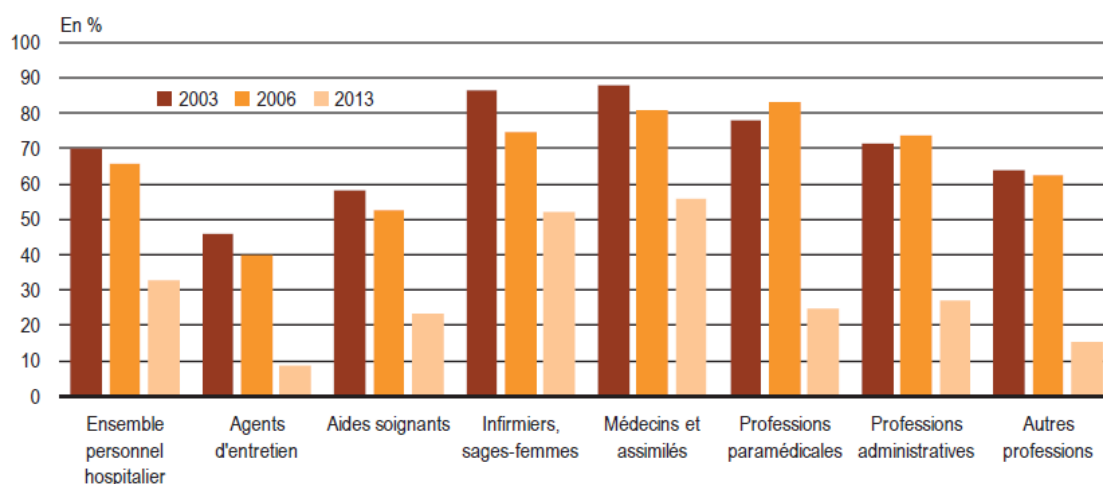
Dans ce contexte, les contraintes organisationnelles ont conduit les agences régionales d'hospitalisation (ARH) puis les Agences Régionales de Santé (ARS) ainsi que les directions hospitalières à inciter les services hospitaliers à la transformation des lignes de gardes en lignes d'astreintes (parfois demi-garde + demi-astreinte). L'argumentaire favorable à cette pratique est celui de la récupération de temps médical de jour car contrairement à une garde, l'astreinte ne générerait pas nécessairement, avant l'arrêté du 8 novembre 2013, du temps de repos.

⁵² CJCE 9 sept. 2003, aff. C-151/02, Norbert Jaeger, www.curia.eu.int

⁵³ Dès lors que la durée annuelle du temps de travail passe de 227 à 207 jours, le temps médical nécessaire pour assurer un service de jour passe de 1,22 ETP à 1,38 ETP. Le cout de la garde devenue permanence sur place a également sensiblement augmenté du fait d'une rémunération à la fois comme temps de travail et sous forme d'indemnité de sujétion. In TACZANOWSKI Marie, Les mutations de la profession de praticien hospitalier à travers l'aménagement et la réduction du temps de travail médical, EHESP, 2005, p. 35.

⁵⁴ BOISGUERIN Bénédicte, BRIHAULT Gwennaelle (coordination), Le panorama des établissements de santé, édition 2014, DRESS, collection Etudes et statistiques

Figure 1 – Les dépassements d’horaires quotidiens ou hebdomadaires par famille professionnelle⁵⁵



Note • Les questions ont varié entre 2003, 2006 et 2013. Toutefois, ces modifications ne pourraient expliquer l’importance de l’évolution constatée. En 2003, la question est : «Vous arrive-t-il de travailler certains jours ou certaines semaines plus longtemps que l’horaire habituel ? (Oui/non)». En 2006, la question est : «Vous arrive-t-il de travailler au-delà de la durée habituelle ? (Fréquemment/Occasionnellement/Jamais ou presque)». En 2013, l’interrogation est : «Vous arrive-t-il de travailler au-delà de l’horaire prévu ? (Tous les jours/Souvent/Parfois/Jamais).

Champ • Salariés du secteur hospitalier.

Sources • Enquêtes CT 2013, COI-H 2006 ET COTAES 2003, DARES, DREES, DGAFP, INSEE.

La transformation des lignes de garde en ligne d’astreinte a donc présenté un certain nombre d’avantages : moins de contraintes de présence sur place, absence de repos compensateur, un coût moins élevé pour les établissements. L’alternative était toute trouvée. En 2013, 60% des médecins hospitaliers déclaraient être soumis à des astreintes. Ce chiffre est en hausse de 10 points par rapport à 2003⁵⁶. Si le temps de travail en garde sur place a fait l’objet d’un encadrement conforme au droit communautaire, il n’en va pas de même pour le temps d’astreinte.

1.2.2 Une mise en œuvre entourée d’incertitudes

La mise en œuvre de la réglementation sur les astreintes doit toutefois compter sur un certain nombre d’incertitudes liées à la définition juridique même du temps d’astreinte lorsque celui-ci n’est pas déplacé (A) ainsi qu’aux enjeux financiers que la permanence des soins représente pour les médecins et les établissements de santé (B).

⁵⁵ Idem

⁵⁶ Idem

A) Une notion entachée de flou juridique

En droit communautaire⁵⁷, la notion de temps de travail repose sur la réunion de trois critères :

- le travailleur est au travail ;
- le travailleur est à la disposition de l'employeur ;
- le travailleur est dans l'exercice de son activité ou de ses fonctions.

Le droit français, quant à lui, définit le temps de travail sous la notion de « temps de travail effectif ». L'article L. 212-4 du Code du travail pose trois critères quelque peu différents de ceux définis par le droit communautaire pour le temps de travail : le salarié doit être à la disposition de l'employeur, se conformer à ses directives et ne peut vaquer à ses occupations personnelles pour être considéré en situation de travail effectif. Par ailleurs, alors que, en droit communautaire, le « temps de repos » est défini par opposition au temps de travail (est considérée comme période de repos « *toute période qui n'est pas du temps de travail* »), il n'en est rien en droit français : seules sont précisées les durées minimum du repos quotidien et du repos hebdomadaire.

Ainsi, entre le temps de travail effectif et le temps de repos, il existe un certain nombre de zones grises telles que temps de pauses et temps de repas, temps d'habillage et temps de déshabillage, et temps d'astreinte. Cette indéfinition génère des interprétations diverses au sein des établissements de santé comme en témoignent les récentes négociations sur l'organisation du temps de travail à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris dans le cadre desquelles il était envisagé de sortir du temps de travail effectif une part du temps de repas. En effet, la loi ne fixe pas avec précision le régime juridique de ces différents temps.

Concernant les astreintes, seule la période d'intervention pendant l'astreinte est considérée comme du temps de travail effectif. En revanche, la période d'astreinte sans intervention n'est pas un temps de travail effectif. Pour autant, la loi n'a pas précisé qu'il s'agit d'un temps de repos. La jurisprudence française s'est pourtant prononcée sur la qualification du temps d'astreinte. Dans un arrêt du 4 mai 1999⁵⁸, la Cour de Cassation, indique que constitue un travail effectif et non une astreinte le temps pendant lequel un salarié doit se tenir en permanence à la disposition de l'employeur sans pouvoir vaquer librement à ses occupations personnelles. Le Conseil d'Etat est plus explicite encore.

⁵⁷ Article 2 de la directive 2003/88/CE du Parlement européen et du conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail

⁵⁸ Cour de Cassation, 4 mai 1999, n°96-43037

Dans un arrêt du 26 février 2001⁵⁹, il définit les périodes d'astreinte « *comme étant des périodes pendant lesquelles le salarié, sans être à la disposition de son employeur, doit néanmoins demeurer en permanence prêt à intervenir pour effectuer un travail, sans pouvoir en conséquence bénéficier de l'entière liberté de vaquer à des occupations personnelles* ». Et d'ajouter : « *ces périodes ne constituent ainsi ni un temps de travail effectif, ni une période de repos* ». Le temps d'astreinte non déplacée constitue un temps que l'on peut qualifier d'hybride. Il n'est pas, juridiquement, un temps de repos, même si, et c'est là toute l'ambiguïté de ce temps, il peut être effectué sur du temps de repos. D'ailleurs, il est rétribué. Une indemnité forfaitaire de base est prévue : 42,13 euros ou 30,54 euros selon le type d'astreinte

Il ne faut pas minorer cette indéfinition du temps d'astreinte non déplacée. Elle génère des revendications syndicales demandant d'envisager sa rémunération au motif que l'astreinte non déplacée n'est pas pour autant une astreinte non travaillée mais un temps d'attente au cours duquel des avis médicaux peuvent être effectués à distance (téléphone, internet, télémédecine)⁶⁰. On observe que pour d'autres catégories professionnelles au sein de l'hôpital, la question de la rémunération des temps d'astreinte est également posée. Dans la fonction publique hospitalière, la compensation et l'indemnisation des astreintes effectuées par certaines catégories d'agent sont forfaitisées⁶¹.

Il ne faut pas, d'autant plus, minimiser ce temps que le praticien, en se rendant disponible, prêt à intervenir, est sous le coup de l'obligation de porter secours. L'article L.4121-2 du Code de la santé publique en pose les fondements légaux : « L'ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes veillent au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L.4127-1 ». Celui-ci martèle à plusieurs reprises cette qualité cardinale de la disponibilité dont le médecin doit se revêtir. L'article 9 commande

⁵⁹ Conseil d'Etat, 26 février 2001, n°220530

⁶⁰ Dossier sur la permanence de soins publié le 31 août 2012 sur le site www.avenir-hospitalier.fr

⁶¹ Décret n°2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière : « *La compensation horaire est fixée au quart de la durée totale de l'astreinte à domicile. L'indemnisation horaire correspond au quart d'une somme déterminée en prenant pour base le traitement indiciaire brut annuel de l'agent concerné au moment de l'astreinte dans la limite de l'indice brut 638 augmenté le cas échéant de l'indemnité de résidence, le tout divisé par 1 820.* ». Les catégories de personnels autorisés à effectuer des astreintes sont précisés par l'arrêté du 24 avril 2002 fixant la liste des corps, grades ou emplois autorisés à réaliser des astreintes dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

que tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, de lui porter assistance et s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. Les articles 47 et 77 déjà cités énoncent que la continuité des soins doit être assurée en toute circonstance. Il s'agit donc d'un devoir d'humanité. L'omission de porter secours est un délit pénal défini à l'article 223-6 alinéa 2 du Code pénal : « sera puni des mêmes peines (5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amendes) quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

Un déplacement alors que le médecin est d'astreinte à domicile suppose à titre préalable d'apprécier le péril dans lequel se trouve le patient. Cette appréciation qui doit porter sur la gravité du péril et son caractère imminent est particulièrement délicate lorsque le médecin est contacté par téléphone. C'est donc sous le contrôle de sa conscience et des règles de sa profession que le médecin apprécie le péril et l'opportunité de son déplacement. Il n'est pas tenu de se déplacer pour constater le péril, si les renseignements obtenus par téléphone lui paraissent suffisants pour se forger une opinion et prendre les décisions qui s'imposent. Les juges tiennent compte du sérieux avec lequel l'interrogatoire téléphonique est mené. En cas de doute sur l'état réel du patient, le médecin de garde devra se déplacer.

Le temps d'astreinte non déplacée, à domicile, peut donc revêtir une demande de disponibilité physique mais aussi intellectuelle déterminante pour le secours qui doit être apporté aux patients par le corps médical.

B) Un enjeu financier significatif pour les praticiens et l'attractivité des établissements

A l'image de ce qui s'est produit au moment de la mise en œuvre de l'accord sur la réduction du temps de travail, l'instauration des règles fixées par l'arrêté du 8 novembre aura des implications tant organisationnelles que financières.

- En matière d'organisation du service : comment anticiper les déplacements d'astreintes et leurs conséquences dans les tableaux de service suite à la reconnaissance d'un droit garanti au repos suite au dernier déplacement d'astreinte ?

- En matière de coûts : à l'heure de l'efficacité économique, comment intégrer le nouveau mode de financement des astreintes et ses conséquences en matière de remplacement des repos garantis ?

La réforme introduite par l'arrêté du 8 novembre 2013 simplifie le mode de financement des astreintes pour y inclure les temps de trajet. Jusque-là, l'indemnisation des astreintes variait selon le statut des médecins, si elles étaient déplacées ou non et selon le nombre de déplacements⁶². L'indemnisation ne portait que sur le temps passé en astreinte. En dissociant temps d'intervention en astreinte et temps de trajet et en imposant l'indemnisation de ce dernier dans une limite de deux déplacements, l'arrêté du 8 novembre 2013 impose d'en tenir une comptabilisation précise. En reconnaissant, par ailleurs, un droit au repos garanti de 11 heures suite au dernier déplacement, elle ruine l'avantage comparatif qui s'était instauré vis-à-vis des gardes sur place.

Aux HUPNVS, sur le premier quadrimestre du service d'Urologie, la mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013 se traduirait par une hausse de 16% du coût des astreintes des médecins seniors⁶³.

Tableau 2 – Règles de décompte du temps de déplacement en astreinte

Ancien décompte ⁶⁴	Nouveau décompte						
<ul style="list-style-type: none"> - Si le temps de déplacement est d'au moins 3 heures, indemnisation sur la base d'une demi-période de TTA de nuit soit 236,98 €. - Si le praticien effectue plusieurs déplacements d'une durée inférieure à 3 heures chacun, indemnisation sur la base suivante : <table border="1" data-bbox="252 1361 727 1489"> <thead> <tr> <th>Base</th> <th>1^{er} dépl.</th> <th>2^{ème} dépl. et suivants</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>42,13 € (1)</td> <td>65,41 €</td> <td>73,73 €</td> </tr> </tbody> </table> <p>(1) Indemnité de sujétion pour une astreinte opérationnelle.</p>	Base	1 ^{er} dépl.	2 ^{ème} dépl. et suivants	42,13 € (1)	65,41 €	73,73 €	<ul style="list-style-type: none"> - Le temps d'intervention sur place est décompté en heures ; - Le temps de trajet est décompté pour une heure aller-retour plafonné à deux heures ; - La totalité ne peut dépasser l'équivalent de deux demi-journées pour chaque astreinte ; - Le temps effectif (intervention + trajet) est converti en plages de 5 heures. Si le praticien choisi d'être rémunéré, chaque plage est convertie en une demi-période de TTA de nuit soit 236,98 €⁶⁵.
Base	1 ^{er} dépl.	2 ^{ème} dépl. et suivants					
42,13 € (1)	65,41 €	73,73 €					

Les contraintes financières pesant sur les établissements publics de santé ont incité les pouvoirs publics à promouvoir la forfaitisation. Cette pratique consiste à établir une rémunération moyenne définie une fois pour toute et versée pour chaque astreinte

⁶² Arrêté du 12 juillet 2010. L'indemnité de base est rémunérée 42,13 euros pour une astreinte de sécurité et 30,54 euros pour une astreinte de sécurité. Les indemnités de déplacement sont plafonnées à 473,46 euros pour une astreinte opérationnelle. Voir annexe 1 pour le détail.

⁶³ Source : HUPNVS, Bureau du personnel médical

⁶⁴ Arrêté du 12 juillet 2010

⁶⁵ Si ce temps de travail est intégré dans les obligations de service, chaque plage de cinq heures cumulées est convertie en une demi-journée et fait l'objet d'une demi-indemnité de sujétion (132,31 euros).

effectuée quel que soient les déplacements réalisés. L'arrêté du 8 novembre 2013 fait une place à ce mode de rémunération qui repose sur une gestion collective des ressources médicales⁶⁶.

La rémunération des praticiens est constituée pour partie d'indemnités. Celles-ci sont énumérées aux articles D. 6152-23 et D.6152-220 du Code de santé publique. Elles servent à attirer et à garder les personnels médicaux dans les établissements⁶⁷. Les indemnités de gardes et d'astreintes sont parmi les plus anciennes avec celles pour participation aux jurys de concours, à l'enseignement et à la formation des personnels des établissements publics de santé.

