



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2013-2015**

Date du Jury : **Décembre 2014**

Gérer et organiser différemment le temps de travail médical

L'exemple des anesthésistes

à l'Hôpital Universitaire Necker-Enfants malades

Vincent VAUCHEL

Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier :

- **Madame Laure BOQUET**, maître de stage, Directrice des Finances, de la Recherche et des Affaires médicales de l'Hôpital Universitaire Necker-Enfants malades ;
- **Monsieur Vincent-Nicolas DELPECH**, Directeur de l'Hôpital Universitaire Necker-Enfants malades ;
- **Monsieur Jérôme HUBIN**, Directeur des Finances de l'Hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière - Charles Foix, ancien responsable des ressources médicales à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ;
- **Monsieur Guillaume LAURENT**, Directeur des Ressources Médicales et des Coopérations du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes ;
- **Monsieur David MALLET**, Directeur du Personnel Médical du Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg ;
- **Monsieur Jean-Claude MOISDON**, directeur de mémoire, Directeur de recherche au Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris ;
- **Madame Floriane RIVIERE**, Directrice des Ressources Humaines du Centre Hospitalier de Pontoise ;
- **Madame Nathalie SIEDLARZ**, attachée d'administration hospitalière, responsable du Bureau du Personnel Médical de l'Hôpital Universitaire Necker-Enfants malades.

Sommaire

Introduction	1
1 Les modifications des règles du temps de travail médical impactent son organisation et sa gestion, en particulier pour les anesthésistes	5
1.1 Le nouveau contexte réglementaire complexifie l'organisation et la gestion du temps de travail médical	5
1.1.1 L'arrêté du 08 novembre 2013 oblige à renouveler la gestion du temps de travail médical	5
A) Une clarification des missions des acteurs et du circuit décisionnel	5
a) <i>Une précision du rôle de la COPS avec des compétences nouvelles.....</i>	<i>5</i>
b) <i>Un rôle principalement consultatif de la CME</i>	<i>6</i>
c) <i>Le rôle essentiel des chefs de pôles.....</i>	<i>7</i>
d) <i>Un rôle de validation et d'accompagnement de la direction.....</i>	<i>7</i>
e) <i>De nouveaux acteurs peuvent être impliqués : le CHSCT et les CRP</i>	<i>8</i>
B) La nécessité de définir le besoin en temps médical.....	9
a) <i>Une gestion renouvelée du TTA dont le besoin doit être anticipé</i>	<i>9</i>
b) <i>Une refonte du fonctionnement des astreintes</i>	<i>11</i>
c) <i>Un rappel des règles pour la prise du repos quotidien dont la mise en œuvre doit être précisée.....</i>	<i>13</i>
1.1.2 Une réforme difficile à mettre en œuvre	14
A) Des difficultés conjoncturelles et techniques	14
a) <i>Une mise en œuvre potentiellement freinée par le manque d'effectifs médicaux.....</i>	<i>14</i>
b) <i>Les surcoûts possibles de la réforme</i>	<i>15</i>
c) <i>Le faible développement des outils de décompte et de suivi du temps médical.....</i>	<i>15</i>

d) <i>La formation nécessaire des gestionnaires face à la complexité réglementaire.....</i>	16
B) Des difficultés culturelles et organisationnelles.....	16
a) <i>Une communauté médicale divisée sur le décompte du temps de travail ...</i>	16
b) <i>L'autonomie des médecins dans l'organisation de leur temps de travail</i>	17
c) <i>Une transmission non systématique de tableaux de service complets.....</i>	18
d) <i>Des organisations de travail à synchroniser.....</i>	19
1.2 La situation particulière des anesthésistes face au temps de travail	20
1.2.1 Le temps de travail, une question sensible pour les anesthésistes	20
A) Une mobilisation forte des anesthésistes en réaction à la gestion de leur temps de travail.....	20
a) <i>Une action syndicale au niveau national.....</i>	20
b) <i>Des revendications relayées au niveau local</i>	21
B) Un contexte démographique singulier, une raison de la colère	22
a) <i>Une baisse d'attractivité des hôpitaux publics marquée pour l'anesthésie ..</i>	22
b) <i>Une situation dégradée des flux d'anesthésistes-réanimateurs à Necker ...</i>	23
1.2.2 Un travail de diagnostic du temps médical en anesthésie engagé à Necker	24
A) Une démarche de réorganisation de la permanence des soins du service d'anesthésie pédiatrique proposée dès 2007 par la MeaH.....	24
a) <i>Les constats formulés par la MeaH concernant la gestion et l'organisation du temps médical</i>	24
b) <i>Les propositions d'amélioration et les résultats obtenus</i>	25
B) Un état des lieux du temps médical partagé lors de groupes de travail mis en place en 2014.....	25
a) <i>Une tension relative aux débordements au sein des blocs opératoires.....</i>	25
b) <i>Un temps de travail additionnel inégalement réparti et faiblement reconnu.</i>	26

2 La conduite d'un changement organisationnel et managérial concernant le temps de travail des anesthésistes englobée dans une gestion renouvelée des ressources humaines médicales..... 29

2.1 Les actions proposées par la direction des affaires médicales suite aux groupes de travail sur le temps médical en anesthésie..... 29

2.1.1 Pour une meilleure organisation de l'anesthésie au sein des blocs 29

- A) Améliorer la programmation du bloc opératoire 29
 - a) *Affiner le catalogue de recueil des temps prévisionnels d'intervention incluant temps chirurgicaux, anesthésiques et autres..... 29*
 - b) *Favoriser la participation de l'anesthésie à la programmation et désigner des anesthésistes référents 30*
 - c) *Empêcher le forçage de la programmation et réorganiser les vacations chirurgicales..... 31*
- B) Garantir un fonctionnement partagé du bloc opératoire..... 31
 - a) *Travailler sur les horaires de présence paramédicale..... 31*
 - b) *Valider la charte de bloc..... 32*
 - c) *Partager le suivi des déprogrammations par cause et par discipline 32*
- C) Optimiser l'organisation des blocs à travers des expérimentations..... 32
 - a) *Expérimenter la fermeture anticipée d'une salle par jour en tournant selon les disciplines..... 32*
 - b) *Modéliser la faisabilité d'une nouvelle répartition des anesthésistes par salle 33*

2.1.2 Pour une meilleure communication et une contractualisation du temps de travail 34

- A) Renforcer la communication entre les praticiens, les services et la direction des affaires médicales 34
 - a) *Transmettre systématiquement les tableaux de service à la direction des affaires médicales 34*
 - b) *Garantir la transmission quadrimestrielle des RIA et définir la périodicité du paiement du TTA selon les secteurs 35*

B)	Contractualiser le temps de travail.....	35
a)	<i>Définir le volume prévisionnel de TTA et intégrer une valorisation forfaitaire prévue dans des contrats individuels</i>	35
b)	<i>Faire signer des contrats individuels sur la base d'organisations collectives de travail prédéfinies et reconnaissant un temps médical non clinique</i>	36
2.2	D'une administration du personnel médical à une réelle gestion des ressources humaines médicales	37
2.2.1	Un renforcement nécessaire des outils de gestion du temps médical et du management des équipes.....	37
A)	Développer les outils de gestion du temps de travail médical	37
a)	<i>La nécessité d'avoir un logiciel informatique adapté aux nouvelles règles du temps médical</i>	37
b)	<i>La mise en place d'une charte du temps médical ou d'un règlement intérieur pour faciliter le partage d'information</i>	38
c)	<i>La généralisation de maquettes organisationnelles propres à chaque service</i>	38
B)	Dynamiser et accompagner le management des équipes médicales.....	39
a)	<i>La COPS et la CME doivent être des instances de régulation et de concertation.....</i>	39
b)	<i>Des réunions avec les responsables de structure, chefs de service et chefs de pôle à organiser régulièrement pour un management de proximité.....</i>	39
2.2.2	La concrétisation d'un projet social et professionnel de gestion des ressources humaines médicales.....	40
A)	Assurer une meilleure gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)	40
a)	<i>La mise en place d'outils de suivi de l'évolution des effectifs</i>	40
b)	<i>Une politique active de recrutement et d'attractivité.....</i>	41
c)	<i>Le renforcement des dispositifs d'intégration et de fidélisation.....</i>	41
B)	Améliorer l'organisation et les conditions de travail.....	42
a)	<i>La garantie de respect de la législation sur le temps de travail médical</i>	42

<i>b) Une politique de prévention des risques professionnels</i>	<i>43</i>
<i>c) Une gestion personnalisée et individualisée des praticiens</i>	<i>43</i>
Conclusion.....	45
Bibliographie	47
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AETAPES	Auto-évaluation de l'optimisation du temps de travail auprès du patient en établissement de santé
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
AP-HP	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
ARTT	Aménagement et Réduction du Temps de Travail
AS	Aide-soignant
BPM	Bureau du Personnel Médical
CA	Congé annuel
CET	Compte épargne-temps
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMEL	Commission Médicale d'Etablissement Locale
CMF	Chirurgie Maxillo-Faciale
CNG	Centre National de Gestion
COM	Cartographie d'Organisation Médicale
COPS	Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins
CREX	Commission de Retour d'Expérience
CRP	Commission Régionale Paritaire
CV	Curriculum vitæ
CVH	Commission de Vie Hospitalière
DAM	Direction des Affaires Médicales
DISERP	Dossier Individuel de Suivi des Expositions aux Risques Professionnels
DRH	Direction des Ressources Humaines
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EMAMH	Ecole de Management des Médecins des Hôpitaux
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ETP	Equivalent Temps Plein
ETPR	Equivalent Temps Plein Rémunéré
ETPRM	Equivalent Temps Plein Rémunéré Moyen
FHF	Fédération Hospitalière de France
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
Malcom	Management de l'activité en lien avec la contractualisation de l'organisation médicale
MCUPH	Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

MeaH	Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitaliers
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
OS	Obligations de service
PDS	Permanence des soins
PH	Praticien Hospitalier
PUPH	Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
RIA	Relevé individuel d'activité
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
RPS	Risques psycho-sociaux
RTT	Réduction du temps de travail
SIGAPS	Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques
SNPHAR-E	Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs élargi
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle
T2A	Tarifification à l'activité
TOM	Trame d'organisation médicale
TTA	Temps de travail additionnel
USC	Unité de Soins Continus



Illustration extraite de l'article de L. MONDOLINI et A. DREXLER, *Nouvelle gestion du temps de travail médical, Quand le docteur devient horodateur*, Revue Hospitalière de France, 2014

Introduction

« Pour beaucoup de praticiens, la question du temps de travail des médecins paraît "surréaliste" voire incongrue. Compter et décompter son temps de travail, l'organiser collectivement n'étaient pas, il y a encore peu de temps, des pratiques intégrées dans la culture des praticiens »¹.