Aux HUPNVS, la permanence des soins a pesé près de 10 millions d'euros en 2014. Certaines catégories de praticiens sont particulièrement consommatrices. Les chefs CCA-AHU notamment qui réalisent 20% de la PDS (financièrement parlant) voient ainsi leur traitement considérablement augmenter. En effet, la PDS compte pour 28% de leur salaire. Elle compte pour 14% de la rémunération des Praticiens hospitaliers contractuels et pour 13% de celle des Internes⁶⁸.

Ces constats faits aux HUPNVS sont confirmés par des études récentes. L'une d'elle⁶⁹ établit que la permanence des soins représente un complément de salaire significatif pour certaines spécialités comme les Urgences, la chirurgie, l'anesthésie réanimation et la radiologie. Le poids de la PDS dans les rémunérations est particulièrement important dans deux catégories : les bi appartenants non titulaires ce qui est le cas des chefs de clinique et les contractuels.

Pour des raisons liées à l'attractivité de leur établissement, certaines directions se retrouvent parfois aux frontières de la légalité. La Cour de Discipline Budgétaire et Financière (CDBF) doit régulièrement se prononcer sur la responsabilité financière de directeur d'hôpital. Ainsi, la CDBF a dû, par le passé, se prononcer sur l'existence de systèmes de rémunération forfaitaire des astreintes alors que la réglementation (qui a

⁶⁶ Art. 14 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié par l'arrêté du 8 novembre 2013 : « le directeur de l'établissement, après avis de la Commission médicale d'établissement, décider, pour une structure donnée, la mise en place d'une indemnisation forfaitaire de l'astreinte opérationnelle ou de l'astreinte de sécurité, au plus égale au montant d'une demi-indemnité de sujétion augmenté de l'indemnité de base recouvrant les temps de déplacement, temps de trajet compris, quel que soit le temps passé en déplacement ».

⁶⁷ Un bon exemple est l'allocation spécifique versée aux praticiens ayant la convention prévue à l'article R.6152-5 du CSP par laquelle ils s'engagent à exercer ses fonctions dans l'établissement pendant cinq ans.

⁶⁸ Se reporter à l'annexe 1 pour plus de détail

⁶⁹ CHAMBAUD Laurent, KHENNOUF Mustapha, LANNELONGUE Christophe, Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers, rapport IGAS, janvier 2009.

aujourd'hui évolué sur le sujet⁷⁰) prévoyait une rémunération basée sur les services réellement effectués. Dans un arrêt du 15 décembre 2006, la Cour a toutefois reconnu comme circonstances atténuantes le fait que ces irrégularités avaient été inspirées par un souci de retenir les praticiens dans l'hôpital afin d'assurer la continuité du service public hospitalier et les objectifs assignés dans le cadre du SROS⁷¹. La Cour a toutefois condamnée le directeur d'hôpital au motif qu'il n'était pas démontré que l'objectif de continuité et de bon fonctionnement du service public n'aurait pas pu être atteint dans le respect des règles et que ni le conseil d'administration, ni les tutelles n'avaient été informées des difficultés rencontrées.

Lorsque le directeur d'établissement se montre plus transparent et démontre qu'aucune autre solution n'est possible, la Cour est plus clément. Ainsi dans une affaire de recours irrégulier à des praticiens contractuels pour assurer la continuité des soins, la CDBF a relaxé un directeur de centre hospitalier au motif que les rémunérations irrégulières de la permanence des soins ont été servies en l'absence de toute autre solution réglementaire pour maintenir l'accès aux soins de la population (publication à plusieurs reprises et sans résultats de la liste des postes vacants, démarches de recrutement direct, réquisition de médecin inapplicable, recours impossible à des sociétés intérimaires)⁷². Le juge financier peut s'appuyer sur l'article R.6152-402 du CSP alinéas 1 et 2 qui précise que le recours possible à des praticiens contractuels est possible « pour exercer des fonctions temporaires en vue de faire face à un surcroît occasionnel d'activité » et « pour assurer, en cas de nécessité de service, le remplacement de praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel ». Mais encore faut-il s'assurer que le remplacement ne peut être assuré dans les conditions prévues par leurs statuts. Plus récemment, la Cour a dû se prononcer sur un dépassement des plafonds fixés par la réglementation ou l'utilisation d'autres moyens de rémunération (primes d'intéressement)

⁷⁰ C'est l'arrêté du 30 avril 2003 qui introduit cette possibilité. Par ailleurs, au IV de l'article 3 de l'arrêté du 8 novembre 2013, il est précisé que cette forfaitisation est décidée par le directeur, après avis du président de la commission médicale d'établissement, et fait l'objet d'un contrat d'un an renouvelable, conclu entre le responsable du service et l'ordonnateur. Le montant du forfait est plafonné à une demi-indemnité de sujétion, augmentée de l'indemnité de base.

⁷¹ CDBF, 15 décembre 2006, n°156-532, centre hospitalier d'Ambert. A noter que dans une affaire similaire (CDBF, 1^{er} juillet 1991, CH Lorient), 15 ans plus tôt, la CDBF c'était montré plus clément : face à des difficultés de remplacement des médecins, le directeur avait accordé des rémunérations irrégulières à des médecins remplaçants contractuels. La Cour avait estimé à l'époque que ces rémunérations ne constituaient pas des avantages injustifiés. Le directeur avait été relaxé alors même que arguant de la préoccupation d'assurer la continuité et la qualité du service public hospitalier, « *il n'avait pu être démontré que le problème posé pouvait être résolu dans le respect des textes réglementaires* ». D. PELJAK, *Le directeur d'hôpital face à la Cour de discipline budgétaire et financière*, Revue hospitalière de France, n°507, novembre – décembre 2005.

⁷² CDBF, 16 avril 2009, Centre hospitalier de Fougères, n°165-617, JCP A 2009, n°36, comm. 2209, M.-L. MOQUET-ANGER.

pour payer les astreintes « non dérangées » au profit de personnels non médicaux⁷³. Les magistrats de la CDBF ont jugé qu'il n'y avait pas lieu d'engager la responsabilité des anciens directeurs du fait du contexte particulier de l'établissement et au motif que les solutions mise en œuvre l'avait été en toute transparence vis-à-vis des instances et des autorités de tutelle.

⁷³ CDBF, 17 juillet 2015, Assistance publique – hôpitaux de Marseille (AP-HM). Le grief portait sur le paiement d'astreintes, pour plusieurs services dont le service informatique jusqu'au 1^{er} août 2010 selon un taux horaire qui comprenait une majoration non prévue et les montants versés n'étaient pas plafonnés. Les agents bénéficiaires ont donc perçus un avantage pécuniaire qu'aucun texte ne pouvait justifier. Toutefois, la Cour a considéré que « *le dispositif irrégulier a été élaboré et mis en œuvre en toute transparence tant vis-à-vis du conseil d'administration de l'établissement que de l'autorité de tutelle* ». La Cour a également estimé qu'« *il doit être tenu compte de que [le directeur] a dû, lors de sa prise de fonction en mars 2002 et de la période qui a suivi, faire face à de sérieuses difficultés et mettre en œuvre de multiples priorités (...). Compte tenu de la situation de l'établissement et des termes de la mission qui lui avaient été alors confiés, il a été contraint d'en hiérarchiser et d'en planifier le traitement.* » Les magistrats ont jugé, qu'en définitive, il n'y avait pas lieu d'engager la responsabilité des anciens dirigeants.

2 De la nécessité de trouver un cadre permettant d'assurer la continuité des soins tout en conservant la souplesse inhérente à l'activité médicale : l'enjeu de la contractualisation interne

Depuis la jurisprudence Jamart de 1936⁷⁴, les chefs de service disposent d'un pouvoir réglementaire autonome reconnu qui leur permet de prendre des mesures d'organisation des services dont ils ont la charge. Le pouvoir réglementaire autonome du directeur est toutefois enfermé dans certaines limites. Ainsi un directeur d'hôpital ne peut décider de la mutation d'un praticien, au sein d'un pôle d'activité ou d'un pôle à l'autre, sans avoir recueilli la proposition du responsable du pôle où ce praticien est appelé à travailler et du président de la Commission Médicale d'établissement⁷⁵.

Les établissements publics de santé et, en premier lieu leurs directeurs, sont donc dans l'obligation de mettre en place un cadre destiné à assurer la continuité des soins au risque de voir la responsabilité pour faute engagée (chapitre 1). Face à un contentieux qui leur est généralement défavorable, les directions sont appelées à explorer la voie de la contractualisation interne afin à la fois de responsabiliser les chefs de pôles et de mieux piloter leurs organisations (chapitre 2).

2.1 Une atteinte excessive aux droits des praticiens génère un important contentieux

Relevant directement des pouvoirs de chef de service du directeur d'hôpital, la permanence des soins sur place ou à domicile nécessite la mise en place d'outils et d'organes de contrôle (Section 1). Une jurisprudence considérant de plus en plus les fautes, commises dans ce cadre, non détachables du service et un contentieux important sur le respect du repos compensateur et l'indemnisation du TTA imposent aux établissements le respect à la lettre de la réglementation (section 2).

⁷⁴ CE, 7 février 1936, Jamart

⁷⁵ CE, 7 décembre 2011, n°337972

2.1.1 L'organisation du service est du ressort du directeur d'établissement assisté de la COPS

Les prérogatives du directeur d'établissement à l'égard du corps médical s'expriment dans un contexte dépourvu d'ordre hiérarchique de l'un vis-à-vis des autres (A). Toutefois, le premier est le garant du cadre permettant continuité et permanence des soins (B).

A) Les prérogatives du directeur d'hôpital

Le pouvoir du directeur vis-à-vis des médecins est à analyser du point de vue de la situation juridique particulière de ces derniers lorsqu'ils exercent en établissement public de santé. En tant qu'agents publics, ils sont soumis aux mêmes obligations et disposent des mêmes droits et garanties que les fonctionnaires hospitaliers. Toutefois, il existe à leur égard des dérogations au droit de la fonction publique. Il en va ainsi des avantages financiers qui se matérialisent notamment pour le sujet qui nous intéresse par des indemnités de garde et d'astreintes déjà évoquées. Il en va également de leurs obligations professionnelles marquées par une dualité entre celles qui se rattachent à leur caractère d'agent public (obligation de servir, obligation de non-concurrence) et celles liées à l'exercice de leur activité médicale ou pharmaceutique et soumis à la déontologie de leur profession et à leur Ordre (secret médical, obligation d'informer le patient, indépendance professionnelle)⁷⁶.

Conséquence directe de cette dualité : le rapport du praticien au directeur n'est pas hiérarchique même s'il existe un lien de subordination administrative. Tout au plus, en vertu de l'article L. 6143-7 du Code de santé publique, le directeur peut-il décider de suspendre un praticien de ses activités cliniques et thérapeutiques pour assurer la sécurité des patients et la continuité du service. Seule l'urgence de la situation (paralyse d'un service, atteinte à la sécurité des malades) peut justifier une suspension⁷⁷. Cette décision a « *un caractère conservatoire et ne constitue pas une sanction disciplinaire* », le directeur devant immédiatement en référer aux autorités compétentes pour entériner la décision et procéder aux nominations. Hors une situation d'urgence, un changement d'affectation d'un praticien ne peut « *légalement intervenir que sur proposition du responsable de pôle et du président de la commission médicale d'établissement* »⁷⁸.

Non sans une certaine ironie pour notre sujet, le très récent arrêt du Conseil d'Etat du 27 juillet 2015, annulant nombre de dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2013 (voir

⁷⁶ M.-L. MOQUET ANGER, droit hospitalier, 3^{ème} édition, LGDJ, p. 214, p. 228.

⁷⁷ CE, 10 mars 2004, n°240180 ; CE, 24 janvier 2007, n°288865 ; CE, 26 janvier 2007, n°277393

⁷⁸ CE, 7 décembre 2011, n° 337972

encadré), donne toutefois des éléments de précisions sur ce qui peut, dans le sujet qui nous préoccupe ici, relever des pouvoirs du chef de service, en l'occurrence du directeur d'hôpital. Il en va ainsi des règles relatives à l'organisation des activités médicales et pharmaceutiques, du respect d'obligations destinées à permettre le contrôle de la durée effective du travail. De même, il revient aux établissements de modifier la liste des activités organisées en temps médical continu, de prévoir que les registres de temps travaillés soient portés à la connaissance des services de santé au travail, de confier un rôle de suivi du temps de travail additionnel à COPS et à la CME⁷⁹.

Par ailleurs, dans un autre arrêt du même jour⁸⁰, le Conseil d'Etat confirme que le directeur d'établissement possède la faculté dérogatoire de mettre en place une indemnisation forfaitaire de l'astreinte opérationnelle ou de l'astreinte de sécurité, incluant les temps de déplacement. Il peut le faire pour une structure donnée et après avis de la CME.

Les conséquences de l'arrêt CE du 27 juillet 2015

Par un arrêt du 27 juillet 2015 (n° 374687), le Conseil d'Etat a déclaré entachées d'incompétences un certain nombre de dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2013, au motif qu'elles ne respectent pas la hiérarchie des normes, en s'appuyant sur le fondement de l'article L. 6152-6 du Code de la Santé publique.

D'une part, seul un décret en Conseil d'Etat peut prévoir des dispositions à caractère statutaires. Il en va ainsi de la définition du temps de travail effectif, des repos auxquels ont droit les praticiens.

D'autre part, l'arrêté est entaché d'excès de pouvoir pour un certain nombre de ses dispositions qui relèvent des compétences du directeur d'établissement et de la CME.

Sont donc entachées d'incompétence plusieurs des dispositions emblématiques de l'arrêté du 8 novembre 2013 :

- Les dispositions de l'article 1 qui modifient la liste des activités médicales organisées en temps continu et qui disposent que « *le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés au cours d'une astreinte constituent du temps de travail effectif et (qu') ils sont pris en compte pour l'attribution du repos quotidien.* »
- Les dispositions de l'article 2, 3 et 4 qui prévoient la garantie au praticien d'un repos quotidien après la fin du dernier déplacement ;
- Les dispositions de l'article 2 qui « *prévoient que les registres de temps travaillé sont portés à la connaissance des services de santé au travail, confient un rôle de suivi du temps de travail additionnel à la commission relative à l'organisation de la permanence des soins et à la*

⁷⁹ CE, 27 juillet 2015, n° 374687

⁸⁰ CE, 27 juillet 2015, n° 380750

commission médicale d'établissement et imposent qu'un bilan annuel soit transmis à l'agence régionale de santé et que le bilan social de l'établissement comporte des données relatives au temps de travail additionnel ».

En revanche, le Conseil d'Etat a estimé conforme à la directive européenne de 2003, les dispositions organisant le décompte par période de cinq heures du temps de travail additionnel effectué au-delà des 48 heures hebdomadaires en moyenne lissée sur le quadrimestre.

Dans une instruction du 10 septembre 2015⁸¹, la DGOS annonce l'adoption prochaine de deux décrets :

- 1) *« Un premier décret rétablira les normes suivantes :*
 - a. *La qualification de temps de travail effectif des temps de trajet durant une période d'astreinte à domicile et leur prise en compte pour l'attribution du repos quotidien (article 1er , 2°, de l'arrêté du 8 novembre 2013 annulé),*
 - b. *La disposition garantissant au praticien le repos quotidien après la fin du dernier déplacement intervenu au cours d'une astreinte à domicile (article 2 de l'arrêté du 8 novembre 2013 annulé) ;*

L'adoption de ce premier décret est prévue dans les meilleurs délais, les termes sont identiques à ceux de l'arrêté du 8 novembre 2013, seul le niveau de norme sera élevé ; il doit apporter les modifications réglementaires les plus urgentes de manière à ce que les mesures correspondant puissent être appliquées par les établissements dans la continuité du dispositif initial, sans porter préjudice aux intéressés, et dans le respect du droit européen.

- 2) *Un second décret visera à rétablir les dispositions annulées portant sur l'organisation des activités médicales et pharmaceutiques et les obligations nécessaires au contrôle de la durée effective du travail (registres de temps de travail, élaboration et présentation d'un bilan annuel de la réalisation de temps de travail additionnel, rôle de la COPS, mentions au bilan social, etc.).*

Ce second texte, appelant une rédaction plus circonstanciée et adaptée, fera l'objet d'une phase de concertation et sera adopté selon un calendrier rapproché mais légèrement décalé par rapport au décret mentionné ci-dessus. »

⁸¹ Instruction n° DGOS/RH4/2015/283 du 10 septembre 2015 relative à l'annulation, par le Conseil d'Etat, de certaines dispositions relatives au temps de travail des personnels médicaux des établissements publics de santé et des établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

B) Les moyens mis à la disposition du directeur pour gérer le temps médical

Les établissements publics de santé sont placés dans l'obligation de mettre en place un cadre destiné à régir l'activité des personnels médicaux hospitaliers, dans le but de garantir la continuité du fonctionnement médical des services, des unités fonctionnelles et des autres structures internes. Afin d'assurer la continuité des soins, l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique est arrêtée par le directeur de l'établissement après avis de la Commission médicale d'établissement, conformément à l'article R.6152-26 du CSP.

L'outil privilégié par lequel le chef d'établissement peut s'assurer de la réalisation de la continuité des soins est le tableau de service. Son rôle : assurer la programmation du temps de travail notamment en optimisant l'adéquation indispensable entre les amplitudes horaires d'ouverture des services avec le temps de travail médical, dans le respect de la réglementation. C'est au responsable de structure (souvent le chef de service) qu'il revient de proposer, au chef de pôle et au chef d'établissement, un tableau mensuel prévisionnel nominatif, lequel servira (après les corrections nécessaires en fin de mois pour tenir compte des présences ou des absences effectivement constatées chaque semaine) à constater tous les quadrimestres que chacun des praticiens a satisfait à ses obligations de service et à décompter les congés et/ou les éventuelles plages de travail additionnel⁸².

L'établissement des tableaux de service est donc une prérogative ainsi qu'une responsabilité du directeur d'hôpital et du chef de l'équipe médicale de la structure lesquels pourraient se voir reprocher par la justice une négligence fautive (éventuellement pénalement répréhensible) si une prise en charge déficiente était clairement imputée à un défaut d'organisation tel que l'absence d'un médecin responsable. Lorsque le tableau de service existe, il est généralement exploité par les juges pour établir l'identité du médecin qui aurait dû être présent. Lorsqu'il n'est pas produit, il ne permet pas à un établissement de démontrer que les traitements indûment perçus ne correspondent pas à un temps de travail effectif⁸³. De même, en l'absence de tableau de service, le chef d'établissement ne peut pas imposer la récupération des gardes effectuées par un praticien et se voit, en conséquence, infliger l'indemnisation des gardes effectuées non récupérées⁸⁴.

⁸² Circulaire DHOS/M2 n°2003-219 du 6 mai 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins et d'application des dispositions d'intégration des gardes dans les obligations de service statutaires

⁸³ CAA de Douai, 5 juin 2012, n°11DA00446

⁸⁴ CAA Bordeaux, 18 décembre 2003, n°99BX01685

La Commission relative à l'organisation de la permanence des soins (COPS), émanation de la Commission Médicale d'Établissement (CME) est l'espace de dialogue entre l'ensemble des acteurs responsables de la mise en place de la permanence et de la continuité des soins. Elle a vocation à faire remonter à la CME les éventuels dysfonctionnements organisationnels et à apporter les ajustements nécessaires afin que soit respectée la réglementation en vigueur⁸⁵. L'arrêté du 8 novembre 2013 marque donc la volonté des pouvoirs publics de renforcer le rôle de la COPS dans le suivi et l'évaluation de l'organisation de la permanence des soins au sein des établissements. Elle élabore le contrat de temps de travail additionnel qui est ensuite validé par le directeur après avis de la CME. Elle évalue le respect des modalités de recours au TTA en examinant plus particulièrement les registres du temps de TTA. Par ailleurs, les CHSCT peuvent être saisis en cas de situations non conformes à la protection des travailleurs⁸⁶.

2.1.2 La gestion du temps médical, source d'un important contentieux

Un dysfonctionnement dans la gestion des astreintes médicales pourrait conduire à l'engagement de la responsabilité pour faute dans l'organisation du service de l'établissement de santé (A). C'est toutefois dans le non-respect des droits des praticiens que la jurisprudence est la plus fournie (B).

A) Le régime de la responsabilité pour faute dans l'organisation du service

L'engagement de la responsabilité des hôpitaux publics est admis de longue date par le Conseil d'Etat (CE, 8 novembre 1935, *Veuve L.* ; même date, *Dame P.*). Le droit de la responsabilité hospitalière est marqué par la coexistence et l'articulation de règles relevant d'une logique de responsabilité pour faute et de régimes de réparation, sans faute, des dommages subis au titre de la solidarité nationale. Le régime de responsabilité sans faute ne nous concerne pas ici dans la mesure où sont concernés les aléas thérapeutiques et les dommages causés par des transfusions sanguines, des vaccinations obligatoires, des produits et appareils de santé ou des recherches biomédicales.

⁸⁵ Art. 6 à 8 de l'arrêté du 30 avril 2003

⁸⁶ Instruction n° 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.

Le principe de responsabilité pour faute est consacré par l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique. En matière de continuité et de permanence des soins, la responsabilité de l'hôpital peut être engagée pour faute dans l'organisation et le fonctionnement du service. Toutefois, le juge se montre réaliste. Comme le précise le professeur D. Trichet, « *l'appréciation du juge administratif sur l'existence d'une faute [pour défaut de permanence des soins] est modulée par la prise en compte des moyens dont disposait ou devait disposer l'établissement* »⁸⁷. Les moyens en question sont à considérer en fonction de la catégorie à laquelle il appartient et aux normes de personnels qui s'imposent à lui⁸⁸. Néanmoins, il n'est pas exclu qu'une astreinte non pourvue puisse être prise en considération par les juges en cas d'accident. Cela pourrait ainsi générer un mauvais fonctionnement de service et occasionner, par exemple, la réalisation tardive d'examens médicaux⁸⁹ ou se matérialiser par une insuffisance de personnel⁹⁰. En outre, le fait de confier une astreinte opérationnelle à un médecin résidant à une distance incompatible avec l'impératif de sécurité en cas d'intervention en urgence, pourrait constituer, là aussi, une faute dans l'organisation du service⁹¹.

Pour les médecins hospitaliers, le refus de se déplacer constitue une faute personnelle, détachable par sa fonction même de la fonction qu'il occupe. Pour la jurisprudence, la faute personnelle peut être soit commise hors du service, soit réalisée dans le cadre de celui-ci. Dans ce dernier cas, elle sera considérée détachable du service en raison de la volonté de nuire de son auteur ou de son exceptionnelle gravité. Toutefois, le juge est particulièrement exigeant pour détacher la faute personnelle du service : il doit s'agir d'une faute professionnelle ou déontologique particulièrement grave, c'est-à-dire inexcusable. Ainsi en matière de permanence des soins, constituent des fautes personnelles, le refus du chirurgien de garde de se déplacer auprès d'une blessée par balle alors qu'il avait été averti par l'interne de la gravité de son état⁹², le refus d'un gynécologue de garde à domicile de se déplacer auprès d'une parturiente présentant un

⁸⁷ D. TRUCHET, « Hôpitaux (responsabilité des services hospitaliers) », *Rép. Resp. Puiss. Publ.*, Dalloz, septembre 2005, n°78, p.11 cité par Maxence CORMIER, « Permanence des soins et établissements de santé », *Revue Générale de Droit médical, La permanence des soins*, n° spécial, 2006.

⁸⁸ CAA Bordeaux, 17 mai 2005, M. Plot, req, n°03BX00077 : « *Eu égard au classement de l'établissement et aux missions des hôpitaux locaux, l'absence dans l'établissement, la nuit [...], d'un chirurgien et d'un anesthésiste ne constituait pas une faute dans l'organisation du service public hospitalier* », cité par Maxence CORMIER, op.cit.

⁸⁹ CE, 16 novembre 1998, n°178585

⁹⁰ CE, 27 juin 2005, n°250483

⁹¹ TA de Versailles, 10 décembre 2013, n°100778

⁹² CE, 4 juillet 1990, Société d'assurances « le sou médical » c. CH de Gap, Rec. p.984 ; D. 1991, S.C., p 291, obs BON et TERNEYRE. Cass. Crim., 25 mai 1982, D. 1983.IR.376, obs. J.PENNEAU ; JCP 1982.IV.275 ; RDSS 1982, p. 628, note J. M. DE FORGES ; RDSS 1983, p. 42, obs. L. DUBOUIS. In M. L. MOQUET ANGER, droit hospitalier, 3^{ème} édition, LGDJ, p. 396.

placenta *prævia* recouvrant et d'autres signes alarmants et se contentant de prescrire un traitement destiné à différer l'accouchement⁹³.

Toutefois, dans une jurisprudence plus récente, la Cour de cassation a semblé exclure la faute personnelle au seul motif de la gravité lorsqu'elle a un lien avec le service : « *les juridictions de l'ordre judiciaire sont incompétentes pour connaître de l'action en réparation des conséquences d'une faute de l'agent qui n'est pas détachable du service le fait pour un médecin de se rendre tardivement au chevet d'une parturiente placée sous la surveillance d'une sage-femme* »⁹⁴. Enfin, la méconnaissance du droit au repos des praticiens hospitaliers est de nature à engager la responsabilité des hôpitaux pour faute présumée des services lorsqu'un patient est victime de troubles laissant apparaître qu'une faute a été commise⁹⁵. En l'occurrence les tableaux de service constituent une preuve que le praticien qui a pris en charge la victime a bénéficié ou non de son repos de sécurité. De même l'obligation d'information sur les risques comprend une obligation d'information du praticien sur tous les éléments susceptibles de perturber la bonne fin de l'intervention médicale⁹⁶. En l'espèce, la privation du droit de repos de sécurité des praticiens hospitaliers génère un risque incontestable et évident pour la sécurité des soins apportés au patient. L'information complète du patient nécessiterait que lui soit indiqué que le praticien qui le prendra en charge n'a pas bénéficié de son repos de sécurité. Information qui permettrait au patient de retarder l'intervention médicale qu'il doit subir.

B) Les risques inhérents au non-respect des droits des praticiens

Les dispositions relatives au non-respect du droit au repos sont à apprécier sous l'angle des droits des professionnels concernés mais également sous celui de la sécurité des patients. L'établissement de santé s'expose, en tant qu'employeur, à un recours de plein contentieux initié par un professionnel à qui n'aurait pas été accordé le repos quotidien accordé par la réglementation. Un Centre hospitalier peut ainsi faire l'objet d'une condamnation pour avoir refusé de modifier les plannings de travail d'un agent qui ne bénéficiait pas d'un dimanche de repos complet tous les 15 jours⁹⁷. En qualité d'employeur, un établissement hospitalier doit tout mettre en œuvre pour assurer à ses agents des conditions de travail permettant d'accomplir leur mission et de respecter leur

⁹³ Cass. Crim., 2 avril 1982, Bull. crim. N°140 ; D. 1992.IR.207, JCP 1993.II.22105, note VALLAR ; Gaz. Pal., 24 oct. 1992, II, p. 608. In M. L. MOQUET ANGER, droit hospitalier, 3^{ème} édition, LGDJ, p. 397.

⁹⁴ Cass. Crim., 2 ab-vril 2007, n° 06-82264. In M. L. MOQUET ANGER, droit hospitalier, 3^{ème} édition, LGDJ, p. 398.

⁹⁵ CE, 15 avril 1983, Epoux Rousseau, n°35876

⁹⁶ CE, 14 février 1997, CHR de Nice, n°133238

⁹⁷ CE, 6 novembre 2013, n°359501

statut. En conséquence, les hôpitaux doivent s'organiser de telle sorte que le droit au repos quotidien ou de sécurité soit respecté. Si le seul moyen de garantir la permanence est de méconnaître ce droit, l'établissement doit être réputé ne pas s'être donné les moyens de satisfaire cette obligation.

Il existe par ailleurs un important contentieux en matière de temps de travail additionnel. Sur le principe, tout d'abord, du choix préalable laissé au praticien sur les modalités de prise en compte du TTA, l'autorité administrative ne peut légalement décider que le travail au lendemain d'une garde ne donne pas lieu au paiement de l'indemnisation mais doit toujours faire l'objet d'une récupération⁹⁸. En tant que temps de travail effectif, le temps de travail additionnel réalisé lors des astreintes, doit respecter le principe du choix préalable du praticien sur les modalités de prise en compte de ce temps de travail effectif, soit dans le cadre de ses obligations de service (récupération), soit en temps de travail additionnel (rémunération).

Sur l'indemnisation du TTA, ensuite, la jurisprudence du Conseil d'Etat apporte un certain nombre de précisions qui empêche les directions d'établissement d'en réduire le volume. Ainsi, l'absence de contrat de temps de travail additionnel n'empêche pas l'indemnisation⁹⁹. De même, un centre hospitalier ne peut légalement se fonder sur un motif budgétaire pour limiter la part donnant lieu à indemnisation des périodes de temps de travail additionnel¹⁰⁰. Il ne peut pas davantage exclure de la rémunération des interventions effectuées par un praticien hospitalier au motif que ce dernier était à l'hôpital lorsqu'il avait été appelé¹⁰¹. Cette dernière jurisprudence vise plus particulièrement les astreintes de début de nuit. Dans les blocs opératoires par exemple, les débordements de programmes contraignent souvent les praticiens en poursuivre leur activité de jour au-delà de 18h30 démarrant ainsi leur période d'astreinte sans être rentré chez eux.

En matière de dépassement du seuil des 48 heures, la jurisprudence administrative reste fidèle au principe d'une charge de la preuve reposant sur le praticien. L'instruction DGOS du 31 mars 2014 énonce que « *si le praticien constate que, dans le cadre de ses obligations de service, il dépasse régulièrement le seuil hebdomadaire de 48 heures en moyenne lissé sur le quadrimestre, il lui revient d'envisager, en lien avec son chef de pôle, une réorganisation de son activité et, si nécessaire, de faire une demande de contrat de recours à du temps de travail additionnel* »¹⁰². Un arrêt du Conseil d'Etat d'octobre

⁹⁸ CE, 25 septembre 2009, n°311043

⁹⁹ CE, 6 mars 2013, n°352404

¹⁰⁰ CE, 25 février 2011, n°329733

¹⁰¹ CE, 25 septembre 2009, n°313463

¹⁰² 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

2014 confirme que c'est bien le praticien qui a la charge de la preuve du fait de dépasser la durée maximale hebdomadaire du temps de travail. La requête était celle d'un praticien contractuel exerçant en dix demi-journées hebdomadaires dans un service non organisé en temps continu vis-à-vis de son établissement qui refusait de considérer la borne de 48 heures pour démarrer le décompte du temps de travail additionnel. La Haute juridiction a précisé dans son arrêt que « *les indemnités dues pour tout temps de travail additionnel accompli, sur la base du volontariat, au-delà des obligations de service hebdomadaires doivent être versées (...) à celui qui justifie avoir travaillé plus de quarante-huit heures en moyenne sur une période de quatre mois* »¹⁰³. Une jurisprudence constante rejette les demandes tendant à condamner les établissements de santé à payer des heures de service additionnelles dès lors que le requérant « *ne rapporte pas la preuve de la réalité et du quantum des heures de travail additionnel réalisées* »¹⁰⁴. Sur ce sujet, le juge administratif est à l'opposé des évolutions jurisprudentielles de la Cour de cassation. Dans une décision du 17 octobre 2012¹⁰⁵, la Chambre sociale a rompu avec le régime de preuve partagée, prévu à l'article L.3171-4 du Code du travail, précisant qu'il ne s'applique pas aux seuils et plafonds prévus par le droit de l'Union européenne pour lequel la charge de la preuve pèse uniquement sur l'employeur. Cette jurisprudence d'octobre 2012 a fait date et est aujourd'hui constante¹⁰⁶.