Interrogé en 2005 par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH), c'est par ces termes que Bernard BALZA, président de la Communauté Médicale d'Etablissement (CME) du centre hospitalier de Carcassonne, résumait la vision des médecins sur leur temps de travail.

Depuis 2001 avec la mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) pour les praticiens hospitaliers, l'application des règles sur le temps de travail additionnel (TTA), les astreintes, le repos quotidien ou encore le compte épargne-temps (CET) contraint au décompte du temps de travail médical. Sa gestion et son organisation constituent un enjeu majeur tant pour les praticiens que pour les directeurs d'hôpital. Pour les praticiens, il s'agit d'une part non négligeable de leur paye. Les directeurs d'hôpital doivent quant à eux concilier une nécessaire augmentation des recettes avec les contraintes en matière d'organisation des activités et en termes de recrutements, du fait de la pénurie d'effectifs dans certaines disciplines. Optimiser le temps médical exige la mise en œuvre de démarches qui tiennent compte non seulement de la qualité et de la sécurité des soins, mais aussi de la nécessaire adéquation entre l'activité du service et les ressources médicales dont il dispose. Les responsables médicaux sont amenés à établir l'organisation prévisionnelle de l'activité clinique et non clinique des praticiens. Ceci doit s'effectuer dans un souci de cohérence entre les organisations individuelles des praticiens et l'organisation globale des services. Les responsables médicaux doivent, en outre, anticiper, les ressources nécessaires au bon fonctionnement du service et clarifier le temps alloué aux activités de chacun en toute équité. Les directeurs d'hôpitaux prêtent une attention particulière à ce sujet afin d'allouer les bonnes ressources aux bons endroits en l'adaptant à l'activité et en garantissant les conditions de travail des praticiens. Les responsabilités des directeurs vont s'accroître dans ce domaine, notamment en raison du contexte de certification des comptes des hôpitaux qui conduira au contrôle des éléments variables de paye ou encore à l'examen des procédures en matière de permanence des soins.

¹ B. BALZA, président de la CME du centre hospitalier de Carcassonne, cité par la MeaH dans son rapport intitulé « *Organisation du temps de travail des médecins, Retours d'expériences* », 2005

En 2013, la Commission européenne a rappelé la France à l'ordre concernant le temps de travail des praticiens hospitaliers. Cette mise en demeure intervient suite à des litiges notamment entre des anesthésistes et leurs établissements. Au regard de la directive européenne de 2003², l'examen des dispositions réglementaires françaises relatives aux modalités d'organisation et de gestion du temps de travail médical au sein des établissements publics de santé³ a conduit à ce que plusieurs injonctions soient adressées à la France :

- respecter les garanties limitant le travail hebdomadaire à 48 heures et imposant des périodes de repos minimales après la prestation d'heures supplémentaires de nuit ;
- respecter le consentement du médecin et le protéger contre des pénalités en cas de refus ;
- respecter la règle des 11 heures de repos après 24 heures consécutives de travail et celle du repos compensateur dans le cadre des astreintes ;
- reconnaître le temps d'intervention en astreinte et le temps de trajet correspondant comme du temps de travail effectif.

La réponse de la France à ces différentes injonctions a été formalisée par l'arrêté du 8 novembre 2013⁴ puis par l'instruction du 31 mars 2014⁵. Ces textes viennent préciser voire modifier les règles du temps de travail médical, notamment sur les modalités de recours, de décompte et de suivi du TTA, sur le fonctionnement des astreintes et le respect du repos quotidien.

Ces nouvelles dispositions nécessitent une réflexion en profondeur sur les organisations de travail, la synchronisation des temps médicaux et soignants⁶, l'organisation de la permanence et de la continuité des soins. Elles orientent fortement les établissements de santé vers des choix de gestion informatisée du temps médical. Au-delà de cet aspect technique, l'application des textes réglementaires sur le temps de

² Directive 2003/88/CE du 4 novembre 2003 concernant l'aménagement du temps de travail.

³ 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 les personnes âgées dépendantes.

⁴ 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 dans les établissements publics d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

⁵ 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 dans les établissements publics d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

⁶ *Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé - Démarche méthodologique*, ANAP, juillet 2014

travail médical pose de nombreuses difficultés aux professionnels. Ces difficultés sont liées à la complexité réglementaire largement renforcée par la diversité des activités médicales à l'hôpital – actes techniques, consultations, recherche, formation, management, etc. – et l'autonomie des médecins dans l'organisation de leur temps de travail. En outre, les nouvelles dispositions réglementaires risquent de raréfier le temps médical disponible et d'augmenter son coût pour les établissements.

En 2014, la direction des affaires médicales de l'hôpital universitaire Necker-Enfants malades a engagé, pour des raisons qui seront décrites lors de ce mémoire, une réflexion avec les anesthésistes afin de rechercher des solutions organisationnelles et managériales à la gestion de leur temps de travail. La mise en place de groupes de travail chargés de partager un diagnostic et de proposer un plan d'actions résulte d'une collaboration étroite entre l'ensemble des acteurs en charge de la gestion et de l'organisation médicale : responsables des affaires médicales, chefs de service, chefs de pôle, président de la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) ou encore président de la communauté médicale d'établissement locale (CMEL).

Ainsi, ce mémoire tentera-t-il de répondre à la problématique suivante : ***pourquoi est-il nécessaire de gérer différemment le temps de travail médical et comment organiser concrètement celui des anesthésistes à l'hôpital universitaire Necker-Enfants malades ?***

Le pourquoi sera une composante au moins aussi importante à prendre en compte que le comment. En effet, les réponses de chaque organisation à cette question du sens conditionnent assurément les choix pratiques.

Une première réponse au pourquoi peut d'ailleurs être apportée dès l'introduction. D'après le baromètre interne réalisé en 2013 dans l'ensemble de l'AP-HP⁷, c'est à l'hôpital Necker que les répondants à ce sondage sont les moins satisfaits des horaires de travail (64% de satisfaits contre 74% sur l'ensemble de l'AP-HP) et de l'équilibre vie privée/vie professionnelle (53% contre 64%). Ce résultat est nettement plus marqué pour la filière médicale à Necker : seulement 48% de satisfaits sur les horaires de travail et 40% sur l'équilibre vie privée/vie professionnelle. Cette insatisfaction liée au temps de travail se retrouve particulièrement dans le pôle 7 « réanimations, urgences et anesthésies »⁸, dans lequel sont regroupés tous les anesthésistes.

⁷ Baromètre interne AP-HP, *Ecouter pour Agir*, IPSOS, 2013

⁸ Les résultats détaillés sur ces items se trouvent en annexe 1.

Ce mémoire intervient dans le cadre d'un stage de huit mois, réalisé auprès de la direction des finances, de la recherche et des affaires médicales de l'hôpital Necker⁹, et s'appuie sur les expériences recueillies en tant qu'élève directeur d'hôpital.

En interne, des groupes de travail ont été constitués, composés notamment de la direction des affaires médicales et de représentants des anesthésistes, afin d'engager une réflexion commune sur la gestion du temps de travail et l'organisation de l'anesthésie. Les constats partagés et les premières conclusions de ces groupes de travail sont présentés dans cette étude.

Outre la recherche documentaire, une démarche de comparaison avec d'autres établissements a été engagée. Elle a conduit à des échanges avec la direction des affaires médicales des CHU de Rennes et de Strasbourg, avec la directrice des ressources humaines du centre hospitalier de Pontoise (ancienne directrice des affaires médicales au CHU de Reims) et avec le siège de l'AP-HP concernant les ressources médicales. Un questionnaire commun a été élaboré pour les rencontres avec les directions des affaires médicales¹⁰.

Ainsi, les modifications des règles du temps de travail médical ont des impacts sur son organisation et sa gestion, en particulier pour les anesthésistes (1). La conduite d'un changement organisationnel et managérial concernant le temps de travail des anesthésistes doit être englobée dans une gestion renouvelée des ressources humaines médicales (2).

⁹ Une présentation synthétique de l'établissement se trouve en annexe 2.

¹⁰ La grille d'entretien avec les directeurs des affaires médicales est reproduite en annexe 3.

1 Les modifications des règles du temps de travail médical impactent son organisation et sa gestion, en particulier pour les anesthésistes

L'arrêté du 8 novembre 2013 vise d'abord à mettre le dispositif français en conformité avec les dispositions de la directive 2003/88/CE du 4 novembre 2003 concernant l'aménagement du temps de travail. Ce texte est donc essentiellement centré sur l'amélioration de la sécurité des conditions de travail des praticiens hospitaliers et ne cherche pas à améliorer un dispositif réglementaire préexistant, qui reste perfectible. Pour autant, l'arrêté du 8 novembre 2013 va conduire à une gestion complètement renouvelée du temps de travail des médecins hospitaliers intégrant des modifications structurelles d'ampleur. Le nouveau contexte réglementaire vient donc complexifier l'organisation et la gestion du temps de travail médical (1.1) avec une situation particulière pour les anesthésistes (1.2).

1.1 Le nouveau contexte réglementaire complexifie l'organisation et la gestion du temps de travail médical

Les nouvelles dispositions réglementaires imposent une gestion renouvelée du temps de travail médical (1.1.1) mais restent difficile à mettre en œuvre (1.1.2).

1.1.1 L'arrêté du 08 novembre 2013 oblige à renouveler la gestion du temps de travail médical

A) Une clarification des missions des acteurs et du circuit décisionnel

a) *Une précision du rôle de la COPS avec des compétences nouvelles*

Les missions attribuées à la COPS sont précisées, mais sont pour l'essentiel déjà connues des acteurs et ne présenteront donc pas de difficultés particulières en termes d'analyse et de maîtrise du sujet par ses membres.

La COPS est tout d'abord en charge de l'élaboration du modèle de contrat de TTA et plus généralement du suivi du TTA. En effet, l'instruction du 31 mars 2014 précise que « *la COPS assure le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre et du respect des mesures relatives aux modalités de recours au temps de travail additionnel* ». Concrètement, la COPS devra examiner des registres de TTA. Les nouvelles dispositions précisent que cet examen sera périodique et devra avoir lieu au moins tous les quatre mois. La COPS pourra alerter la CME si elle constate des situations non conformes à la protection des travailleurs.