Pour autant, est-il inopportun d'imaginer, qu'un jour, la jurisprudence administrative aille dans ce sens ? En effet, la réglementation exige de plus en plus des établissements de santé qu'ils organisent le suivi et le contrôle du temps de travail additionnel. C'est l'objet, par exemple, des registres de temps travaillé. L'article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié par l'arrêté du 8 novembre 2013 dispose que ces registres doivent comporter les contrats de temps de travail additionnel signés, la spécialité concernée et les périodes et heures de TTA effectuées par chacun des praticiens concernés. Il est par ailleurs précisé que « *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 48 heures et de restreindre ou interdire ce dépassement lorsque la santé et la sécurité des praticiens sont affectées* »¹⁰⁷. Avec de telles mesures, il semble évident que les directions d'établissement devraient être en mesure d'apporter la preuve des dépassements des seuils et plafonds prévus par le droit de l'Union européenne.

continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

¹⁰³ CE, 22 octobre 2014, n°359711

¹⁰⁴ CAA de Douai, 5 juin 2012, n° 11DA00446

¹⁰⁵ Cass. Soc., 17 octobre 2012, n° 10-17370

¹⁰⁶ Cass. Soc., 23 mai 2013, n° 12-13015 ; Cass. soc., 12 février 2015, n° 13-19606

¹⁰⁷ Article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 ; article 2 de l'arrêté du 8 novembre 2013

2.2 La voie de la contractualisation interne

Avec la loi hospitalière de 1991 est introduite la notion de contrat. Elle oblige les hôpitaux à élaborer un projet d'établissement sur 5 ans en cohérence avec les orientations du SROS. Cette évolution a été ensuite approfondie par l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996. Toutefois, c'est l'ordonnance du 2 mai 2005 puis la loi Hôpital Patient Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 qui organisent, au niveau des pôles d'activité, la procédure de contractualisation interne (Section 1). Sa mise en œuvre interroge le rôle des équipes de direction notamment en matière de gestion du temps médical (Section 2).

2.2.1 Une contractualisation conduisant à une délégation de gestion aux pôles hospitaliers

La contractualisation interne repose sur des instruments juridiques tels que le contrat de pôle et la délégation de signature (A). Le principe de subsidiarité qui la sous-tend est toutefois à considérer dans un sens restreint (B)

A) Les instruments juridiques de la contractualisation interne

La loi HPST a conforté l'organisation en pôles d'activité. La réforme de la gouvernance hospitalière conduit les chefs d'établissement à se positionner, avec l'ensemble du directoire, sur le pilotage stratégique de l'hôpital. Ils devront s'appuyer sur l'implication des chefs de pôles. Pour ce faire, le décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 définit les instruments juridiques de contractualisation interne : les contrats de pôles et la délégation de gestion.

A la suite de la loi HPST, le décret du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements de santé a défini les missions responsabilités des chefs de pôle. Ceux-ci sont nommés par le directeur pour une période renouvelable de quatre ans. Une liste est établie par le président de la commission médicale d'établissement. Le choix s'effectue par le directeur. In fine, en cas de désaccord avec le président de la CME, c'est le directeur qui nomme le chef de pôle de son choix. L'article L.6146-1 du CSP : la loi dispose que le chef de pôle à l'autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du

pôle. Il organise le « *fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle* ».

Sur la base de l'organisation déterminée par le directeur¹⁰⁸, un contrat de pôle définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. L'article R.6146-8 dispose que le contrat de pôle précise le rôle du chef de pôle en matière :

- de gestion du Tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés dans les structures internes,
- de gestion des tableaux de services des personnels médicaux et non médicaux,
- de définition des profils de postes médicaux et non médicaux,
- de proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle,
- d'affectation des personnels au sein du pôle,
- d'organisation de la continuité des soins,
- de participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux.

Un projet de pôle doit ensuite, dans les trois mois, être élaboré, définissant les missions, responsabilités, les évolutions des champs d'activité confiées aux structures internes ainsi que l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs.

Il nous faut toutefois signaler que le contrat de délégation de gestion que constitue le contrat de pôle est un contrat administratif d'un type nouveau. Il ne règle que la vie intérieure de l'hôpital et n'a donc de forme juridique certaine qu'à l'intérieur de l'enceinte¹⁰⁹. Contrairement au contrat d'objectifs et de moyens signé entre les établissements publics de santé et l'Agence Régionale de Santé qui peut s'analyser comme un contrat administratif, le contrat interne ne répond à aucune catégorie juridique connue. Il y a donc là une fragilité juridique. Ce problème a été soulevé dans la jurisprudence. Ainsi, le juge a décidé que le contrat d'activité libérale des praticiens hospitaliers, en vertu duquel le préfet autorise les médecins hospitaliers à exercer une activité privée à l'hôpital, a été qualifié de « simple autorisation »¹¹⁰.

¹⁰⁸ Article R.6146-8 du CSP

¹⁰⁹ Sébastien KRAÜTH, « les enjeux juridiques de la contractualisation interne, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001.

¹¹⁰ CE, 28 décembre 2001, n° 229718 et n°229756 : « *si cette autorisation prend la forme de l'approbation d'un "contrat" conclu entre le praticien et l'établissement public de santé précisant les modalités d'exercice de l'activité libérale, qui doit d'ailleurs être conforme à un contrat-type établi par voie réglementaire, le praticien hospitalier doit être regardé comme bénéficiaire d'une autorisation administrative et non comme étant dans une situation qui présenterait un caractère contractuel* »

Par ailleurs, la notion de délégation de gestion à laquelle fait référence l'Ordonnance du 2 mai 2005 est, en droit, une délégation de signature. Le contrat de pôle est, en effet, défini avec une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans quatre domaines : dépenses de crédit de remplacement des personnels non permanents, dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux, dépenses à caractère hôtelier, dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical. Le décret du 30 décembre 2009 relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé a modernisé le dispositif de la délégation de signature du directeur d'établissement de santé aux praticiens hospitaliers responsables¹¹¹. C'est aujourd'hui l'article L.6143 du code de santé publique qui, donnant les compétences du directeur, prévoit la possibilité de déléguer sa signature. La délégation de compétence n'est donc pas possible. Cette dernière consiste à transférer des compétences d'une autorité administrative à une autre autorité. Conformément aux principes du droit administratif, l'exercice délégué d'une compétence n'est possible que lorsqu'elle est prévue par un texte. A la différence de la délégation de compétence ou de la délégation de pouvoir, la délégation de signature permet à une autorité d'être assistée dans sa tâche en gardant l'exercice de ses compétences. Le directeur conserve ainsi toute possibilité d'agir dans les domaines de gestion délégués au chef de pôle. L'objectif de cette délégation est d'assurer une meilleure adéquation des moyens aux besoins. Elle doit permettre, en outre, une responsabilisation des professionnels à la maîtrise des dépenses¹¹².

La délégation de gestion au sein des établissements publics de santé est donc soumise au régime de droit commun de la délégation de signature¹¹³ :

- une délégation de signature n'est jamais de droit ; il appartient toujours au directeur de l'établissement de décider en opportunité des délégations qu'il consent, de leur ampleur, de leur portée, de leurs conditions ou réserves et de

¹¹¹ Décret n°2009-1765 du 30 décembre 2009 relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé et portant application de la loi du 21 juillet 2009 (HPST). C'est le décret n°92-783 du 6 août 1992 qui avait permis au directeur d'un établissement public de santé de déléguer sa signature à un ou plusieurs membres du corps de direction des hôpitaux, ou à un ou plusieurs fonctionnaires de catégorie A ou B, ou à un ou plusieurs pharmaciens des hôpitaux ainsi qu'au directeur du centre de transfusion sanguine. Le décret n° 97-374 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé avait étendu le bénéfice de cette faculté aux praticiens hospitaliers responsables de centres de responsabilité.

¹¹² La circulaire DH/AF/AF 3 n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé définissait déjà les objectifs assignés à la contractualisation interne : « associer les équipes hospitalières à la gestion de l'hôpital et déconcentrer le plus possible les procédures internes ; permettre de décliner, pour chaque équipe hospitalière, les objectifs de qualité des soins ainsi que les engagements de suivi de l'activité et de meilleure utilisation des moyens humains, matériels et financiers prévus par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et le projet d'établissement approuvé ».

¹¹³ Idem.

- leur durée. Il peut mettre fin à tout moment à la délégation;
- si le délégant peut prévoir quelle personne devient titulaire d'une délégation en cas d'empêchement du bénéficiaire, le délégataire ne peut, de lui-même, subdéléguer la signature du directeur. Par ailleurs, la délégation de signature ne modifie pas l'ordonnateur juridiquement responsable de la dépense, qui reste le directeur de l'établissement. Le bénéficiaire de la délégation de signature devra respecter les règles de la comptabilité publique, mais le directeur n'est pas déchargé de cette responsabilité ;
 - toute délégation de signature s'accompagne de l'autorité hiérarchique du délégant sur le délégataire et d'un contrôle de gestion

En matière de responsabilité pénale, le juge sera amené à considérer les circonstances de l'espèce, c'est-à-dire le fonctionnement de l'hôpital pour démêler la part de responsabilité de chacun. Aux yeux du juge pénal, l'existence d'une délégation de signature à valeur (sous certaines conditions) de cause exonératoire de responsabilité¹¹⁴. Selon une jurisprudence constante dite de la « délégation de pouvoirs du chef d'entreprise », une délégation régulière en sa forme, et conférant au délégataire la compétence et l'autorité nécessaires¹¹⁵. Il est donc nécessaire que le délégataire ait le pouvoir, les moyens et l'autonomie suffisante pour prévenir la commission d'une infraction et exonérer le délégant de sa responsabilité pénale.

Cette exonération a trouvé quelques applications en matière administrative¹¹⁶. Cependant, elle ne semble pas transposable à l'hôpital. En effet, dans le cadre des établissements publics de santé, la délégation de signature n'est pas une délégation de compétence et n'entraîne donc pas de transfert de responsabilité. Il est donc important pour un directeur d'établissement de ne pas négliger de surveiller les conditions dans lesquelles la délégation est exercée. Ainsi, la délégation de signature a pour conséquence que la responsabilité du service et, dans certains cas, la responsabilité personnelle du délégataire comme celle du délégant peuvent être engagées par les actes ainsi signés. La responsabilité du directeur, déterminée par des textes réglementaires relevant de l'ordre juridique général qui ont une valeur supérieure aux normes internes, n'est pas remise en cause.

¹¹⁴ DARDE Bénédicte, Loi HPST, La délégation de signature, Gestion hospitalière, n°493, février 2010.

¹¹⁵ Cass. Crim., 12 janvier 1988, n°85-95950. Un résumé sur le sujet est disponible sur le blog de maître Gaël Collin, dans un article publié le 26/09/2013 à 17:51 sur www.legavox.fr/blog/maitre-gael-collin/delegation-pouvoir-employeur-12598.htm#_ftn18

¹¹⁶ Cass. Crim., 4 septembre 2007, n°07-80072 : « Un adjoint engage sa responsabilité pénale pour les infractions qu'il commet dans l'exercice d'une fonction déléguée par le maire d'une commune, dès lors qu'il dispose de la compétence, des pouvoirs et des moyens nécessaires à l'accomplissement de sa mission ».

Il ressort de toutes ces considérations sur la fragilité juridique des contrats de pôle et des effets relatifs en matière de responsabilité pour le directeur des délégations de signature aux chefs de pôle que ces instruments juridiques constituent avant tout des instruments pratiques destinés à permettre d'agir et de gérer les missions de l'hôpital public au plus près des organisations médicales en vertu du principe de subsidiarité.

B) Un principe de subsidiarité entendu dans un sens restreint

Dès l'origine, la contractualisation interne s'est fondée sur le principe de subsidiarité pour répartir les compétences entre les pôles (appelés alors centres de responsabilité) et la direction. Sur un plan juridique, le principe de subsidiarité commande à l'échelon supérieur de n'intervenir qu'en cas de carence de l'échelon inférieur. L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 introduisant la contractualisation interne poursuivait l'objectif de responsabiliser les acteurs hospitaliers : « *C'est au sein même des établissements de santé que la responsabilité doit d'abord s'exprimer. En effet, tous les personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs doivent, ensemble, pleinement participer à l'organisation et à la gestion de l'hôpital* » (Rapport au Président de la République)¹¹⁷.

Il faut toutefois noter que les textes réglementaires ne parlent pas de principe de subsidiarité pour qualifier la contractualisation interne. Plutôt que d'énoncer un principe, le choix est fait de détailler les compétences du directeur et du chef de pôle. Ceci montre d'une part la difficulté de donner un contenu juridique précis à la subsidiarité et d'autre part, que la diversification des niveaux d'administration se fait davantage par des compétences partagées. Ainsi la fonction ressources humaines n'est pas déléguée dans son intégralité mais pour partie. Enfin, une application effective du principe de subsidiarité suppose que soient fournis parallèlement les moyens financiers et humains nécessaires à l'exercice des compétences transférées. Or, rares sont les établissements qui aujourd'hui souhaitent s'engager dans cette voie.

La démarche de contractualisation interne est avant tout une démarche qui vise à une meilleure efficacité du service public hospitalier. C'est l'esprit que lui donnait déjà la circulaire n°97-304 du 21 avril 1997 : « *L'esprit de cette réforme est de déconcentrer la gestion hospitalière, en application du principe de subsidiarité selon lequel les décisions*

¹¹⁷ Rapport au Président de la République, J.O. 25 avril 1996, cité par Sébastien KRAÛTH, « les enjeux juridiques de la contractualisation interne », Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001.

doivent être prises au niveau le plus proche possible des personnes qu'elles concernent »¹¹⁸. Le risque d'une telle conception de la contractualisation interne est que si la centralisation s'avère plus efficace que la décentralisation, la place de la subsidiarité sera faible. C'est le constat que font les évaluations régulières de la nouvelle gouvernance hospitalière comme en témoigne un rapport IGAS de février 2010¹¹⁹. Celui-ci fait état notamment d'un décalage certain entre, d'une part, les efforts considérables d'acculturation de la communauté médicale aux enjeux de gestion, de découpage des pôles et de construction des outils nécessaires à cette nouvelle organisation et, d'autre part, la portée opérationnelle réelle de la subsidiarité. Selon les auteurs, les pôles mis en place depuis 2005, l'ont été davantage dans une logique médico-soignante que dans une réelle logique médico-économique et, de fait, fonctionnent sans délégation de gestion ni délégation de moyens.

Quatre ans plus tard, les constats sont similaires. La mission des présidents des conférences hospitalières déplore, dans son rapport, publié en 2014 à la demande de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, que « *le principe de subsidiarité qui avait présidé à la création des pôles soit peu appliqué. Beaucoup d'établissements estiment que leurs pôles ne sont pas prêts pour une large délégation. Cette affirmation est vraie dans la mesure où les outils de gestion ne sont pas pleinement développés et mis à disposition et où la volonté des équipes dirigeantes des pôles n'est pas toujours affirmées* ». Dans un contexte financier compliqué, « *la nécessité de faire des choix à l'échelle d'un établissement est un facteur limitant la confiance accordée aux équipes pour exercer elles-mêmes des arbitrages difficiles* »¹²⁰.

La lecture des contrats de pôles signés aux Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine ainsi que les entretiens menés avec plusieurs directeurs et chefs de pôles confirment ces constats. Le directeur n'a pas de réels moyens de pression à l'égard de chefs de pôles qui ne respectent pas le contrat de pôle ou qui refusent de le signer. La campagne 2015 de renouvellement des chefferies de pôle en a offert l'illustration : pas d'inscription des projets des candidats dans le projet d'établissement, non prise en compte de la situation financière très fragile du groupement hospitalier, absence de vision stratégique de moyen et long termes, non prise en compte de l'aptitude managériale des candidats. Ce sont les équilibres internes entre les structures au sein des pôles qui ont

¹¹⁸ Circulaire DH/AF/AF 3 n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé

¹¹⁹ Rapport IGAS, Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, février 2010.