Enfin, il revient à la COPS de proposer un règlement intérieur de fonctionnement des astreintes. L'instruction précise que ce règlement intérieur est une recommandation visant, en concertation avec les praticiens, à définir les modalités de mise en œuvre et de suivi du nouveau dispositif, en fonction de la nature des organisations médicales, des activités et des spécificités propres aux différentes spécialités. Si la mise en place d'une indemnisation forfaitaire de l'astreinte opérationnelle ou de l'astreinte de sécurité est décidée par la direction, la COPS devra donner son avis sur l'attribution de ce forfait¹¹. Cette disposition exceptionnelle doit donner lieu à un contrat annuel renouvelable, signé entre le responsable de la structure et le directeur, en respectant l'enveloppe allouée à l'établissement pour le financement de la permanence des soins et en contrepartie d'une diminution des permanences sur place. La COPS devra réaliser, avec la direction, une évaluation du dispositif, pour autoriser la possible reconduction du contrat.

b) Un rôle principalement consultatif de la CME

Concernant l'organisation annuelle du temps de travail médical, la CME rend principalement des avis. Ainsi, le modèle des contrats de TTA élaboré par la COPS doit être présenté pour avis à la CME. Les éléments relatifs au suivi de la mise en œuvre du TTA sont transmis à la CME et la direction est tenue de lui présenter un bilan annuel de la réalisation du TTA. Comme nous l'avons vu précédemment, la CME peut être alertée par la COPS si cette dernière constate des situations non conformes à la protection des travailleurs. Enfin, la CME rend également un avis si la direction souhaite, pour une structure donnée, instaurer une indemnisation forfaitaire de l'astreinte opérationnelle ou de l'astreinte de sécurité.

¹¹ L'arrêté du 8 novembre 2013 précise : « Sur proposition de la commission de l'organisation de la permanence des soins, le montant de cette indemnisation forfaitaire est fixé à 187,70 € pour les activités liées au fonctionnement des blocs opératoires dans les établissements bénéficiant de l'autorisation mentionnée à l'article R. 6123-1 du code de la santé publique ainsi que dans les structures dont l'activité le justifie ou dans le cadre du redéploiement des crédits liés à la suppression des lignes de permanence sur place. »

c) *Le rôle essentiel des chefs de pôles*

Les chefs de pôle sont reconnus comme des acteurs majeurs pour le pilotage et la gestion de proximité des structures dont ils ont la responsabilité comme des réglementations et règles qui les régissent. Il revient aux chefs de pôles, sur la base des règles d'organisation du temps médical validées institutionnellement par la COPS, la CME et la direction, de décliner celles-ci dans leurs pôles respectifs.

Notons que le décret du 27 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au CET et aux congés annuels (CA) prévoyait déjà que « *le chef de pôle ou, à défaut, le responsable de la structure interne organise, après consultation des praticiens de la structure (...), la prise des jours de congé sur certaines périodes de l'année en fonction de l'activité. (...) L'organisation du temps de présence et d'absence des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques est intégrée dans les contrats de pôle* ».

Les nouvelles dispositions relatives au temps de travail médical confirment cette évolution. Ainsi, les besoins prévisionnels de recours à des contrats de TTA devront être arrêtés par le chef de pôle et inscrits dans le contrat de pôle. Enfin, les textes rappellent l'article R.6152-26 du code de la santé publique qui précise qu'un tableau de service nominatif est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure. Il revient ensuite au praticien de renseigner le nombre de demi-journées réalisées dans le tableau de service validé par le responsable de la structure.

Le contrat de pôle devient subséquemment un outil majeur dans la gestion du temps de travail médical et le chef de pôle un acteur incontournable. Cela nécessite un temps de formation important des chefs de pôles comme des responsables de structures internes, afin qu'ils soient sensibilisés à cette question et qu'ils s'approprient les nouvelles dispositions propres à leurs missions.

d) *Un rôle de validation et d'accompagnement de la direction*

D'une manière générale, le rôle de la direction va être de valider l'organisation annuelle du temps de travail afin d'assurer la sécurité des travailleurs et de leurs conditions de travail. C'est pourquoi, il est notamment prévu que les registres de TTA soient mis à la disposition du directeur afin de lui permettre de contrôler le recours à la contractualisation

pour tout dépassement à la durée maximale du travail de quarante-huit heures et de restreindre ou interdire ce dépassement lorsque la santé et la sécurité des praticiens peuvent être affectées. Dans cette logique, le service de santé au travail peut avoir connaissance des registres du TTA.

Il revient également à la direction de valider le modèle des contrats TTA et des contrats de pôle. Sur proposition du chef de pôle, le chef d'établissement arrête mensuellement les tableaux de service nominatif.

Le directeur est également tenu de présenter au directoire et à la CME un bilan annuel de la réalisation du TTA incluant les éléments d'évaluation établis par COPS. Ce bilan devra être transmis chaque année à l'ARS. Le bilan social de l'établissement doit faire figurer le nombre de périodes de TTA effectuées pendant l'année par l'ensemble des praticiens.

Enfin, un règlement intérieur de fonctionnement des astreintes, proposé par la COPS et intégré dans le règlement intérieur de l'établissement, doit être arrêté par le directeur après avis de la CME et concertation du directoire. Comme on l'a déjà souligné, le chef d'établissement peut décider, après avis de CME, de mettre en place, pour une structure donnée, une indemnisation forfaitaire de l'astreinte opérationnelle ou de l'astreinte de sécurité¹². Une évaluation annuelle du dispositif doit être alors réalisée par la direction avec la COPS dans le cadre de la préparation du compte administratif. Sur la base de cette évaluation, le contrat peut être reconduit. Le chef d'établissement doit la transmettre chaque année au conseil de surveillance et au directeur de l'ARS.

e) *De nouveaux acteurs peuvent être impliqués : le CHSCT et les CRP*

Il convient de souligner que l'instruction du 31 mars 2014 prévoit que les CHSCT peuvent être saisis en cas de situations non conformes à la protection des travailleurs. Cela marque la volonté du ministère de rapprocher la gestion du personnel médical avec certaines règles en vigueur pour le personnel non médical. En lien avec les différentes instances, le chef d'établissement devra alors prendre les mesures nécessaires pour « assurer la santé et la sécurité des travailleurs ».

¹² L'arrêté du 8 novembre 2013 précise que cette forfaitisation est « au plus égale au montant d'une demi-indemnité de sujétion augmenté de l'indemnité de base et recouvrant les temps de déplacement, temps de trajet compris, quel que soit le temps passé en déplacement ».

De plus, l'ARS doit désormais présenter un bilan régional de la réalisation de TTA aux nouvelles commissions régionales paritaires (CRP)¹³. Ces dernières se voient confier des missions portant sur l'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques relatives à la gestion du temps de travail des personnels médicaux. L'instruction reconnaît le rôle des CRP comme « *instance de dialogue social pour les personnels médicaux au niveau régional* », et indique qu'elles peuvent être « *le lieu des échanges et retours d'expérience, au regard de l'application, parfois très hétérogène, de la réglementation ou de repérage de situations locales particulières méritant une attention soutenue des pouvoirs publics, au-delà des rôles respectifs de chacun des acteurs* ».

B) La nécessité de définir le besoin en temps médical

a) *Une gestion renouvelée du TTA dont le besoin doit être anticipé*

1) *La réalisation de TTA doit être choisie et volontaire*

Le praticien doit choisir volontairement de dépasser la durée hebdomadaire de quarante-huit heures. Cette règle du volontariat en matière de recours au TTA, énoncée dans la directive européenne¹⁴ et reprise dans les articles statutaires du code de la santé publique, a été réaffirmée par l'arrêté¹⁵ et l'instruction. Les nouvelles dispositions précisent que le médecin doit être préservé de tout préjudice en cas de refus de s'engager contractuellement dans le recours au TTA. Le praticien peut d'ailleurs dénoncer à tout moment ce contrat sous réserve de respecter un préavis d'un mois.

2) *Une obligation de contrat de TTA écrit et signé*

Puisqu'il faut l'accord explicite du praticien, la contractualisation du TTA est rendue nécessaire. Les textes indiquent que la conclusion d'un contrat est une obligation que le recours au TTA soit prévisionnel ou ponctuel. Le contrat écrit est signé entre le praticien,

¹³ Les missions et la composition des CRP ont été modifiées par le décret n°2013-843 du 20 septembre 2013.

¹⁴ L'article 22 de la directive 2003/88/CE insiste sur la nécessité de l'accord libre du travailleur concerné : « aucun employeur ne demande à un travailleur de travailler plus de quarante-huit heures au cours d'une période de sept jours, (...) à moins qu'il ait obtenu l'accord du travailleur pour effectuer un tel travail »

¹⁵ L'article 2 de l'arrêté du 8 novembre 2013 commence ainsi : « Les praticiens hospitaliers, les praticiens des hôpitaux à temps partiel, les assistants, les assistants associés, les praticiens attachés, les praticiens attachés associés, les praticiens contractuels et les praticiens adjoints contractuels peuvent, sur la base du volontariat et sans qu'ils puissent subir aucun préjudice du fait d'un refus, réaliser des périodes de temps de travail additionnel au-delà de leurs obligations de service dans les conditions fixées par leurs statuts respectifs. »

le responsable de structure, le chef de pôle et le directeur d'établissement et doit porter sur la quantité ainsi que sur le mode de valorisation¹⁶ du TTA.

3) Le TTA doit être anticipé et géré de manière collective

Le principe du choix ne signifie pas que le praticien peut décider lui-même de sa durée du travail. Le temps de travail résulte des besoins du service définis dans l'organisation médicale et les tableaux de service prévisionnels ou ponctuellement des exigences de la tâche à réaliser. L'accord préalable du responsable de structure, du chef de pôle et du chef d'établissement reste requis, ce que permet la signature du contrat.

Les besoins prévisionnels en TTA doivent être arrêtés par le chef de pôle et inscrits au contrat de pôle¹⁷ et en cas de besoins ponctuels, un contrat de TTA peut être demandé par le praticien¹⁸. D'une durée d'un an, ce contrat est renouvelable chaque année, deux mois avant son terme précise l'instruction.