¹²⁰ Mission des Président des conférences hospitalières, Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé, rapport à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

conduit à l'émergence d'un candidat par pôle¹²¹. Le bilan qui peut être fait des anciennes mandatures est que les conseils de pôles, dont la loi HPST a supprimé l'obligation, ont été peu réunis.

Ces constats font ainsi écho aux conclusions auxquelles est parvenu le rapport 2012 sur l'hôpital de l'Inspection générale des affaires sociales : « *Le directeur n'a pas de réelle autorité sur le chef de pôle dans son rôle de manager. La responsabilité du chef de pôle en tant que manager n'est pas définie. Quelle peut être l'animation des ressources humaines dans un pôle? Peut-elle être une clause du contrat de pôle avec l'indication des lieux d'expression, d'information, de traitement des difficultés ? Les instances représentatives du personnel n'existent pas au niveau du pôle. Or, c'est là que se déroule la vie quotidienne, que s'organise le travail* »¹²².

Le principe de subsidiarité promeut un management de proximité. Le contexte dans lequel évolue l'hôpital pousse à la mise en place d'une décentralisation. A l'instar des grandes entreprises des années 1980 forcées de s'adapter aux besoins de leur clientèle et de croître afin de faire face à la concurrence, les hôpitaux doivent constituer des groupements hospitaliers de territoire. Avant l'heure, de tels groupements ont été réalisés à l'AP-HP. Les HUPNVS, par exemple, sont nés, en 2011 du regroupement de cinq hôpitaux. Toutefois, l'hôpital est soumis à des forces centrifuges qui sont autant de freins à la mise en œuvre de la subsidiarité. Dominique PERJAK, dans un article qui a gardé toute son actualité nous en fait l'énumération : forte opposition entre les objectifs qualitatifs des unités de soins et les objectifs essentiellement quantitatifs et économiques de la direction ; existence de multiples logiques professionnelles qui poussent au cloisonnement ; peu de facteurs d'intégration entre l'univers administratif et l'univers médical. Pour expliquer cette faiblesse, il peut être avancé que l'intégration s'est développée essentiellement par les procédures (progrès de l'informatique médicale, procédures qualité) mais qu'elle est restée centralisée et vise à faire respecter la réglementation. Par ailleurs, il existe une asymétrie d'informations entre les soignants qui disposent d'un large cadre d'exercice de leur profession et la direction qui dispose du pouvoir de gestion. Et de conclure : « *Les hôpitaux se caractérisent par conséquent par des prises de décision incrémentales, chaque décision étant le résultat d'un équilibre momentané des forces en présence, par une tendance au repliement interne et par un*

¹²¹ Ainsi, aux HUPNVS, seuls deux pôles sur 11 ont fait l'objet de deux candidatures, les autres n'ayant qu'un candidat. Sur les deux chefferies de pôles ayant fait l'objet de plusieurs candidatures.

¹²² BURSTIN Anne, GARRIGUE-GUYONNAUD Hubert, SCOTTON Claire, BRAS Pierre-Louis, L'hôpital, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2012.

*faible sentiment d'appartenance à l'organisation au profit d'une tendance au corporatisme »*¹²³.

2.2.2 Champ obligatoire de la contractualisation interne, la gestion du temps médical impose de redéfinir le rôle de l'équipe de direction

En dépit d'une mise en œuvre timide de la contractualisation interne, l'arrêté du 8 novembre 2013, en élargissant les attributions des chefs de pôle en matière de gestion du personnel médical, valide bien l'idée d'une organisation « déléguée » au sein des établissements publics de santé (A). Toutefois, force est de constater qu'en pratique, les établissements réalisent une délégation restreinte. Du fait d'un contexte financier contraint, les directeurs ont plutôt tendance à centraliser qu'à décentraliser leurs compétences (B). L'exemple du Centre Hospitalier de Valenciennes nous montre toutefois qu'un autre mouvement est possible (C).

A) Vers un rôle nouveau de suivi, de conseil et d'accompagnement des équipes de direction vis-à-vis des pôles ?

En 2009, la Chambre régionale des comptes d'Ile-de-France, dans un rapport sur l'organisation des soins à l'Assistance Publique – hôpitaux de Paris faisait un constat sans appel de la mise en place de la nouvelle gouvernance issue de l'ordonnance du 2 mai 2005 au sein des 38 hôpitaux qu'elle comptait alors : *« Si l'AP-HP s'est fortement impliquée dans la mise en place de la nouvelle gouvernance en son sein, cette opération s'avère un rendez-vous manqué. Les différentes instances sont effectivement installées, les hôpitaux découpés en pôles de taille satisfaisante. Pour autant, les lignes directrices fixées au niveau du siège sont demeurées trop mouvantes pour faire émerger des entités efficaces sur le plan médico-économique et les outils d'analyse mis à disposition des responsables locaux sont insuffisants pour pointer les dysfonctionnements et structurer les activités. Les silences de la loi quant aux compétences laissées aux chefs de service et aux affectations des personnels médicaux constituent autant d'obstacles aux reconfigurations envisagées. Enfin, les tensions budgétaires ont vidé de sens la contractualisation et la délégation de gestion accordées aux pôles »*. Et de poursuivre sur ce qui touche directement à notre sujet : *« La gestion du temps médical demeure contraire à la réglementation et l'absence de données objectives sur l'affectation de cette ressource aux différentes activités effectuées à l'AP-HP (soins, recherche,*

¹²³ PERJAK Dominique, « La subsidiarité : le défi de l'hôpital du XXIème siècle », Gestion 2002/3 (vol. 27) p. 134-141. DOI 10.391/riges.273.0134

enseignement...) obère toute possibilité de vérifier la pertinence des financements qui leur sont accordés¹²⁴.

Qu'en est-il aujourd'hui ? L'hôpital Bichat-Claude Bernard, membre depuis 2011 des HUPNVS faisait alors partie des 3 hôpitaux plus particulièrement audités par la Chambre régionale des comptes avec les hôpitaux Broussais - HEGP et Chenevier – Henri Mondor. La délégation de gestion était relativement restreinte en matière de gestion du personnel médical qui reste à la main de la direction des affaires médicale. Le chef de pôle ne gère que les redéploiements de moyens au sein du pôle, la définition des ETPR, l'organisation des gardes et astreintes et l'utilisation des demi-journées vacantes.

Depuis, l'AP-HP a défini un socle de délégation de gestion plus étoffé des ressources humaines médicales¹²⁵. Suite au dialogue de gestion entre direction et pôle, les moyens de fonctionnement en personnel médical sont notifiés à chaque pôle. L'utilisation de ces moyens fait l'objet d'un suivi auquel prennent part le pôle et la direction des affaires médicales. Celui-ci se traduit principalement par la gestion des TPER, l'affectation interne du personnel médical. Le chef de pôle identifie et donne son avis sur les recrutements, détermine et coordonne l'organisation de travail de l'ensemble des personnels médicaux affectés au pôle. Il est en charge donc d'organiser la permanence des soins. Enfin, il propose un plan de développement personnel continu des personnels médicaux. Par ailleurs, des outils de pilotage sont aujourd'hui produits :

- Un ensemble de tableaux de bord appelés « quatre cadrans » regroupant quatre secteurs d'intérêt : activité (données des urgences, PMSI et taux d'occupation des lits), attractivité – qualité – risques (indicateurs de patientèle, suivi des ressources humaines, indicateurs qualité), efficience (recettes théoriques, dépenses, performance de la facturation et du recouvrement, taux d'exhaustivité du codage PMSI), Projets (suivi de l'avancement des projets immobiliers, informatiques, taux de réussite aux VAE). Aux HUPNVS, un poste de responsable « activité, recettes et gestion des lits » est identifié au sein de la direction de la stratégie, des finances et de la recherche. Le suivi de l'activité est donc le produit d'un travail en commun réalisé par les cadres administratifs de pôle et la direction des finances.
- Des comptes de résultats analytiques (CREA) par pôle sont produits depuis 2012

En outre, depuis 2015, la production d'indicateurs médicalisés reprend. L'objectif est de permettre aux responsables administratifs et médicaux de comparer les spécialités médicales entre elles, à l'échelon de l'AP-HP et de disposer d'un outil complémentaire au

¹²⁴ Le rapport est accessible sur le lien suivant : <http://www.cmh-hopital.org/actu/IFR200971.pdf>

¹²⁵ Voir Annexe 6

service de la gouvernance interne des groupes hospitaliers et de la CME, notamment lors de la révision des effectifs de praticiens hospitaliers¹²⁶. Si ces indicateurs médicalisés sont convenablement produits, ils participeront d'une volonté d'aller au-delà de la seule maîtrise des moyens pour aller vers une médicalisation de la gestion et une négociation d'objectifs de qualité des soins et d'activité médicale.

B) Une gestion décentralisée du personnel médical encore aujourd'hui compromise

En matière d'outils de suivi de l'activité médicale, les avancées s'avèrent limitées. L'arrêté du 30 avril 2003 prévoit que le directeur, avec la COPS, arrête annuellement l'organisation du temps de présence médicale après avis de la CME et consultation des chefs de service. Il prévoit également que soient établis des tableaux de service nominatifs, mensuels et prévisionnels sur lesquels sont réparties les sujétions résultant de la participation à la permanence des soins, de la mise en place du repos quotidien et du repos de sécurité, par roulement entre les praticiens hospitaliers. Ce tableau doit être arrêté avant le 20 de chaque mois, pour le mois suivant, par le directeur, sur proposition du chef de service¹²⁷.

L'hôpital Bichat – Claude Bernard et par effet de capillarité depuis sa constitution, le groupe hospitalier, font partie des hôpitaux les plus avancés en la matière. Depuis 2007, existe un outil de gestion du temps médical, produit en interne : le logiciel « Méditemps ». Généralisé à tous les services, il permet à la Direction des affaires médicales de consulter en temps réel les tableaux de service. Les tableaux prévisionnels deviennent définitifs après mise à jour par le secrétariat des services des absences non prévues. Toutefois, l'investissement des services reste très inégal. Les tableaux de service sont généralement produits mais sur un mode déclaratif sans que des contrôles soient effectués. Certains chefs de service ne s'estiment pas responsables du contrôle du service fait. De nombreux tableaux de service laissent ainsi apparaître des situations au bord de la légalité avec des programmations de service suite à des gardes. La direction des affaires médicales doit croiser les déclarations de déplacement d'astreinte avec les tableaux de service pour vérifier si les tableaux de services ont bien été mis à jour et les repos quotidiens positionnés immédiatement après le dernier déplacement.

¹²⁶ Depuis 2009, à la demande de la CME centrale, la DOMU ne diffusait plus d'indicateurs médicalisés. Toutefois, la production de ces ratios est complexe compte tenu de l'absence de coïncidence entre les informations recueillies sur l'axe de gestion du système d'information (recueil d'activité) et les informations recueillies sur l'axe médical du système d'information (structures internes médicales et affectation des personnels médicaux).

¹²⁷ Article 11 de l'arrêté du 30 avril 2003

La direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) de l'AP-HP prépare le cahier des charges d'un logiciel de gestion du temps médical commun à tous ses établissements. Cet outil commun pourrait ainsi voir le jour en 2017. Pour l'heure, c'est un logiciel similaire à celui produit par l'hôpital Bichat qui sera généralisé. Produit par la direction des affaires médicales des hôpitaux universitaires Paris-Sud (Antoine-Béclère, Bicêtre et Paul-Brousse), le logiciel « Medtime » dispose de plus de fonctionnalités notamment pour le calcul automatisé des cartes de situation individuelles.

Ce besoin d'outils de gestion du temps médical est aujourd'hui renforcé par les exigences que pose l'arrêté du 8 novembre 2013 en matière de contrôle du temps de travail additionnel. Celui-ci élargit, en effet, le périmètre du contrat de pôle et confère au chef de pôle de nouvelles attributions¹²⁸ :

- Arrêter de manière anticipée, en concertation avec les responsables de structures (chefs de services) ayant préalablement consulté les praticiens, sur la base des tableaux de service nominatifs mensuels prévisionnels résultant de l'organisation arrêtée, les besoins prévisionnels de recours à des contrats de temps additionnel ;
- Inscrire les contrats de TTA dans le contrat de pôle ;
- Signer les contrats de temps additionnel à adosser aux nouveaux registres de temps travaillé.

Initialement une des ambitions avouées de la contractualisation interne était de sortir d'une logique essentiellement budgétaire et descendante, et d'être une méthode de gestion qualitative et participative. Force est de constater, même dans un des hôpitaux les plus avancés sur le sujet du suivi du temps médical au sein de l'AP-HP, que faute d'un système d'information performant, cette ambition reste très théorique. En conséquence, la gestion reste descendante et motivée avant tout par des impératifs budgétaires poussée en cela par les injonctions du siège de l'AP-HP à réaliser, chaque année, toujours plus d'efficience.

C) L'exemple du CH de Valenciennes

L'organisation du CH de Valenciennes repose sur un modèle managérial décentralisé, avec un important pouvoir de décision et une délégation de gestion aux chefs de pôle. Le modèle choisi par le directeur général de l'établissement s'est incarné dans la mise en place de chefs de pôle forts, responsables des performances médico-économiques de

¹²⁸ Art. 4 de l'arrêté du 8 novembre 2013. L'article R.6152 du CSP précise par ailleurs qu'un tableau de service nominatif est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de pôle.

leur pôle, à travers la délégation de gestion de la plus grande partie des comptes de charges directes et de recettes.

Le chef de pôle dispose de l'autorité fonctionnelle sur les médecins de son pôle, et hiérarchique pour tous les professionnels non médecins : il recrute les professionnels de son choix et les évalue. Il est entouré d'un conseil médical, d'un cadre supérieur de santé, d'un cadre administratif (attaché) et, chose nouvelle, d'une équipe gestionnaire et technique : gestionnaires administratifs, techniciens d'information médicale, techniciens de maintenance polyvalents, informaticiens, ou tout autre professionnel nécessaire à la réalisation de son contrat de pôle. Il suit l'activité médico-économique de son pôle (Compte de résultat analytique) et peut utiliser librement son excédent. En cas de déficit, il lui appartient de prendre les mesures requises pour parvenir à l'équilibre économique. Les directions fonctionnelles sont support à l'activité du pôle. Une délégation de gestion, accompagnée d'une délégation de signature du directeur général, lui permet d'agir sur 85% de son budget de fonctionnement et 100% des crédits de personnel¹²⁹.

**L'expérience du Centre Hospitalier de Valenciennes :
une délégation quasi-totale des crédits (85% environ)¹³⁰**

Objectifs :

- Retrouver des « alternatives » managériales pour les pôles ;
- Reconcentrer la direction générale sur les problématiques stratégiques et rapprocher la prise de décision opérationnelle de son champ d'application dans les pôles.

Démarche :

- Séparer la démarche de délégation de gestion et celle de contractualisation, la première étant engagée largement en amont de la seconde ;
- Mettre en œuvre une véritable subsidiarité : l'essentiel du quotidien doit être géré au niveau du pôle ;
- Restructurer en conséquence la direction générale autour d'un chef d'établissement et de deux directeurs généraux adjoints. Le principe de directeurs référents n'est donc pas retenu afin de renforcer celui d'une large délégation aux pôles.

Méthodologie :

- Contractualisation de la direction générale avec les directions fonctionnelles sur un redéploiement de leurs effectifs au profit des pôles. En contrepartie, chacune des directions devait identifier toutes les matières qu'elle devait, par conséquence, envisager

¹²⁹ LEMAIRE Antoine, LYDA-TRUFFIER Agnès, « Risques psychosociaux : une démarche décentralisée dans les pôles d'activité. Expérience du centre hospitalier de Valenciennes », *techniques hospitalières*, n° 750, mars-avril 2015.

¹³⁰ P. JAHAN, « Vers une délégation de gestion approfondie », in T. NOBRE, P. LAMBERT, *Le management de pôle à l'hôpital : regards croisés, enjeux et défis*, Dunod, 2012.

de déléguer aux pôles ;

- Elaboration au sein de chaque direction d'une « Charte de délégation de gestion aux pôles » ;
- Mise en place en parallèle de la comptabilité analytique et validation de CREA de pôles.

Pilotage :

- Une cellule médico-économique de validation des budgets ;
- Une conférence des chefs de pôles ;
- Un dispositif d'évaluation de la « performance » des chefs de pôle.

Les délégations de gestion se résument le plus souvent à des délégations de tâches. Le processus de décision est ainsi découpé comme un processus de production industriel. En matière d'actions de formation, par exemple, la direction fonctionnelle rédigera le cahier des charges, élaborera les marchés, participera à la sélection des prestataires. Le pôle sera garant de la participation des agents aux actions de formation. Il n'y a donc pas de gestion déconcentrée dans la mesure où ce qui est délégué est très contrôlé et parcellaire. Certains en appellent aujourd'hui à une véritable déconcentration c'est-à-dire à une délégation de véritables marges d'action engageant la responsabilité du chef de pôle et servant l'atteinte d'objectifs stratégiques de pôle concrets¹³¹. Pour l'heure, l'acculturation à une gestion médico-économique déconcentrée est loin d'être aboutie. A l'instar du CH de Valenciennes où cette voie a été prise, la direction générale et les directions fonctionnelles ont dû mettre en place des gardes fous, en l'espèce deux directeurs généraux adjoints chargés d'accompagner les pôles en difficulté et une cellule médico-économique de validation des budgets¹³².

¹³¹ E. JOUBERT, A. LESTIENNE, « Nouvelle gouvernance. De la gestion administrative centralisée à la gestion médico-économique déconcentrée », *Gestions hospitalières*, n°527, juin/juillet 2013, p. 329 à 333.

¹³² S. FONTAINE, P. JANSON, « Contractualisation et délégation de gestion : l'expérience du centre hospitalier de Valenciennes », *Les cahiers hospitaliers*, juillet/août 2011, p.23 à 25.

Conclusion

L'annulation par le Conseil d'Etat, le 27 juillet 2015, des dispositions les plus importantes de l'arrêté du 8 novembre 2013 montre à quel point le contexte réglementaire dans lequel se fait la réforme du temps médical est sujet à des variations qui ne permettent pas, pour l'heure, la conduite du changement. Ce travail montre à quel point c'est le juge administratif qui a façonné le cadre de l'acceptable en matière de temps de travail médical.

Toutefois, ce n'est pas le rôle de la jurisprudence de définir quelles sont les règles optimales en matière d'organisation médicale. Ce que permettent les textes est une gestion « déléguée » des personnels médicaux dans le respect des droits des individus. L'absence de volontarisme de part et d'autre (corps médical et corps politique) ont conduit aujourd'hui à une situation où dominent d'importantes zones de flou. Face à cette situation, les directions hospitalières et leurs tutelles ne sont pas restées pour autant inactives. Elles ont développé une réelle instrumentation gestionnaire. Introduction du PMSI, réforme de la tarification à l'activité, création des pôles hospitaliers, développement de la comptabilité analytique par pôles sont autant d'outils qui ont permis un meilleur pilotage des hôpitaux publics. Parallèlement, les directions hospitalières ont été à l'origine d'évolutions. Ainsi, en matière de rémunération des astreintes, la forfaitisation, d'abord rejetée par le juge, a fini par être autorisée par les textes réglementaires.

Pour autant cette instrumentation ne suffit pas à assurer une maîtrise des activités et donc des organisations. L'enjeu est aujourd'hui à l'appropriation de ces outils par le corps médical notamment. Car l'efficacité dépend d'abord des mécanismes relationnels qui se tissent au sein des groupes. Or, trop souvent l'hôpital trouve son équilibre par la préservation de zones de flou. En matière de temps médical, il en va ainsi de l'indéfinition voulue et maintenue de la durée de la demi-journée de travail des médecins hospitaliers. De même, les délégations de gestion, restreintes, de signatures plus que de compétences sont le résultat d'enjeux de pouvoir qui jouent autant comme des facteurs d'incertitude que de stabilité en limitant l'instauration d'un climat de compétition (Moisdon et Tonneau, 1999). Cette idée a été soulignée dès les années 1970 : « *la bienheureuse incertitude qui règne avant l'introduction de la mesure chiffrée de l'action de chacun, est considérée pour la plupart des responsables comme une source de quiétude* » (Gauthier et alii, 1979)¹³³.

¹³³ Références et citation sont extraites de Sophie COLASSE et Michel NAKHLA, « Les démarches de contractualisation comme processus de conception : l'émergence du contrôle de gestion médicalisé à l'hôpital », *Politiques et management public* [En ligne], Vol 28/3 | 2011, mis en ligne le 04 novembre 2013, consulté le 21 juillet 2015. URL : <http://pmp.revues.org/4537>

William Shakespeare dirait qu' « il n'est pas de vice si simple qui n'affiche des dehors de vertu ».

Au final, la réforme du temps de travail médical renvoie à la difficulté de mener la conduite du changement. Elle modifie les pratiques opérationnelles mais aussi les fondements des organisations. Elle investit à la fois une dimension humaine (en touchant à l'organisation et aux compétences), technique (en introduisant de nouveaux outils et processus), et temporelle (en ouvrant d'autres horizons et en imprimant d'autres rythmes de travail). Imposer la garantie du repos après le dernier déplacement d'astreinte et exiger une traçabilité du temps travaillé semble frapper du bon sens. Pourtant c'est tout un ensemble de zones de flou en matière d'organisation du temps médical qui se trouvent mises en jeu.

Bibliographie

Ouvrages

- DUPONT Marc, *Droit hospitalier*, Dalloz, 8^{ème} édition, 2011
- LUCAS André, JAGLIN-GRIMONPREZ Cécile, ORIO Martine, *Fichier permanent des personnels médicaux*, Presses de l'EHESP, 2014
- MOQUET-ANGER Marie-Laure, *Droit hospitalier*, LGDJ, 3^{ème} édition, 2014.
- MOQUET-ANGER Marie-Laure, *Le statut des praticiens hospitaliers publics*, PUF, 1994
- NOBRE Thierry, LAMBERT Patrick, *Le management de pôle à l'hôpital : regards croisés, enjeux et défis*, Dunod, 2012.
- RODIERE Pierre, *Droit social de l'Union européenne*, LGDJ, 2^{ème} édition, 2014

Dictionnaires

- GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques 2014-2015*, Dalloz, 22^{ème} édition.

Codes

- Code de la Santé Publique, 2014.
- Code Pénal, 2014

Périodiques

- BOISGUERIN Bénédicte, BRIHAULT Gwennaëlle (coordination), « Le panorama des établissements de santé », *collection Etudes et statistiques*, édition 2014, DRESS.
- CLEMENT J.-M. et MEMETEAU G., « La permanence des soins », *Revue Générale de Droit médical*, n° spécial, 2006.
- COLASSE Sophie, NAKHLA Michel, « Les démarches de contractualisation comme processus de conception : l'émergence du contrôle de gestion médicalisé à l'hôpital », *Politiques et management public* [En ligne], Vol 28/3 | 2011, mis en ligne le 04 novembre 2013, consulté le 21 juillet 2015. URL : <http://pmp.revues.org/4537>
- COPIN Jean-Yves, « Réforme du temps de travail médical : pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué ? », *Santé RH*, n°58, février 2014

- CORDIER Marie, « L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes », *Etudes et résultats*, DREES, n° 709, novembre 2009.
- DARDE Bénédicte, Loi HPST, « La délégation de signature », *Gestion hospitalière*, n°493, février 2010.
- DREXLER Armelle, MONDOLONI Loïc, « Nouvelle gestion du temps de travail médical : quand le docteur devient... horodateur », *Revue hospitalière de France*, n°556, février 2014
- DREXLER Armelle, « Nouvelle gestion du temps de travail médical, boîte à outil pour la mise en œuvre de la réforme », *Techniques hospitalières*, n°749, janvier-février 2015
- FONTAINE Sylvie, JANSON Patrick, « Contractualisation et délégation de gestion : l'expérience du centre hospitalier de Valenciennes », *Les cahiers hospitaliers*, juillet/août 2011, p.23 à 25
- JOUBERT Etienne, LESTIENNE André, « Nouvelle gouvernance. De la gestion administrative centralisée à la gestion médico-économique déconcentrée », *Gestions hospitalières*, n°527, juin/juillet 2013, p. 329 à 333
- LEMAIRE Antoine, LYDA-TRUFFIER Agnès, « Risques psychosociaux : une démarche décentralisée dans les pôles d'activité. Expérience du centre hospitalier de Valenciennes », *techniques hospitalières*, n° 750, mars-avril 2015.
- LEPAGE Corinne, BRAU François, « La continuité des soins remet-elle en question le repos des praticiens hospitaliers », *revue PHAR*, n°27, septembre 2003
- PELET Rémi, « Médecine, éthique et démocratie. Le risque médical et la justice », *Cahiers français*, n°324, janvier-février 2005
- PELJAK Dominique, « La subsidiarité : le défi de l'hôpital du XXIème siècle », *Gestion 2002/3* (vol. 27) p. 134-141. DOI 10.391/rigues.273.0134
- PELJAK Dominique, « Le directeur d'hôpital face à la Cour de discipline budgétaire et financière », *Revue hospitalière de France*, n°507, novembre – décembre 2005.
- ROIG-ORCEL Alexandra, « Temps de travail : la France rattrape in extremis son retard au niveau européen ! Impact sur le temps de travail des praticiens hospitaliers », *Revue Droit et Santé*, n°57, janvier 2014

Mémoires

- KRAUTH Sébastien, *Les enjeux juridiques de la contractualisation interne : une analyse de l'article L. 6145 – 16 du code de la santé publique*, ENSP, 2001.
- TACZANOWSKI Marie, *Les mutations de la profession de praticien hospitalier à travers l'aménagement et la réduction du temps de travail médical*, EHESP, 2005.
- VAUCHEL Vincent, *Gérer et organiser différemment le temps de travail médical, l'exemple des anesthésistes à l'Hôpital Universitaire Necker – Enfants malades*, EHESP, décembre 2014

Rapports

- BURSTIN Anne, GARRIGUE-GUYONNAUD Hubert, SCOTTON Claire, BRAS Pierre-Louis, *L'hôpital*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2012.
- CHAMBAUD Laurent, KHENNOUF Mustapha, LANNELONGUE Christophe, *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*, Inspection Générale des Affaires Sociales, janvier 2009.
- Chambre régionale des comptes d'Ile-de-France, *Rapport d'observations définitives sur l'organisation des soins à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (exercices 2004 et suivants)*, février 2010.
- DESCOURS Charles et alii, *Rapport relatif à la permanence des soins*, remis le 22 janvier 2003 à J.-F. Mattei, ministre de la Santé.
- DOMY Philippe, MOULIN Guy, FRECHOU Denis, MARTINEAU Frédéric, MULLER Christian, *Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé*, Ministère des affaires sociales et de la santé, mars 2014.
- ZEGGAR Hayet, VALLET Guy, TERCIERIE Oriane, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Inspection Générale des Affaires Sociales, Mai 2010

Sites Internet

- www.aphp.fr
- www.sante.gouv.fr
- www.legifrance.gouv.fr
- www.conseil-etat.fr
- www.dalloz.fr
- www.eur-lex.europa.eu

Liste des annexes

Annexe 1 – Le groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine (HUPNVS)	II
Annexe 2 – Les avancées de l’arrêté du 8 novembre 2013.....	IV
Annexe 3 – L’indemnisation de la permanence des soins	V
Annexe 4 – Profil des astreintes aux HUPNVS	VI
Annexe 5 – Analyse de l’effet de la réglementation nationale sur le temps de travail des internes	VII
Annexe 6 – Description du socle de délégation « Gestion des ressources humaines médicales » de l’AP-HP	IX
Annexe 7 – L’expérience du CH de Valenciennes : calendrier de la mise en œuvre de la délégation	XI
Annexe 8 – L’expérience du CH de Valenciennes : les crédits délégués aux pôles	XII
Annexe 9 – L’expérience du CH de Valenciennes : modèle de délégation de signature.....	XIII

ANNEXE 1 - Le groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine (HUPNVS)

Les HUPNVS constituent le lieu du stage réalisé de mars à novembre 2015. Celui-ci s'est déroulé notamment au bureau du personnel médical, offrant ainsi une proximité avec la problématique traitée. Des entretiens ont, par ailleurs, été menés avec des médecins responsables des Commissions de permanence des soins centrale (AP-HP) et locale, des chefs de pôle et de service ainsi que plusieurs membres de l'équipe de direction.

1. Carte d'identité

- le Groupe hospitalier, constitué en 2011, compte cinq établissements implantés sur 3 territoires de santé au nord de Paris. Trois d'entre eux ont une orientation MCO (Beaujon, Bichat, Louis Mourier), les deux autres (Bretonneau, Adélaïde Hautval) ayant une spécialisation gériatrique.
- Au total, les HUPNVS regroupent 1703 lits et places en MCO, 73 en psychiatrie, 332 en SSR et 270 en SLD. 9469 personnels y travaillent dont 1985 personnels médicaux (ETPR) et 7484 personnels soignants, administratifs, techniques et logistiques.

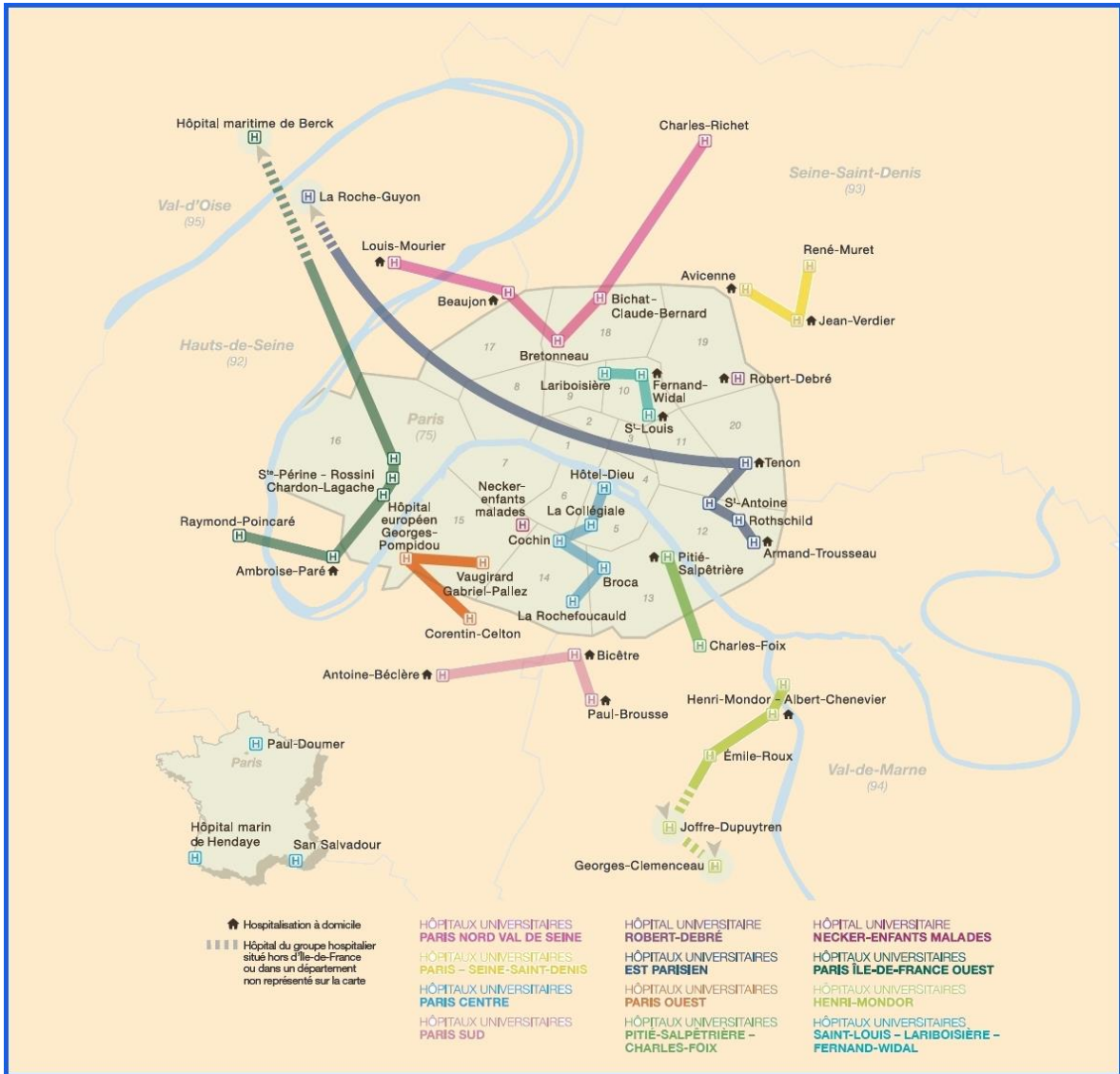
2. Situation au regard de la question de la réforme de l'organisation du temps de travail médical

- Parmi les pôles d'excellence figurent un nombre important de spécialités fortement consommatrice en temps de garde et d'astreinte : la cardiologie médicale et chirurgicale, la prise en charge des maladies de l'appareil digestif, du thorax, les transplantations, la périnatalité, la gériatrie, la cancérologie, les maladies infectieuses, les Urgences.
- En 2014, les dépenses liées à la permanence des soins et aux plages additionnelles ont représenté 10 670 835 euros soit plus de 10% de la masse salariale du personnel médical¹³⁴. Cela place les HUPNVS en tête des groupes hospitaliers de l'AP-HP¹³⁵.
- La dernière note AP-HP sur la procédure de révision 2016 des effectifs de praticiens hospitaliers recommande aux GH d'identifier les marges de manœuvre possibles en matière de réduction des dépenses de permanence des soins et de plages additionnelles.