L'enjeu majeur, tant pour les responsables de structure que pour les directeurs d'hôpital, est de pouvoir anticiper le besoin en temps médical. La définition d'effectifs cible par pôle doit se doubler d'une prévision sur la nature du temps travaillé : en fonction de l'effectif physique prévisionnel, il est nécessaire de faire une projection des plages de TTA qui pourraient être sollicitées, ainsi que des jours de congés et RTT non pris qui feront l'objet d'une mise sur CET en fin d'année. Le contrat de TTA oblige à une gestion anticipée et collective du temps de travail, à travers notamment une concertation entre le chef de pôle et les différents praticiens, véritable enjeu managérial dans les pôles. On perçoit déjà qu'un important travail de pédagogie est à mener dans les pôles afin d'accompagner les chefs de pôle dans la prise en main de ces questions relatives à la gestion du temps médical et dans la structuration d'un véritable dialogue social en interne à chaque pôle.

4) Le suivi du TTA est renforcé par la création de registres

Afin de suivre ce temps additionnel, des registres de TTA doivent être mis en place. Il est prévu qu'ils comportent les contrats individuels signés, la spécialité concernée ainsi

¹⁶ Le TTA peut être soit valorisé en CET, soit indemnisé, soit récupéré.

¹⁷ L'instruction du 31 mars 2014 indique que « les besoins prévisionnels de recours à des contrats de temps additionnel sont arrêtés par le chef de pôle et inscrits dans le contrat de pôle. »

¹⁸ L'instruction du 31 mars 2014 souligne 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. »

que les périodes et heures de TTA effectuées par chacun des praticiens. En revanche, les modalités pratiques du dispositif ne sont pas précisées. Ces registres, à disposition du directeur, de la COPS, de la CME et de la médecine du travail, peuvent être considérés comme un élément supplémentaire de suivi du temps de travail visant à la sauvegarde de la santé et de la sécurité des personnels de l'établissement.

5) Le décompte et l'indemnisation du TTA

La nouvelle réglementation modifie le décompte du temps additionnel. En effet, le TTA doit désormais être comptabilisé en heures, ce qui est un changement majeur, notamment pour les secteurs en temps discontinu pour lesquels les plages additionnelles s'évaluaient en demi-journées. Une demi-plage additionnelle équivaut alors à 5 heures¹⁹.

Selon le choix du praticien, une période de TTA sera soit rémunérée, soit récupérée soit versée sur CET. Dans ces deux derniers cas, l'arrêté indique que la plage additionnelle est comptée pour deux demi-journées.

Dans tous les cas, le décompte du TTA n'intervient qu'à l'issue de chaque quadrimestre. Cela suppose donc de connaître exactement le nombre d'heures effectuées par les praticiens et de disposer de tableaux de service complets constatant la réalisation des obligations de service hebdomadaires et relevant les plages additionnelles.

b) Une refonte du fonctionnement des astreintes²⁰

1) L'intervention et le trajet effectués lors des astreintes sont reconnus comme du temps de travail effectif

Pour se mettre en conformité avec la directive européenne²¹, le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés au cours d'une astreinte sont reconnus comme du temps de travail effectif. Ainsi, le temps d'intervention réalisé sur place, à savoir de

¹⁹ L'arrêté du 8 novembre 2013 précise que « lorsque, dans le cadre de la réalisation de ses obligations de service, le praticien a été conduit à dépasser le seuil maximal de quarante-huit heures hebdomadaires en moyenne lissée sur le quadrimestre, le temps de travail effectué au-delà est décompté en heures de temps de travail additionnel qui, cumulées par plages de cinq heures, sont converties en une demi-période de temps de travail additionnel. »

²⁰ Notons au préalable que l'instruction du 31 mars 2014 indique que « les déplacements exceptionnels suivent les mêmes règles d'indemnisation que les déplacements réalisés pendant les astreintes programmées ».

²¹ En particulier au sens de l'article 2 de la directive européenne qui définit le temps de travail comme « toute période durant laquelle le travailleur est au travail, à la disposition de l'employeur et dans l'exercice de son activité ou de ses fonctions ».

l'arrivée au départ de l'hôpital, devra être décompté intégralement à l'heure. En revanche, le temps de trajet sera décompté forfaitairement à hauteur d'une heure aller-retour. En cas de multiples déplacements au cours d'une astreinte, ce temps de trajet sera alors limité à deux heures. La seule exception concerne le samedi après-midi qui représente une demi-période d'astreinte et pour laquelle le plafond du temps de trajet est ramené à une heure. Au total, le décompte du temps d'intervention sur place et du temps de trajet ne pourra pas dépasser deux demi-journées²².

2) Le praticien choisit entre une intégration aux obligations de service ou une rémunération des astreintes

L'intervention sur place et le trajet sont du temps de travail effectif et se cumulent par plage de 5 heures. Le praticien a le choix entre deux options : intégrer ce temps dans ses obligations de service²³ ou se le faire rémunérer sous forme de TTA (sous réserve de la réalisation de ses obligations de service)²⁴.

a. Le choix de l'intégration aux obligations de service

En cas d'intégration aux obligations de service, chaque plage de cinq heures de travail et trajet cumulées (sur une ou plusieurs astreintes) est convertie en une demi-journée de travail et donne droit à une demi-indemnité de sujétion fixée à 132,31 euros²⁵. Ces demi-indemnités de sujétion peuvent être versées mensuellement. A l'issue du quadrimestre, il faudra comptabiliser le temps de travail réalisé pendant les astreintes dans les obligations de service et le praticien devra le récupérer.

b. Le choix de la rémunération en TTA

En cas de rémunération sous forme de TTA, chaque plage de cinq heures de travail et de trajet cumulées (sur une ou plusieurs astreintes) est convertie en une demi-période de TTA et payée au tarif de l'indemnité de TTA de nuit, à savoir 236,98 euros²⁶. A la fin du quadrimestre, il faudra verser la différence entre les demi-périodes de TTA dues et les demi-indemnités de sujétion déjà versées mensuellement.

²² L'article 3 de l'arrêté du 8 novembre 2013 précise que « les fractions d'heures sont négligées ou comptées pour une heure selon qu'elles sont inférieures ou supérieures à la demi-heure. »

²³ Ce choix n'est pas possible pour les praticiens relevant de statuts enseignants et hospitaliers.

²⁴ L'instruction du 31 mars 2014 note que ce choix du praticien doit être « exprimé en début d'année civile ou lors de sa prise de fonctions et formalisé, le cas échéant, dans le contrat de temps de travail additionnel ».

²⁵ Par dérogation, l'arrêté du 8 novembre 2013 précise que « les déplacements d'une durée de trois heures d'intervention sur place font l'objet d'un décompte à hauteur d'une demi-journée à laquelle s'ajoute l'indemnité de sujétion si le temps de travail est intégré dans les obligations de service ».

²⁶ Pour les déplacements d'une durée de trois heures d'intervention, l'arrêté du 8 novembre 2013 définit une comptabilisation à hauteur d'une demi-période de temps de travail additionnel de nuit si le temps de travail est rémunéré.

3) La possibilité de forfaitisation est maintenue

La mise en place d'une indemnisation forfaitaire de l'astreinte opérationnelle ou de l'astreinte de sécurité est toujours possible si le directeur et la CME le décident. Valable pour une structure donnée, cette forfaitisation correspond, au maximum, au montant d'une demi-indemnité de sujétion augmenté de l'indemnité de base et recouvre les déplacements de manière forfaitisée, quel que soit le temps passé. Cela n'exonère pas le directeur de la tenue du décompte du temps d'intervention réellement effectué, pour vérifier que la limite des quarante-huit heures hebdomadaires n'est pas franchie. Ainsi, le temps d'intervention doit être décompté dans les obligations de service et ne peut faire l'objet d'aucune autre forme d'indemnisation.

c) Un rappel des règles pour la prise du repos quotidien dont la mise en œuvre doit être précisée

Les nouvelles dispositions rappellent que le repos quotidien est de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures, qu'il est garanti au praticien et qu'il prend effet à compter du dernier déplacement réalisé au cours de l'astreinte. Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés au cours d'une astreinte sont logiquement pris en compte pour l'attribution du repos quotidien.

La prise du repos quotidien peut par conséquent modifier la réalisation du tableau de service prévisionnel. Par exemple, si après un déplacement de nuit, le praticien reprend son travail le lendemain après-midi alors que le tableau de service prévisionnel prévoyait sa présence le matin, la demi-journée du matin passée en repos n'est pas décomptée dans ses obligations de service. Dans ce cas, l'application du repos quotidien a un impact sur la réalisation de ses obligations de service.

Les modalités de mise en œuvre de ce repos quotidien doivent être précisées dans un règlement intérieur. L'instruction du 31 mars 2014 suggère que ce règlement intérieur prévoit des modalités de dérogation aux règles du repos quotidien si le praticien ne peut pas en bénéficier. Le texte cite l'exemple d'une prise d'un repos durant la journée du lundi en cas de déplacements au cours du week-end.

Néanmoins, des difficultés d'application du droit au repos quotidien persistent. Le cadre de la négociation sur les dérogations à ce droit reste insuffisamment défini. Il n'est

pas précisé si et, le cas échéant, comment les heures écoulées entre la fin de la période de jour et le premier déplacement doivent être prises en compte au titre du repos quotidien. Il n'est également pas prévu d'autres formes de repos compensateurs en éventuelle substitution. On peut supposer que les textes restent volontairement flous pour que chaque établissement définisse ses propres modalités de mise en œuvre.

1.1.2 Une réforme difficile à mettre en œuvre

A) Des difficultés conjoncturelles et techniques

a) Une mise en œuvre potentiellement freinée par le manque d'effectifs médicaux

Dans les disciplines où les difficultés de recrutement sont sensibles, le manque d'effectifs médicaux peut constituer un frein à la réorganisation du temps de travail. L'évolution des règles relatives au temps médical incite à prendre conscience de l'intérêt et de la nécessité de réfléchir à une meilleure répartition des contraintes de service et de la permanence des soins. Or, les équipes en effectifs réduits n'ont pas la possibilité d'organiser des rotations entre les praticiens, ce qui les contraint à poursuivre une partie de leur activité un lendemain de garde. Certains médecins, particulièrement les chefs de service, effectuent ainsi des tâches, notamment organisationnelles²⁷, le lendemain d'une permanence sur place.