¹³⁴ Source : Bureau du Personnel Médical, HUPNVS.

¹³⁵ Les dépenses liées à la permanence des soins et aux plages additionnelles ont représenté un budget de 85.5 M d'Euros en 2014 pour l'AP-HP en constante augmentation depuis plusieurs années (rapport de la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins à la CME de l'APHP du 13 janvier 2015)

3. Les HUPNVS au sein de l'AP-HP



ANNEXE 2 – Les avancées de l'arrêté du 8 novembre 2013

Le tableau ci-dessous récapitule les principales mesures hors les indemnités traitées dans l'annexe 3.

	Remarques	Indemnisation
Dispositions générales	Modalités de mise en œuvre du dispositif pour chaque ligne d'astreinte validées par le pôle, la COPS et la CME et intégrées au règlement intérieur	
Indemnisation	Soit intégrée aux obligations de service (OS) (temps + indemnité de sujétion [IS])	
	Soit rémunéré en temps additionnel (indemnité de TTA)	
Sujétion téléphonique	Forfait inchangé	Indemnité d'astreinte de sécurité ou opérationnelle
Temps de trajet	Temps de travail effectif	Décompté forfaitairement : 1 heure pour chaque déplacement avec un maximum de 2 heures pour 1 période complète d'astreinte (1 nuit ou 1 journée)
Temps d'intervention sur place	Temps de travail effectif	Décompté en heures
Forfaitisation	La forfaitisation est possible après avis de la CME et avec une évaluation annuelle du dispositif	Temps de déplacement décompté des obligations de service
Repos quotidien (RQ)	Il est garanti et obligatoire	
	Il est « remboursé » par la génération de temps pendant l'astreinte sauf si l'on choisit l'indemnisation en TTA (dans ce cas il sera ensuite soustrait des OS s'il est pris)	
Temps de travail additionnel (TTA)	Il doit être choisi (opt out)	
	Il doit être contractualisé	

ANNEXE 3 – L'indemnisation de la permanence des soins

Arrêté du 12 juillet 2010 relatif 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 les personnes âgées dépendantes

1. Permanence des soins sur assurée place

	Statut	Indemnisation
Praticien hospitalier, praticien à temps partiel, assistant, praticien contractuel, praticien adjoint contractuel		264,63 €
Assistant associé		217,40 €
Praticien attaché		264,63 €
Praticien attaché associé		217,40 €
Personnel enseignant et hospitalier		473,94 €
Interne, résident et faisant fonction d'interne		119,02 € (dans le cadre des obligations de service) 130,02 € (hors obligations de service)

2. Permanence des soins assurée par astreinte à domicile

Type d'astreinte	Spécificité	Non déplacée	Déplacée			
			Un déplacement > à 3 heures	Plusieurs déplacements	2 ^{ème} déplacement et suivants (1)	
Astreinte opérationnelle	Seniors Internes, FFI	42,13 €	236,98 €	42,13 €	65,41 €	73,73 €
Astreinte de sécurité		30,56 €	236,98 €	30,56 €	65,41 €	73,73 €
Demi-nuit de permanence sur place suivie d'une demi-astreinte opérationnelle	Dans le cadre des obligations de service	153,36 €	132,31 € (2) + 236,98 €	132,31 € (2) + 21,05 €	65,41 €	73,73 €
	Hors obligations de service	258,03 €	236,98 € (2) + 236,98 €	236,98 € (2) + 21,05 €	65,41 €	73,73 €
Astreinte forfaitaire				187,70 €		
Déplacement exceptionnel (3)	Seniors			65,41 €		
	Internes, FFI			65,01 €		

(1) Une astreinte déplacée 2 fois = Base + 1^{er} déplacement + 2^{ème} déplacement soit 42,13 + 65,41 + 73,73

(2) Indemnité de sujétion

(3) Une indemnité de déplacement exceptionnel peut être rémunérée lorsque le praticien est sollicité dans que celui-ci soit d'astreinte à domicile.

ANNEXE 4 - Profil des astreintes aux HUPNVS

Service A (Urologie) : 2 lignes d'astreintes (1 senior, 1 interne)

1. Caractéristiques des hospitalisations

	Séjours		Taux d'occupation		Sévérités 2 et 4		IP RUM	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Urologie	1543	1474	70,17	70,47	14	11	1,04	1,05

2. Profil des astreintes

SENIORS	Amplitude horaire	Nb d'heures sur 4 mois	Nb d'astreintes déplacées	Taux d'astreintes déplacées	Durée moyenne d'une astreinte déplacée (h)	Part des déplacements en nuit profonde
Nuits hors WE et JF	14 h	240	54	65%	4,4	46,0%
Samedis	19 h	96	11	65%	8,7	45,5%
Dimanches et JF	24 h	105	13	68%	8,1	31,6%

INTERNES	Amplitude horaire	Nb d'heures sur 4 mois	Nb d'astreintes déplacées	Taux d'astreintes déplacées	Durée moyenne d'une astreinte déplacée (h)	Part des déplacements en nuit profonde
Nuits hors WE et JF	14 h	483,25	80	96%	6	67,5%
Samedis	19 h	169,5	17	100%	10	76,5%
Dimanches et JF	24 h	226,5	19	100%	12	68,5%

Service B (Chirurgie cardiaque) : 3 lignes d'astreintes (2 seniors, 1 interne)

1. Caractéristiques des hospitalisations

	Séjours		Taux d'occupation		Sévérités 2 et 4		IP RUM	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Chir. Cardiaque	1023	1063	88,64	86,85	44	43	1,15	1,06
Réa chir cardiaque	1003	1022	87,89	90,93	47	48	1,04	1,07
USC chir cardiaque	121	228	84,17	78,90	53	42	1,05	1,11

2. Profil des astreintes

SENIORS (6 à 7 médecins)	Amplitude horaire	Nb d'heures sur 4 mois	Nb d'astreintes déplacées	Taux d'astreintes déplacées	Durée moyenne d'une astreinte déplacée (h)	Part des déplacements en nuit profonde
Nuits hors WE et JF	14 h	708	142	84%	5	18,3%
Samedis	19 h	264	32	94%	8,25	28 %
Dimanches et JF	24 h	361	35	92%	10,3	26 %

INTERNES (4 à 5 médecins)	Amplitude horaire	Nb d'heures sur 4 mois	Nb d'astreintes déplacées	Taux d'astreintes déplacées	Durée moyenne d'une astreinte déplacée (h)	Part des déplacements en nuit profonde
Nuits hors WE et JF	14 h	482	81	96%	6	21%
Samedis	19 h	150,5	17	100%	8,85	29,5%
Dimanches et JF	24 h	227,5	19	100%	11,9	21%

ANNEXE 5 – Analyse de l'effet de la réglementation nationale sur le temps de travail des internes

Ce document est extrait de la mise en demeure de la Commission européenne adressée à la France le 20 juin 2013. Le document complet est consultable à l'adresse suivante : [http://www.isnar-
img.com/sites/default/files/130000_ue_miseendemeure_tempsdetravail.pdf](http://www.isnar-
img.com/sites/default/files/130000_ue_miseendemeure_tempsdetravail.pdf).

A noter que cet exemple hypothétique a été réalisé avant le décret du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes qui ramène les obligations de service des internes à 10 heures hebdomadaires.

« Même dans le respect de la réglementation nationale précitée, un médecin en formation peut très facilement accumuler des heures de travail très excessives avec une perte des repos minimaux.

Prenons, à titre d'exemple hypothétique pratique, le rythme suivant de travail d'un interne pendant une semaine, à partir de 8 h le lundi matin:

Lundi:

L'interne assure le service de jour, de 8h à 18h30 soit 10.5heures de travail, comptabilisées à 2 demi-journées de ses obligations de service.

Il participe également à la garde de nuit, de 18h30 à 8h mardi (obligation de service de participer à 1 garde de nuit par semaine) soit 13.5 heures de travail, 2 demi-journées de ses obligations de service.

Au total: 24 heures de travail, 0 heures de repos.

Mardi:

Ayant travaillé pendant 24 heures consécutives, l'interne a droit à un 'repos de sécurité' de 11 heures consécutives, de 8 h mardi à 19h le soir.

Ensuite, il ne travaille plus pendant ce jour.

Au total: 0 heures de travail, 24 heures de repos (entre mardi et mercredi).

Mercredi:

L'interne participe à une demi-journée obligatoire de formation universitaire, de 8h à 13h soit 5 heures de travail universitaire.

Après une demi-heure de pause, il assure une partie du service de jour, de 13h30 à 18h30, et une partie de la garde de nuit, de 18h 30 à 23h30 soit 10 heures de travail, deux demi-journées de ses obligations de service.

Au total: 15 heures de travail, 9 heures maximum de repos (entre mercredi et jeudi).

Jeudi:

L'interne participe à une demi-journée de formation obligatoire, de 8h à 13h soit 5 heures de travail universitaire.

Après une demi-heure de pause, il participe à la seconde moitié du service de jour, de 13h30 à 18h30 soit 5 heures de travail, 1 demi-journée de ses obligations de service)

Au total:10 heures de travail: 14 heures maximum de repos (entre jeudi et vendredi).

Vendredi:

L'interne participe au service de jour, de 8h à 18h30 soit 10.5heures de travail, 2 demi-journées de ses obligations de service.

Ensuite, il participe à une garde de nuit supplémentaire, de 18h30 à 8h samedi soit 13.5 heures de travail (supplémentaires).

Au total: 24 heures de travail: 0 heures de repos.

Samedi:

Ayant travaillé pendant 24 heures consécutives, l'interne a droit à un 'repos de sécurité' de 11 heures consécutives, de 8 h samedi à 19h le soir.

Ensuite, il ne travaille plus pendant ce jour.

Au total: 0 heures de travail, 24 heures de repos (entre samedi et dimanche).

Dimanche:

L'interne participe à une garde de jour 'supplémentaire' de 8h à 18h30 soit 10.5heures de travail (supplémentaires).

Il prend ensuite un repos, de 18h30 jusqu'à 8h le lundi matin.

Au total: 10.5 heures de travail, 13.5 heures de repos (entre dimanche et lundi).

Ce repos parait lui permettre, en tout conformité à la réglementation nationale, de recommencer au même rythme pendant la semaine qui suit. En fin de cette semaine, l'interne a donc bien accompli ses 11 demi-journées obligatoires. Il a également travaillé pendant 2 gardes supplémentaires. Le repos de sécurité a été respecté. Pourtant, l'interne a accompli 83.5 heures de travail au total, dont 10 heures de formation universitaire (obligatoire), 49 heures de prestations hospitalières (obligatoires) et 24.5 heures de garde supplémentaires.

De telles heures, répétées chaque semaine, dépasseraient très largement la limite de 48 heures hebdomadaires en moyenne prévue par la directive.

Il convient de noter que la limite à l'indemnisation des gardes, citée ci-dessus par les Autorités françaises (4 gardes par semaine en moyenne), ne parait point empêcher à l'interne d'effectuer l'ensemble les gardes indiquées dans cet exemple (1.5 gardes de service, + 2 gardes supplémentaires), et même d'effectuer encore une demie garde en plus par semaine, et ce sur base indemnisée.

D'ailleurs, l'interne a reçu au total 84.5heures de repos au cours de la semaine. Pourtant, il avait droit, conformément aux articles 3 et 5 de la directive, à 101 heures au moins (5 x 11 heures de repos journalier, plus 2 x 11 heures de repos équivalent compensateur journalier, plus 24 heures de repos hebdomadaire minimal). Une telle réduction des heures de repos ne parait pas non plus conforme à la directive. »

ANNEXE 6 - Description du socle de délégation « Gestion des ressources humaines médicales » de l'AP-HP

Extrait du guide « organisations médicales au sein de l'AP-HP : pôles et structures internes de pôle (règles d'organisation communes à l'ensemble des hôpitaux et groupes hospitaliers de l'AP-HP), avril 2013.

« Le pôle a connaissance des moyens de fonctionnement en personnel médical qui lui sont autorisés pour remplir les missions fixées par le contrat et ses annexes annuelles.

La notification de ces moyens fait suite à un dialogue de gestion entre le pôle et la direction du groupe hospitalier et entre la direction du groupe hospitalier et la Direction de la politique médicale (DPM) s'agissant des personnels titulaires.

Leur utilisation fait l'objet d'une information et d'un suivi auxquels prennent part le pôle et la direction du groupe hospitalier selon des modalités définies par le contrat de pôle.

A ce titre, le chef de pôle, en lien avec la direction du groupe hospitalier et en associant les chefs de service :

- gère le TPER du personnel médical « junior » du pôle et notamment l'affectation interne des moyens :
 - les demandes de postes d'internes à offrir au choix dans les structures internes au pôle sont formulées après avis du chef de pôle,
 - les demandes de recrutement de personnels médicaux en formation « faisant fonction d'internes » sont formulées après avis du chef de pôle.
- gère le TPER du personnel médical « senior » du pôle et notamment l'affectation interne des moyens :
 - les demandes de poste d'assistants spécialistes sont formulées après avis du chef de pôle,
 - les demandes de postes de praticiens hospitaliers sont formulées après avis conforme du chef de pôle.

Le chef de pôle décide de l'affectation des moyens en personnel médical (PM) non permanent au sein du pôle (répartition des demi-journées au sein des structures internes, gestion des quotités de travail).

Le pôle peut en cours d'année proposer des modifications, soit pérennes, soit non pérennes, de la répartition de ses ressources en personnel médical (PM) dans le respect des règles de fongibilité et du volume global de la masse salariale du pôle. Il met en œuvre cette décision en lien avec la direction du groupe hospitalier.

Dans le cadre de la révision annuelle des effectifs, le chef de pôle transmet un état priorisé des demandes des structures internes du pôle, qui est examiné par le comité exécutif, lequel établit la priorisation pour le groupe hospitalier.

Le chef de pôle établit un plan de recrutement comportant l'identification des postes médicaux à pourvoir et la date de prise de poste. Ce plan est présenté à la direction du groupe hospitalier. Le chef de pôle reçoit l'ensemble des candidats à recruter. Il donne son avis sur ces recrutements et le communique à la direction du groupe hospitalier.