A l'exception des services pour lesquels une réorganisation de l'activité sera possible à moyens constants, le besoin en temps médical va s'accroître pour assurer le maintien de l'activité et respecter les repos quotidiens. Or, tous les hôpitaux ne disposeront pas de la même attractivité pour recruter par exemple des chirurgiens ou des anesthésistes. Certains hôpitaux peuvent donc craindre de voir leur activité chuter, les conduisant à s'interroger sur le maintien de l'activité de permanence des soins. La mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013 nécessite donc une forte implication des ARS dans la mise à jour des schémas cible de permanence des soins en fonction des ressources en temps médical et dans le développement d'activités organisées au niveau territorial avec une réflexion sur les modalités de mutualisation du temps de travail et la constitution d'équipes médicales de territoire.

²⁷ On peut citer par exemple le temps passé en réunions, le travail administratif, le traitement du courrier, le codage, la formation, etc.

b) *Les surcoûts possibles de la réforme*

Outre la raréfaction du temps médical disponible, les nouvelles dispositions réglementaires peuvent représenter un surcoût pour les établissements. Tout d'abord, on peut imaginer que certains praticiens réclament une reconnaissance et donc un paiement du TTA qu'ils effectuent et qu'ils ne demandaient pas jusqu'à présent. Mais c'est surtout la modification du système d'indemnisation des astreintes qui fait craindre aux établissements le surcoût le plus important. En effet, la conférence des directeurs des affaires médicales des CHU a estimé que la réforme devrait entraîner une augmentation de 30% des dépenses liées aux astreintes²⁸. Les surcoûts dépendent néanmoins des durées d'intervention et des choix de paiement retenus. Si les praticiens décident d'une intégration de leurs astreintes aux obligations de service, sans générer de TTA ni de jours non pris, cette hypothèse n'engendrerait pas forcément un surcoût. En revanche, si cette intégration aux obligations de service entraîne des jours non pris et un versement sur CET, cette hypothèse génèrera automatiquement un surcoût pour l'établissement. Si les praticiens font le choix d'une rémunération en TTA, cette hypothèse représenterait un léger surcoût²⁹.

c) *Le faible développement des outils de décompte et de suivi du temps médical*

Le décompte et le suivi du temps médical rendus indispensables par les nouvelles dispositions nécessitent de mettre en œuvre des outils adaptés. Des logiciels de gestion du temps médical existent dans la plupart des établissements hospitaliers mais ils ne valent que s'ils sont remplis, ce qui fait souvent défaut. Ces logiciels ne sont néanmoins pas mis en place dans tous les établissements. On peut ainsi relever que dans le plus grand hôpital français, à savoir l'AP-HP, il n'existe pas encore à l'heure actuelle de réel logiciel de gestion du temps médical. Les différents groupes hospitaliers disposent uniquement de tableaux Excel plus ou moins complets pour décompter dans le détail le temps médical. Le suivi des registres du temps travaillé en TTA, quel qu'en soit le nombre va également se heurter aux problématiques techniques de décompte du nombre d'heures travaillées.

La définition du temps de travail médical par pôle et par service reste également rare. Peu d'établissements se servent des outils proposés par exemple par l'ANAP pour

²⁸ L. MONDOLINI et A. DREXLER, *Nouvelle gestion du temps de travail médical, Quand le docteur devient horodateur*, Revue Hospitalière de France, 2014

²⁹ La direction des finances de l'hôpital a tenté de chiffrer les possibles surcoûts selon différentes hypothèses concernant les astreintes. Les résultats sont présentés en annexe 4.

évaluer leur gestion des effectifs et du temps de travail³⁰. Dans un rapport³¹ consacré à la synchronisation des temps médicaux et non médicaux, l'ANAP présente différents outils d'aide à la gestion du temps de travail : rédaction d'une charte de fonctionnement d'une structure hospitalière pour décrire l'organisation d'un service ou d'un plateau technique, réalisation d'une trame d'organisation médicale (TOM) pour définir les besoins théoriques et formalisation d'une cartographie d'organisation médicale (COM) pour décrire précisément l'organisation opérationnelle. La mise en place de ces différents outils nécessite un temps administratif important afin d'avoir une réelle montée en charge concernant la gestion et l'optimisation du temps de travail médical.

d) *La formation nécessaire des gestionnaires face à la complexité réglementaire*

Les directions des affaires médicales vont devoir prévoir des formations pour les gestionnaires chargés de l'application des nouvelles modalités de fonctionnement. Les bureaux du personnel médical seront en effet chargés de suivre la contractualisation, la validation des contrats de pôles et des règlements intérieurs de pôle, en lien avec la COPS. Les modifications importantes du suivi informatisé du temps de travail nécessitent également un temps de formation non négligeable. La gestion du dispositif contractuel du TTA pour l'ensemble des praticiens tout comme le décompte du temps travail à travers la mise en place de registres vont être des éléments de changement majeur auxquels les gestionnaires vont devoir s'accoutumer. Cela interroge donc sur le dimensionnement et le périmètre actuel des directions des affaires médicales pour pouvoir faire face à ces modalités de gestion qui se rapprochent de la gestion des ressources humaines non médicales.

B) Des difficultés culturelles et organisationnelles

a) *Une communauté médicale divisée sur le décompte du temps de travail*

Tous les praticiens ne partagent pas la même conception de l'organisation du travail, en particulier selon leurs spécialités ou leurs âges. Les dispositions sur l'aménagement et la réduction du temps de travail viennent renforcer ces approches différentes. En effet, pour certains médecins, le décompte du temps de travail apparaît comme un

³⁰ L'ANAP a en effet mis en ligne un questionnaire d'auto-évaluation de l'optimisation du temps de travail auprès du patient en établissement de santé (AETTAPES).

³¹ *Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé - Démarche méthodologique*, ANAP, juillet 2014

comportement contre nature, « *considéré soit comme une perte du sens du métier par les plus jeunes, soit comme une revendication catégorielle des urgentistes et anesthésistes réanimateurs, qui ne saurait être généralisable à l'ensemble de la profession* »³².

Un clivage existe notamment sur le décompte du temps de travail en heures plutôt qu'en demi-journées. La revendication de l'un ou l'autre système repose sur une relation de concurrence en termes de reconnaissance des contraintes et spécificités de chaque discipline médicale³³. Les partisans du décompte horaire peuvent même aller jusqu'à défendre la pointeuse³⁴ afin de mesurer la pénibilité et l'intensité de leur activité. Lors des entretiens collectifs, certains praticiens répétaient qu'une demi-journée d'activité d'urgence ou d'anesthésie était plus concentrée en termes d'intensité de charge de travail et de vigilance qu'une demi-journée dans une autre spécialité. A l'inverse, ceux qui réfutent le décompte horaire préfèrent le système de la demi-journée permettant une certaine souplesse dans l'organisation de leur travail dont l'intensité peut varier selon les jours ou les périodes de l'année.

b) L'autonomie des médecins dans l'organisation de leur temps de travail

Comme l'a montré E. FREIDSON, la profession médicale se caractérise par une large autonomie³⁵. L'exercice de leur activité s'opposerait par principe à toute régulation extérieure, préférant l'autorégulation. Le fait d'avoir à rendre des comptes sur l'organisation du temps de travail par exemple est vécu comme déshonorant, « *le médecin se sentant alors traité comme un ouvrier d'usine ou un employé* ». Un chirurgien de Necker reconnaissait que c'était « *un honneur et un gage de liberté de ne pas suivre [leur] temps de travail* ». La régulation du temps de travail suscite chez certains médecins un sentiment de dépossession d'une part de leur autonomie. F.-X. SCHWEYER note ainsi que pour de nombreux médecins « *la soumission à la règle équivaut à une dépossession d'un capital de liberté et de confiance qui faisait l'originalité de leur métier, ou encore porte atteinte à leur prestige : l'autonomie des cliniciens et surtout des chirurgiens s'exprime par le libre choix des créneaux horaires d'occupation du bloc opératoire* »³⁶.

On pourrait d'ailleurs légitimement estimer que les médecins font partie des cadres dirigeants de l'hôpital à qui l'on confie, comme le rappelle le code du travail, « des

³² TACZANOWSKI M., *Les mutations de la profession de praticien hospitalier à travers l'aménagement et la réduction du temps de travail médical*, ENSP, 2005

³³ AÍACH P., *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos, 1994

³⁴ DREXLER A. & MONDOLONI L., *Nouvelle gestion du temps de travail médical. Quand le médecin devient horodateur*, Revue hospitalière de France, 2014

³⁵ FREIDSON E., *La profession médicale*, Payot, 1984

³⁶ SCHWEYER F.-X., *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, ENSP, 2004

*responsabilités dont l'importance implique une grande indépendance dans l'organisation de leur emploi du temps, qui sont habilités à prendre des décisions de façon largement autonome et qui perçoivent une rémunération se situant dans les niveaux les plus élevés des systèmes de rémunération pratiqués dans leur entreprise ou établissement »³⁷. Or, le code du travail exclut les cadres dirigeants des dispositions relatives à la durée hebdomadaire maximale du temps de travail. C'est pourquoi, pour certains, l'arrêté du 8 novembre 2013 vient entériner un « *exercice subordonné de la médecine* »³⁸ et nier un aspect fondamental de la profession qui était de disposer d'une certaine latitude dans l'organisation de leur temps, même en étant salariés de l'hôpital.*

c) *Une transmission non systématique de tableaux de service complets*

Prévus par la réglementation depuis plus de quarante ans³⁹, les tableaux de service voient leur importance réaffirmée et renforcée par les derniers textes sur le temps de travail médical. Ils deviennent, en effet, indispensables pour comptabiliser le TTA effectué en vue d'une indemnisation. L'exhaustivité des renseignements contenus dans des tableaux de service informatisés permettent de vérifier le service fait et les éléments variables de paye, documents de preuve essentiels dans un contexte de certification des comptes des établissements de santé. Ces tableaux de service vise également à améliorer le suivi des effectifs médicaux, de l'absentéisme ou encore celui du dépôt des jours sur CET. En pratique, ces tableaux doivent faire figurer les obligations de service – y compris les gardes –, l'activité d'intérêt général, l'activité libérale, les astreintes à domicile, les congés régulièrement accordés ainsi que les absences autorisées. A la fin de chaque mois, les tableaux prévisionnels sont réajustés en fonction de la présence effective et des absences constatées pour chaque praticien. Le versement de la rémunération statutaire et des différentes indemnités est conditionné par la constatation du service fait sur la base de l'état réel du tableau de service. Ainsi, le chef de pôle doit proposer à la direction des affaires médicales deux tableaux de service nominatifs mensuels : le prévisionnel avant le 20 du mois précédant la réalisation de l'activité et le réalisé avant le 10 du mois suivant la réalisation de l'activité.