A ce titre, le chef de pôle :

- donne son avis conforme sur le recrutement des praticiens hospitaliers (avis donné à

l'issue de la période probatoire),

- donne son avis conforme sur le recrutement des praticiens *contractuels* (praticiens attachés, assistants, praticiens contractuels),
- donne son avis sur le recrutement des praticiens hospitalo-universitaires temporaires,
- donne son avis sur le recrutement des praticiens hospitalo-universitaires titulaires,
- donne son avis conforme sur l'éventuelle participation de professionnels de santé libéraux aux activités du pôle (Art. L. 6146-2 CSP).

Le chef de pôle affecte les personnels médicaux au sein du pôle à l'occasion de leur recrutement ou dans le cadre de mobilités internes au pôle. Il informe la direction du groupe hospitalier de la répartition de personnels médicaux au sein du pôle et de ses modifications, lorsqu'elles ont lieu. Ces informations font l'objet d'un état mensuel partagé.

Le chef de pôle détermine et coordonne, en fonction de l'activité, l'organisation du travail de l'ensemble des personnels médicaux du pôle dans le respect de la déontologie de chaque praticien. A ce titre, il :

- définit le tableau général de service des structures internes au pôle,
- valide les tableaux de service prévisionnels nominatifs,
- valide les tableaux de service nominatifs réalisés,
- valide les demandes d'épargne de jours de congés sur « CET » formulées par les personnels médicaux du pôle,
- donne son avis conforme sur les premières demandes et les demandes de renouvellement d'exercice d'activité libérale formulées par les praticiens titulaires à temps plein du pôle,
- donne son avis conforme sur les demandes d'exercice d'activités d'intérêt général formulées par les praticiens titulaires à temps plein du pôle,
- propose la signature de contrats de temps de travail additionnel au directeur du groupe hospitalier,
- organise les dispositifs de permanence des soins au sein du pôle en lien avec la Commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) du groupe hospitalier, et en conformité avec la politique du groupe hospitalier et de l'AP-HP en matière de permanence des soins.

Le chef de pôle propose un plan de développement professionnel continu (DPC) des personnels médicaux du pôle. Ce plan est élaboré à partir des besoins spécifiques du pôle et des priorités du groupe hospitalier. »

ANNEXE 7 – L'expérience du CH de Valenciennes : calendrier de la mise en œuvre de la délégation

Année	Etapes de mise en œuvre
2006	1 ^{ère} phase : fixation du périmètre des pôles et élaboration du principe juridique d'une délégation de gestion d'emblée très forte
2006/08	2 ^{ème} phase : négociation sur le déploiement de compétences humaines des directions centrales vers les pôles avec formations d'adaptation
2006/09	3 ^{ème} phase : mise en place de la nouvelle comptabilité analytique par la publication régulière de CREA fiabilisés
2006/08	4 ^{ème} phase : formation des acteurs (chefs de pôle, administratifs et soignants)
2006/09	5 ^{ème} phase : mise en place de structures « régulatrices » : <ul style="list-style-type: none"> - Commission médico-économique (valeur des unités d'œuvre) - Commission centrale de la stratégie et des projets de pôle - Commission des trinômes de pôles
2010	<ul style="list-style-type: none"> - Signature de contrats de pôle (pôle de cardiologie) et création d'un autre pôle (pôle SSR) - Renouvellement des chefs de pôle après bilan. Un tiers des chefs de pôle n'a pas été renouvelé pour différents motifs
2011	Nouveaux moyens humains « décentralisés » : <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place des techniciens de pôle (pour l'entretien courant du pôle) - Mise en place d'un technicien du système d'information par pôle, redéfinissant ainsi le rôle, plus stratégique, du D.I.M.
2011	Refonte de la conférence des chefs de pôle (nouvelles missions moins opérationnelles plus régulatrices)

ANNEXE 8 – L'expérience du CH de Valenciennes : les crédits délégués aux pôles

<p>RESSOURCES HUMAINES</p> <p>Chapitre 1 - RECRUTEMENT</p> <p>1.1 Validation des Profils de poste</p> <p>1.2 Toutes correspondances relatives à la bourse à l'emploi</p> <p>Chapitre 2 – EVALUATION</p> <p>2.1 Fiches d'évaluation du nouveau personnel</p> <p>2.2 Proposition de notation</p> <p>Chapitre 3 - TEMPS DE TRAVAIL</p> <p>3.1 Contrôle médical/Contrôle administratif</p> <p>3.2 Gestion administrative du congé maternité et du congé paternité</p> <p>3.3 Déclarations d'accident du travail pour les agents contractuels</p> <p>3.4 Décisions de temps partiel</p> <p>3.5 Courriers relatifs au compte épargne temps</p> <p>3.6 Aménagement d'horaire spécifique</p> <p>3.7 Courriers relatifs aux absences injustifiées</p> <p>Chapitre 4 – FORMATION - STAGE</p> <p>4.1 Cahiers des clauses techniques des formations du pôle</p> <p>4.2 Inscriptions aux organismes de formation continue</p> <p>4.3 Demandes de devis</p> <p>4.4 Courriers aux agents relatifs à l'octroi d'une prise en charge au titre de la formation</p> <p>4.5 Ordres de mission ANFH</p> <p>4.6 Autorisations d'absence</p> <p>4.7 Courriers relatifs à la gestion des stages (accord, organisation, convocation à un entretien), hors stages rémunérés restant de la compétence de la DRH</p> <p>4.8 Conventions de formation</p> <p>Chapitre 5 - DIVERS</p> <p>5.1 Ordres de mission dans le cadre de déplacements professionnels</p> <p>5.2 Attestations diverses (travail, salaire, frais réel, absentéisme, temps partiel, CAF, Transvilles, supplément familial,...)</p> <p>5.3 Attestations relatives aux demandes de logement</p> <p>5.4 Billets de réduction SNCF</p> <p>5.5 Attestations Assedic</p> <p>TITRE 1</p> <p>Budget de CDD délégué + une partie du budget de formation continue déléguée</p> <p>Chapitre 602</p> <p>602 1 Médicaments courants et molécules coûteuses</p> <p>602 2 DMI courants et DMI coûteux</p> <p>Chapitre 615</p> <p>615 22 Entretien et réparations biens immobiliers</p> <p>615 2520 Entretien et réparation matériel de transport</p> <p>615 2530 Entretien matériel de Bureau</p> <p>Chapitre 617</p> <p>617 000 Etudes et Recherches</p> <p>Chapitre 618</p> <p>618 100 Documentation Générale</p> <p>618 400 Concours divers cotisations</p> <p>618 500 Frais de colloques, séminaires, conférences</p> <p>Chapitre 622</p> <p>622 600 Honoraires</p> <p>Chapitre 623</p> <p>623 600 Brochures et dépliant</p> <p>623 700 Publications</p> <p>Chapitre 624</p> <p>624 500 Transports d'usagers</p> <p>624 300 Transports de corps des établissements</p> <p>624 501 Transports des usagers (SMUR)</p> <p>624 502 Transports secondaires</p> <p>624 800 Transports divers</p>	<p>Chapitre 606</p> <p>606 600 Fournitures Médicales</p> <p>Chapitre 611</p> <p>611 120 Imagerie Médicale</p> <p>611 130 Laboratoires (Analyses extérieures)</p> <p>611 150 Consultations spécialisées</p> <p>611 170 Hospitalisations extérieures</p> <p>611 180 Autres prestations de service</p> <p>Chapitre 613</p> <p>613 152 Location de matériel Médical</p> <p>Chapitre 615</p> <p>615 1510 Entretien matériel Médical</p> <p>615 1511 Entretien de matériel de Radiologie</p> <p>615 1620 Contrat de matériel médical</p> <p>615 1621 Contrat Entretien Matériel Médical</p> <p>TITRE 3</p> <p>Chapitre 602</p> <p>602 651 Fournitures informatiques stockées</p> <p>602 6631 Vétements de travail</p> <p>Chapitre 606 1 (si compteurs individualisés)</p> <p>606 110 Eau</p> <p>606 120 Electricité</p> <p>606 121 Gaz</p> <p>606 130 Chauffage</p> <p>Chapitre 606 2</p> <p>606 230 Petit matériel et outillage</p> <p>606 231 Petit matériel et outillage divers</p> <p>606 2400 Bibliothèque Médicale (pôle Santé publique seulement)</p> <p>606 2401 Bibliothèque des malades</p> <p>606 2402 Fournitures scolaires et éducatives</p> <p>606 2407 Loisirs Enfants hospitalisés</p> <p>606 2408 Loisirs divers</p> <p>606 2409 Activités Thérapeutiques</p> <p>606 252 Fournitures informatiques et logistique</p> <p>606 250 Fournitures de bureau et imprimés</p> <p>Chapitre 613</p> <p>613 220 Location immobilière</p> <p>613 253 Location matériel de transport</p> <p>613 2581 Autres locations</p> <p>Chapitre 625</p> <p>625 700 Réceptions</p> <p>Chapitre 626</p> <p>626 500 Téléphone</p> <p>Chapitre 628</p> <p>628 410 Informatique Bio Médicale</p> <p>628 800 Autres prestations</p> <p>Chapitre 658</p> <p>658 100 Frais de culte et d'inhumation</p> <p>658 700 Participation frais de stage</p> <p>Titre 4</p> <p>Chapitre 681</p> <p>681 1251 Amortissements matériel et outillage</p> <p>681 1252 Amortissements matériels biomédicaux</p> <p>681 126 Amortissements mobilier</p> <p>681 127 Amortissements matériel de transport</p> <p>681 1281 Amortissements matériel de bureau</p> <p>681 1282 Amortissements matériel informatique</p>
--	---

ANNEXE 9 – l'expérience du CH de Valenciennes : la délégation de signature du centre hospitalier

Pièce jointe : Délégation de signature du centre hospitalier de Valenciennes

DECISION n°7230
DELEGATION de SIGNATURE
et de NOMINATION d'ORDONNATEURS SUPPLEANTS

Le Directeur du Centre Hospitalier de Valenciennes,

Vu le Code de la santé publique et notamment l'article L 6143-7,

Vu le décret n° 92-783 du 6 août 1992 modifié par le décret n° 97-374 du 16 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs,

Vu le décret n° 92-776 du 31 juillet 1992 relatif au régime budgétaire, financier et comptable des établissements publics de santé,

Vu l'arrêté de Madame la Ministre de l'emploi et de la Solidarité en date du 29 octobre 2001 nommant Monsieur Philippe JAHAN en qualité de Directeur du Centre Hospitalier de Valenciennes,

Vu l'arrêté de Madame la Ministre de l'emploi et de la solidarité en date du 18 avril 2002 nommant Monsieur Jean GUICHETEAU en qualité de Directeur Adjoint chargé de la Direction des Affaires Financières et du Système d'Information,

Vu l'Ordonnance n°2005-436 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé,

Vu le Décret n°2005-421 du 4 mai 2005 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2005-444 du 10 mai 2005 relatif à la composition des conseils exécutifs et aux mandats des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique,

Vu le Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie du Code de la Santé Publique,

Vu la délibération du Conseil d'Administration 2006-96 du 30 novembre 2006,

Vu l'avis des Conseils de Services restreints aux personnels médicaux, composant le pôle, en date du 11 décembre 2006,

Vu l'avis émis par la Commission Médicale d'Établissement en date du 12 décembre 2006,

Vu l'avis émis par le Conseil Exécutif en date du 14 décembre 2006,

Vu la délibération du Conseil d'Administration en date du 21 juin 2007 fixant les délégations de gestion.

DEC DE :

Article 1 : La décision n° 7000 en date du 10 septembre 2007 portant délégation de signature et de nomination d'ordonnateurs suppléants est annulée et remplacée par la présente décision.

Article 2 : Délégation de signature est donnée à **Monsieur le Docteur Pierre DOBBELAERE**, Responsable de pôle, à l'effet de signer au nom du Directeur tous les actes et décisions énumérés en annexes I et II.

Article 3 : En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur le Docteur Pierre DOBBELAERE, délégation de signature est donnée à :
Madame Véronique TABARY, Cadre administratif de pôle aux fins détaillées à l'article 1 ci-dessus.
Monsieur Bertrand LAMPAERT, Cadre supérieur de santé (cf. annexe 1 chapitre 1, 2 et 3.4).

Article 4 : Monsieur le Docteur Pierre DOBBELAERE est nommé en qualité d'ordonnateur suppléant, aux fins d'engager (commander), réceptionner et liquider (vérification du service fait et des factures, signatures de celles-ci) les dépenses afférentes aux titres figurant en annexe II, dans la limite des crédits autorisés pour l'année.

Article 5 : L'ordonnancement (vérification de la disponibilité des crédits, de l'imputation comptable, ordre de paiement au comptable et signature du mandat) reste de la seule compétence de la Direction des Affaires Financières ; l'ordonnateur suppléant étant Monsieur Jean GUICHETEAU, Directeur Adjoint chargé de la Direction des Finances et du Système d'Information. En cas d'absence ou d'empêchement de celui-ci, délégation de signature est donnée à Monsieur Alain BERTEAUX, Attaché d'Administration Hospitalière Principale. En cas d'absence ou d'empêchement de celui-ci, délégation de signature est donnée à Madame Marie Gaëtare GILLERON, Adjoint des cadres.

Article 6 : Le Directeur et le Comptable public assignataire au Centre Hospitalier sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision.

Fait à Valenciennes, le 1^{er} juillet 2009

Le Directeur,

Philippe JAHAN

Destinataires

- Trésorie Principale (2 ex)
- Registre (original)
- Dossier (1 ex)
- Intéressé (e)s (6 ex)

Annexes : Annexe I : Délégations Ressources Humaines – Logistique
Annexe II : Spécimen des signatures

BESSET

Jean-François

Décembre 2015

DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion 2014 - 2016

LA GESTION DU TEMPS DE TRAVAIL MEDICAL A TRAVERS LA CONTRACTUALISATION AVEC LES POLES

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Rennes 1 – Master 2 Droit Santé Ethique

Résumé :

Temps de travail additionnel, temps d'astreintes, gardes étaient jusque récemment réglementés de manière à permettre une flexibilité de la gestion de son temps de travail par le médecin. L'objectif de la réforme introduite par l'arrêté du 8 novembre 2013 est double : renforcer le contrôle formel du temps de travail additionnel et vérifier que la santé et la sécurité des praticiens sont préservées.

Dans le champ du temps de travail, le temps d'astreinte (qui concerne 60 % du personnel médical) pâtit d'un statut hybride. Souvent confondue avec la permanence (la garde) qui oblige le médecin à être présent sur son lieu de travail, l'astreinte n'est pas incluse dans le temps de travail effectif de celui qui l'effectue. Pour remédier à cette situation qui prête à confusion dans les établissements, l'arrêté du 8 novembre 2013 offre des garanties nouvelles et impose un encadrement et une traçabilité plus stricts de ce temps indispensable à la continuité des soins dans les établissements de santé. Ce faisant, il approfondit la difficile coexistence d'un temps médical de plus en plus compté et contraint avec l'indispensable souplesse du métier médical sujet à l'imprévisible.

Parallèlement, le législateur a souhaité octroyer aux chefs de pôles des responsabilités nouvelles en matière de gestion du champ médical en promouvant la contractualisation interne et la délégation de gestion. A quelles conditions, le développement de la contractualisation interne pourrait-il permettre de mieux ajuster ces différentes injonctions ?

C'est l'objet de ce travail. A travers les évolutions entérinées par l'arrêté du 8 novembre 2013, d'une part, et le mouvement de contractualisation interne, d'autre part, comment concilier davantage de droits garantis pour les praticiens hospitaliers et l'obligation de continuité de service public, et ce, dans un contexte marqué par l'impératif d'efficacité économique auquel doivent se soumettre aujourd'hui les établissements publics de santé ?

Mots clés :

Temps de travail médical – Permanence des soins – Continuité des soins – Astreintes
– Repos garanti – Temps de travail additionnel - Contractualisation interne –
Délégation de gestion – contrats de pôle – principe de subsidiarité

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.