Or, il subsiste des difficultés à obtenir ces tableaux de service. Les médecins ne sont pas tous sensibilisés à la nécessité de transmettre ces tableaux de manière complète et à respecter les délais de rendu pour organiser la permanence des soins. On constate, selon

³⁷ Art. L. 3111-2 du code du travail

³⁸ HEAS F., *L'exercice de la médecine face aux mutations du modèle libéral*, Revue de droit sanitaire et social, 2013

³⁹ Arrêté du 15 février 1973 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde dans les hôpitaux publics autres que les hôpitaux locaux

les services, au mieux des retards dans la transmission de ces tableaux, au pire une absence d'envoi du prévisionnel et/ou du réalisé. La recherche d'un suivi régulier de l'activité médicale à travers les tableaux de service peut être interprétée comme un manque de confiance de la part de la direction dans la capacité des médecins à s'organiser de façon autonome. Certains peuvent se montrer réticents à cette transmission des tableaux en considérant cette pratique comme du « *flicage* »⁴⁰.

d) *Des organisations de travail à synchroniser*

Une autre difficulté réside dans le fait qu'il faut mettre en place des organisations de travail cohérentes avec le temps de travail collectif, à savoir tant celui du personnel médical que celui du personnel non médical. En effet, la nécessité de créer les conditions d'une coopération entre professionnels de santé est renforcée par l'exigence de réorganisation des activités que supposent les dispositions concernant le temps de travail. Un rapport de l'ANAP⁴¹ insiste sur cette nécessaire synchronisation des temps médicaux et non médicaux, aujourd'hui rare et qui participerait à l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale du patient. Cette coordination devrait également exister entre les médecins eux-mêmes, afin notamment qu'ils se répartissent leurs activités dans l'intérêt du service et en adéquation avec le temps de travail collectivement mis en place.

Si le mémoire ne se centre pas sur la question de la synchronisation des temps médicaux et non médicaux, elle constitue une étape supplémentaire dans l'harmonisation des temps de travail et l'optimisation de la gestion des effectifs. La démarche de l'ANAP intervient d'ailleurs à la suite d'expériences séparées en matière de gestion du temps de travail médical de celle de la gestion du temps de travail non médical.

⁴⁰ TACZANOWSKI M., *Les mutations de la profession de praticien hospitalier à travers l'aménagement et la réduction du temps de travail médical*, ENSP, 2005

⁴¹ *Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé - Démarche méthodologique*, ANAP, juillet 2014

1.2 La situation particulière des anesthésistes face au temps de travail

Face à ce contexte réglementaire complexe et difficile à mettre en œuvre, le temps de travail en anesthésie est une problématique majeure, qui illustre avec force la sensibilité de la question (1.2.1) et la nécessité d'un diagnostic partagé (1.2.2).

1.2.1 Le temps de travail, une question sensible pour les anesthésistes

A) Une mobilisation forte des anesthésistes en réaction à la gestion de leur temps de travail

a) *Une action syndicale au niveau national*

L'action du syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs élargi (SNPHAR-E) a été déterminante dans la parution de l'arrêté du 8 novembre 2013. En effet, le SNPHAR-E est à l'origine du recours auprès de la Commission européenne qui par deux fois, en septembre 2012 puis en septembre 2013, a relevé des insuffisances dans la transposition en droit national de la directive 2003/88/CE du 3 novembre 2003 concernant le temps de travail des praticiens hospitaliers. Les griefs formulés pointaient le non-respect des garanties limitant le travail hebdomadaire à 48h et imposant des périodes de repos minimales après la prestation d'heures supplémentaires de nuit, le non-respect du consentement du médecin et l'absence de protection contre des pénalités en cas de refus, le non-respect de la règle des onze heures de repos après vingt-quatre heures consécutives de travail, le non-respect du repos compensateur dans le cadre des astreintes et la non-reconnaissance du temps de trajet comme du temps de travail effectif.

Dans un communiqué⁴², le SNPHAR-E se réjouissait de la parution de l'arrêté du 8 novembre 2013 ainsi que de celle de l'instruction du 31 mars 2014, notamment parce le temps déplacé pendant une astreinte était enfin reconnu comme du temps de travail effectif. Le syndicat considère cela comme « *une avancée sociale importante qui aurait dû cependant être appliquée depuis plus de dix ans* ». Par ailleurs, le SNPHAR-E plaidait pour une application sans délai et même rétrospective à la date de publication au journal officiel à savoir le 17 novembre 2013. Enfin, le syndicat notait qu'il était devenu

⁴² SNPHAR-E, *Parution de l'instruction DGOS « Astreintes et temps de travail »*, 18 avril 2014

urgent « *de compter le temps médical afin d'ouvrir l'accès au décompte en temps continu ou d'envisager d'autres systèmes de comptabilisation (5 plages par 24h)* » tout comme « *de revoir la rémunération du temps additionnel qui est encore très loin de la rémunération proposée aux intérimaires médicaux* ». Ainsi, on perçoit que le syndicat majoritaire chez les anesthésistes est et restera particulièrement vigilant à l'égard des directions des affaires médicales concernant le respect de la réglementation relative au temps de travail des praticiens hospitaliers.

b) Des revendications relayées au niveau local

Ces revendications ont été relayées au niveau local puisqu'une pétition a circulé au sein de Necker afin de faire appliquer l'arrêté du 8 novembre 2013. Les équipes d'anesthésie-réanimation en ont profité pour solliciter la direction afin de partager l'état d'une situation de pénibilité du travail. Dans leur courrier, ils pointaient la faiblesse de la communication au sein des différents services ainsi que de l'organisation et de la gouvernance des blocs opératoires en l'absence de charte de bloc concertée et de fonctionnement partagé du bloc opératoire. Par ailleurs, les anesthésistes-réanimateurs signataires de la lettre plaidaient pour une révision du mode de fonctionnement de l'anesthésie en maternité qu'ils jugeaient insatisfaisant. Précisément sur le temps de travail, ces anesthésistes-réanimateurs souhaitaient une gestion transparente, réactive et partagée des relevés individuels d'activité (RIA), la prise en compte de l'intégralité du temps de travail effectué, la contractualisation de leur TTA ainsi que l'équité et la transparence dans la répartition entre les activités cliniques et non cliniques.

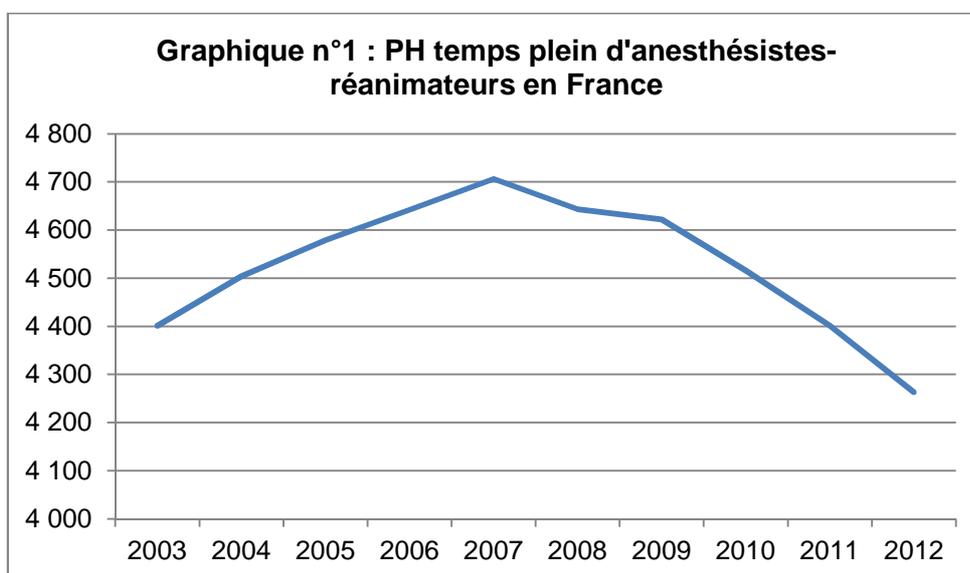
En mars 2014, cette situation a conduit la direction à organiser une rencontre avec différents représentants des équipes accompagné du président de la commission médicale d'établissement locale (CMEL). Lors de cette réunion, il a été mentionné des difficultés de fonctionnement au sein des blocs, de relation avec les chirurgiens, de surcharge de travail, de non reconnaissance de la totalité du temps médical effectué ainsi que des problèmes de recrutement, particulièrement pour le secteur de la maternité et pour l'attractivité et la fidélisation des jeunes praticiens ou des étrangers. Suite à cette rencontre, la direction de l'établissement a pris la décision de constituer trois groupes de travail relatifs, premièrement, à l'organisation de l'anesthésie au sein des blocs, deuxièmement, à la gestion du temps de travail médical et troisièmement à l'accueil et à l'intégration des praticiens jeunes ou étrangers. Ces groupes de travail, pilotés soit par l'adjointe au directeur, soit par la directrice des affaires médicales, ont réuni les anesthésistes-réanimateurs volontaires pour y participer, et selon le groupe, des

responsables de secteur, le chef du pôle 7 « Réanimations, urgences et anesthésies », le chef du pôle 2 « Médecine chirurgicale pédiatrique » ou le chef du service d'anesthésie-réanimation, par ailleurs président de la CMEL.

B) Un contexte démographique singulier, une raison de la colère

a) *Une baisse d'attractivité des hôpitaux publics marquée pour l'anesthésie*

Selon le rapport d'activité du CNG⁴³, depuis 2007, le nombre de PH temps plein d'anesthésistes-réanimateurs ne cesse de diminuer pour atteindre 4 263, soit une baisse de plus de 3% entre 2011 et 2012. Ce nombre a diminué quel que soit le type d'établissement public, avec une diminution plus sensible dans les CHU/CHR. Au 1^{er} janvier 2012, le taux de vacance statutaire des postes de PH temps plein en anesthésie-réanimation est élevé (27% contre 24% toutes spécialités confondues) et hétérogène selon les régions (en France métropolitaine, un minimum de 15,5% en Languedoc-Roussillon, un maximum de 41,3% en Basse-Normandie, en passant par l'Île-de-France qui se situe à 25,5%). Le solde entre les entrées et les sorties est négatif : en 2011, il y avait 176 entrées pour 228 sorties dont 187 départs à la retraite. Il est à noter qu'entre 2007 et 2011, 20% des sorties en moyenne sont dues à des démissions.



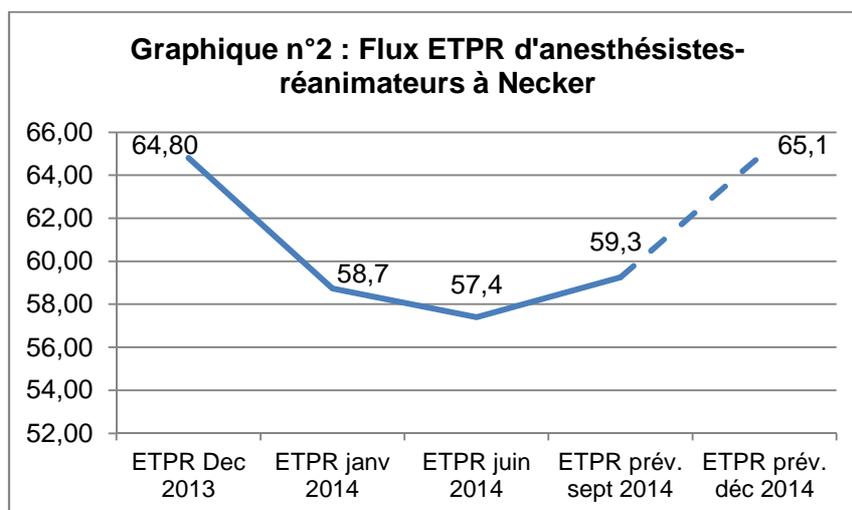
Source : Centre National de Gestion, Rapport d'activité, 2012

⁴³ Centre National de Gestion, *Rapport d'activité, 2012*

La Commission permanente de l'attractivité médicale note dans un rapport⁴⁴ que cette situation structurelle présente de nombreux effets pervers. Les plus importants sont le risque de détérioration de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins des patients, un recours massif à l'intérim médical⁴⁵, l'instauration d'un « cercle vicieux » en raison des difficultés de recrutement liée au grand nombre de postes vacants ainsi que les risques psycho-sociaux (RPS) avec une montée de la souffrance au travail et des *burn-out*. Cela peut conduire ces professionnels à quitter l'hôpital public pour d'autres modes d'exercice plus souples et plus rémunérateurs, en particulier dans les établissements de santé privés.

b) *Une situation dégradée des flux d'anesthésistes-réanimateurs à Necker*

Comme le montre le graphique n°2, les effectifs d'anesthésistes-réanimateurs sont passés de 64,80 ETPRM en décembre 2013 à 57,4 ETPRM en juin 2014, soit une perte de 7,4 ETPRM. Cela a un effet direct sur le temps de travail des praticiens qui mécaniquement augmente pour compenser la baisse significative des effectifs.



Source : Direction des Finances, de la Recherche et des Affaires médicales

Cette situation s'explique par des départs à la retraite ainsi que dans d'autres établissements. Le décrochage entre les effectifs anesthésiques présents et les postes nécessaires au nouveau dimensionnement de l'activité chirurgicale de Necker résulte également de l'intégration, sans anesthésiste supplémentaire, des services ORL et de

⁴⁴ Commission permanente de l'attractivité médicale, *L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public*, FHF, 2014

⁴⁵ A ce sujet, le rapport du député Olivier Véran intitulé « *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte* » montre que plus de 6 000 médecins seraient concernés et que le surcoût pour les hôpitaux s'élèverait à 500 millions d'euros par an.

chirurgie maxillo-faciale (CMF) de l'hôpital Trousseau ainsi que de l'augmentation d'activité liée à l'attractivité chirurgicale du bâtiment Laennec ouvert en 2013. Les perspectives de recrutement pour la fin de l'année 2014 permettraient de retrouver le niveau des effectifs à fin 2013, ce qui serait de nature à mieux répartir la charge de travail.

1.2.2 Un travail de diagnostic du temps médical en anesthésie engagé à Necker

A) Une démarche de réorganisation de la permanence des soins du service d'anesthésie pédiatrique proposée dès 2007 par la MeaH

a) *Les constats formulés par la MeaH concernant la gestion et l'organisation du temps médical*

En 2007, le président de la CME et la direction de Necker ont voulu obtenir une meilleure lisibilité et davantage d'équité dans la gestion des effectifs médicaux. Comme la plupart des chefs de service, ils étaient demandeurs d'outils permettant de mettre en balance les impératifs organisationnels de chaque service et l'autonomie des praticiens dans l'organisation de leur temps de travail afin de faire évoluer les organisations médicales. Pour lancer ce type de démarche, l'appui de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH)⁴⁶ a été sollicité puisqu'elle proposait des actions de formation et une assistance technique pour améliorer la gestion et l'organisation du temps médical.

A Necker, les promoteurs du projet ont choisi de travailler en priorité sur un service pilote, à savoir l'anesthésie pédiatrique. Suite à des entretiens, des groupes de travail, une analyse d'activité ainsi qu'une revue des plannings, la MeaH a pu diagnostiquer plusieurs points de dysfonctionnement. Par exemple, l'existence de deux lignes de garde a été jugée comme une organisation de la permanence des soins consommatrice en temps médical. Ces travaux de diagnostic ont également mis en évidence de fortes tensions suscitées par l'élaboration des plannings, alimentées par la multitude d'organisations individuelles « *peu propices à l'émergence d'une organisation collective* ». En outre, la MeaH relevait l'absence d'engagement clair de chaque praticien pour affecter le temps disponible aux différentes activités qui lui incombent (temps clinique, formation,

⁴⁶ 50 établissements de santé ont participé à cette démarche, dont le bilan et les résultats obtenus ont fait l'objet en 2008 d'un rapport de la MeaH intitulé « Appui à la gestion et à l'organisation du temps médical ».

recherche, etc.). Par ailleurs, le chef de service a mis l'accent sur l'insuffisance de l'activité de recherche.

b) Les propositions d'amélioration et les résultats obtenus

Dans ce contexte, il a été décidé de mettre en œuvre trois actions : premièrement, de revoir l'organisation de la permanence des soins ; deuxièmement, de mettre en place un processus annuel de contractualisation avec chaque médecin ; troisièmement, de définir des tableaux de service chaque quadrimestre. La première action s'est traduite par la conversion de la deuxième ligne de garde en astreinte opérationnelle qui a permis de libérer l'équivalent de 1,5 ETP médical aux heures ouvrables. Concernant la deuxième action, un projet de contrat individuel a été élaboré afin d'améliorer les prévisions de temps disponible, de mieux planifier la présence médicale, d'engager le praticien sur un projet professionnel compatible avec ses aspirations et conforme aux besoins du service, de dynamiser le temps dévolu à la recherche en y affectant du temps médical et d'obtenir une meilleure visibilité pour l'ensemble des services (qui fait quoi et quand ?). Cette démarche de contractualisation n'a finalement pas pu être achevée. En outre, la troisième action visant à produire des plannings chaque quadrimestre n'avait pas pu aboutir le temps de la mission. Elle avait cependant permis de mettre en évidence que la distribution des compétences entre médecins méritait d'être renforcée afin de couvrir tous les secteurs d'activité du service (notamment les activités orthopédiques, viscérales et ORL). L'accroissement de la pluridisciplinarité des praticiens s'était avéré être un préalable indispensable à la réorganisation des plannings. Le service l'avait d'ailleurs inscrit dans les objectifs de sa politique de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

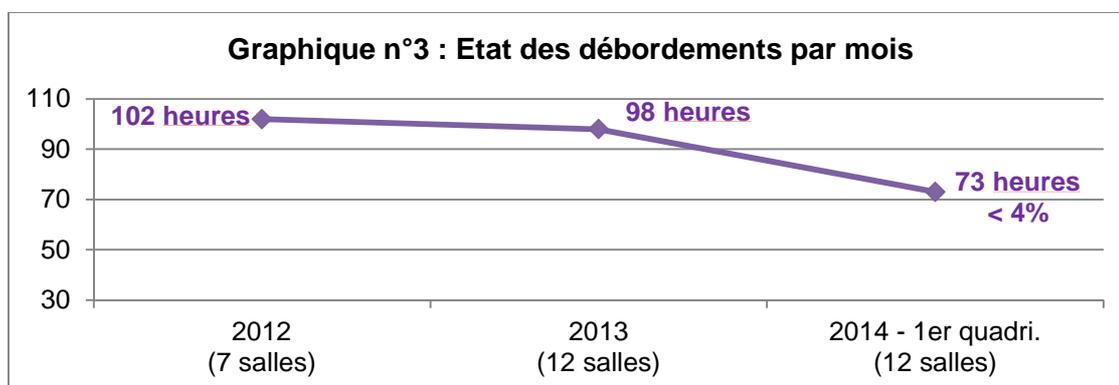
B) Un état des lieux du temps médical partagé lors de groupes de travail mis en place en 2014

a) Une tension relative aux débordements au sein des blocs opératoires

Le premier groupe de travail sur l'organisation des blocs a été notamment l'occasion d'échanger sur les difficultés de programmation et de respect des horaires. Si les anesthésistes doivent normalement être présents de 8h à 18h au bloc opératoire, il arrive que certaines opérations durent plus longtemps que prévu entraînant un décalage dans les horaires de sorties de salle. Ces débordements sont vécus par les principaux

anesthésistes comme un facteur de stress important, difficilement supportable. Certains praticiens ont reconnu découvrir la programmation de certaines interventions le jour même. Ces éléments ont été de nature à développer les situations conflictuelles notamment avec les chirurgiens.

Lors de ce groupe de travail, la direction a néanmoins voulu mesurer l'ampleur des heures de débordements. Grâce aux logiciels IPOP et Opale, une tendance à l'amélioration a pu être constatée depuis 2012, comme le montre le graphique n°3. Sur le premier quadrimestre 2014, ces débordements horaires ne représentent que 4% par mois du total d'heures effectuées.



Source : Direction des Finances, de la Recherche et des Affaires médicales

b) Un temps de travail additionnel inégalement réparti et faiblement reconnu

Lors des groupes de travail, les praticiens ont demandé une valorisation en TTA de ces heures supplémentaires liées aux débordements. Concernant le TTA reconnu, l'ensemble de l'équipe des anesthésistes a été légèrement plus mobilisé sur le premier quadrimestre 2014 qu'en 2013 au regard du pourcentage de TTA et de jours non pris : 7,6% contre 6,6% en 2013. En moyenne, il y a eu 13 jours en plus fournis par praticien, mais toutes les personnes ne sont pas mobilisées dans les mêmes proportions pour faire du temps additionnel. En effet, le TTA concerne surtout 25 anesthésistes qui fournissent plus de 20 jours supplémentaires, dont 6 plus de 30 jours supplémentaires et 3 plus de 40.

Outre la non-prise en compte de la valorisation du TTA des heures supplémentaires liées aux débordements, les praticiens ont exprimé leur insatisfaction sur la non-reconnaissance du temps hors bloc ou du temps non clinique effectués sur le temps de travail. Les activités non cliniques citées ont été notamment la participation aux réunions, à la gestion, à des formations ou à des congrès.

Face à ces différents constats, comment gérer et organiser différemment le temps de travail médical, en particulier celui des anesthésistes ?

Des réponses à cette question sont proposées dans une seconde partie axée sur la conduite du changement à partir d'un plan d'actions pour répondre à la situation en anesthésie et de solutions en matière de gestion des ressources humaines médicales.

2 La conduite d'un changement organisationnel et managérial concernant le temps de travail des anesthésistes englobée dans une gestion renouvelée des ressources humaines médicales

A la suite des différents groupes de travail avec les anesthésistes, la direction des affaires médicales a proposé plusieurs actions et solutions à mettre en œuvre concernant la gestion et l'organisation du temps de travail (2.1). La conduite de ces changements organisationnels et managériaux nécessite de passer d'une administration du personnel médical à une réelle gestion des ressources humaines médicales (2.2).

2.1 Les actions proposées par la direction des affaires médicales suite aux groupes de travail sur le temps médical en anesthésie

Trois axes majeurs ont émergé lors de la formalisation de solutions à proposer en anesthésie : revoir l'organisation de l'anesthésie au sein des blocs (2.1.1), renforcer la communication et proposer une contractualisation du temps de travail (2.1.2).

2.1.1 Pour une meilleure organisation de l'anesthésie au sein des blocs

A) Améliorer la programmation du bloc opératoire

a) *Affiner le catalogue de recueil des temps prévisionnels d'intervention incluant temps chirurgicaux, anesthésiques et autres*

Avant le lancement des groupes de travail, une action de finalisation des catalogues des temps d'intervention était déjà en cours. Grâce au logiciel IPOP, ces catalogues ont pu être affinés afin d'y intégrer les temps prévisionnels selon les interventions et d'inclure les temps chirurgicaux, anesthésiques et autres, notamment des paramédicaux tels que les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE) et les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat (IBODE). Cette modulation en fonction du type précis d'intervention participe de l'amélioration en amont de la programmation. De même, la possibilité

d'ajouter le temps entre deux patients permet de mieux appréhender le temps réel au global. Ce recueil d'information sera diffusé à l'ensemble des équipes concernées afin de garantir le partage et la transparence des données.

b) Favoriser la participation de l'anesthésie à la programmation et désigner des anesthésistes référents

La présence des anesthésistes aux staffs de programmation ainsi qu'à la réunion de régulation avec les chirurgiens n'était pas garantie. Une mesure de changement d'horaires de ces réunions est envisagée afin de permettre la présence des anesthésistes. Certains anesthésistes ont souligné vouloir « *redonner à la cellule de régulation du vendredi un vrai rôle* » avec la présence de décideurs, notamment du président du conseil de bloc. Ils souhaitent aller plus loin en donnant un pouvoir de sanction à cette cellule en fonction des reports de patients et de l'équilibre des programmes opératoires. Si cette mesure n'a pas été retenue par la direction des affaires médicales, cette dernière a mis l'accent sur le contenu de ces réunions pour qu'elles prennent en compte les indications anesthésiques concernant l'acte et le terrain. Les objectifs poursuivis sont de lutter contre les débordements, la programmation de patients les plus longs en fin de programme et la concentration de patients lourds sur une même plage opératoire (avec un impact sur l'unité de soins continus – USC – et les services de réanimation).

Afin d'avoir au moins un représentant de chaque secteur d'anesthésie à ces réunions, la désignation d'anesthésistes référents dans les différents secteurs a été fortement suggérée. Les participants aux groupes de travail ont souligné la nécessité d'aménager le temps de travail de ces référents afin de les libérer et garantir leur présence aux réunions de programmation. Par conséquent, il faudra dégager du temps pour les référents et l'intégrer dans les plannings. Outre cette nécessité, une difficulté demeure dans la désignation des anesthésistes référents. Après une demande en mai 2014 auprès de l'équipe d'anesthésie, il n'y a eu aucune candidature spontanée. La direction des affaires médicales va rédiger une fiche de poste afin de donner un cadre et un contour concret aux rôles de référents. S'il n'y a pas de volontaires, il faudrait sans doute procéder par sollicitation, voire par désignation même si elle comporte le risque d'être mal reçue.

c) *Empêcher le forçage de la programmation et réorganiser les vacances chirurgicales*

Le forçage de la programmation consiste à imposer ou à intercaler des patients sans concertation. Cette situation est délétère puisqu'elle est source de conflits entre les anesthésistes, les chirurgiens, les paramédicaux et les familles. Mis à part un rappel des règles de programmation, il a été envisagé de limiter l'accès de certains chirurgiens à la programmation. Cette solution n'a pas pu être mise en place en raison d'une difficulté technique du logiciel IPOP qui ne permet pas de restreindre l'accès individuellement à la programmation. Certains anesthésistes ont suggéré « *d'empêcher les secrétaires de forcer les vacances* », pour ne laisser cette possibilité qu'aux cadres de bloc. La réorganisation des vacances chirurgicales est une possibilité dans certaines spécialités, en donnant par exemple plutôt des vacances par journées au lieu de la demi-journée. Cela a été mis en place depuis septembre 2014 en orthopédie. Plus généralement, il s'agit de favoriser les temps-plein au sein des structures d'emploi chirurgicales afin de permettre ces réorganisations.

B) Garantir un fonctionnement partagé du bloc opératoire

a) *Travailler sur les horaires de présence paramédicale*

La synchronisation des temps médicaux et non médicaux est primordiale, de surcroît au sein des blocs opératoires pour lutter contre la perte de temps au démarrage et dans la journée. Une réflexion a été menée afin de revoir les horaires de présence des AS, des IBODE et des IADE. Concernant l'organisation du travail des AS, certains anesthésistes ont mis en avant qu'il fallait consacrer un AS au ménage et un autre pour le brancardage pour la même salle. Les transferts vers la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) pourraient être facilités par la présence systématique d'un AS. Cette solution serait néanmoins coûteuse au regard des effectifs d'AS. La possibilité d'horaires d'arrivée décalés pour les IADE et les IBODE a été également soulevée afin de garantir une présence minimale de ces personnels après 17h30. Cette harmonisation des temps de travail des personnels paramédicaux est nécessaire au bon fonctionnement des blocs. Si l'AP-HP répond à l'appel à projet de l'ANAP sur la synchronisation des temps médicaux et non médicaux, l'hôpital Necker devrait se positionner sur cette problématique rencontrée au sein des blocs opératoires. Un groupe de travail a d'ores et déjà été lancé et il est piloté par la direction des soins accompagnée des cadres de blocs.

b) *Valider la charte de bloc*

La validation de la charte de bloc a été une pierre d'achoppement en raison principalement de la définition de l'amplitude horaire du bloc qui était précisée de 8h à 18h pour les anesthésistes. Lors des groupes de travail, la direction des affaires médicales a insisté sur le distinguo entre la fin d'intervention, la sortie de salle et la fin de la journée de travail des anesthésistes. Reconnaître une sortie de salle à 18h nécessite une fin d'intervention chirurgicale en amont et ne signifie pas que le temps de travail de l'anesthésiste se termine à 18h. En effet, l'anesthésiste peut quitter son travail à 19h ou à 19h30, ce qui est déjà inclus dans la description du fonctionnement d'une équipe d'anesthésie. Or les anesthésistes n'ont pas tous signé la charte de bloc arguant de l'absence d'harmonisation des horaires avec les personnels paramédicaux. C'est pourquoi, un groupe de travail *ad hoc* a été mis en place et a déjà conduit à une première lecture commune de la charte de bloc. La nécessité de définir dans cette charte le fonctionnement de la salle d'urgence a notamment été mise en avant afin d'éviter une déviance actuelle pointée par certains anesthésistes d'utilisation de cette salle pour accueillir des « semi-urgences » ne permettant pas son délestage.

c) *Partager le suivi des déprogrammations par cause et par discipline*

La direction des affaires médicales a proposé de partager le suivi des déprogrammations par cause et par discipline. Un tableau hebdomadaire de suivi des annulations du jour existe déjà dans les blocs. Cet affichage sera étendu aux salles de réunion et à celles de détente. Ces suivis peuvent être enrichis de données sur les patients en retard et par le signalement systématique de tout retard à la régulation interne du bloc.

C) *Optimiser l'organisation des blocs à travers des expérimentations*

a) *Expérimenter la fermeture anticipée d'une salle par jour en tournant selon les disciplines*

Lors des groupes de travail, l'idée de fermer plus tôt des salles a été avancée. La direction des affaires médicales a réagi en proposant d'expérimenter la fermeture

anticipée d'une salle par jour en tournant selon les disciplines. Le lancement de cette expérimentation est soumis à la condition d'une réouverture d'une salle de bloc opératoire actuellement fermée en raison des effectifs en anesthésie. L'objectif de cette fermeture anticipée serait de dégager du temps de travail non posté ou non clinique. Une des difficultés réside dans le fait d'arriver à identifier une salle « plus légère » qui pourrait fermer plus tôt. Il faudrait également fixer une heure de fermeture. Trois disciplines pourraient alterner leur fermeture quotidienne : l'orthopédie, le digestif et la CMF couplée à l'ORL. Certains anesthésistes souhaitent que cette rotation soit définie par le chef de pôle et/ou les présidents du conseil de bloc. De plus, la réduction d'activité devrait, selon eux, avoir surtout lieu le jour de présence au staff des différents anesthésistes.

b) Modéliser la faisabilité d'une nouvelle répartition des anesthésistes par salle

Suite aux groupes de travail, des anesthésistes ont réfléchi à une proposition d'organisation pour la mise en place d'un médecin anesthésiste sur deux salles au bloc opératoire du bâtiment Laennec. En libérant du temps pour les médecins anesthésistes, cette mesure permettrait d'assurer la présence d'un médecin anesthésiste en SSPI voire de dégager du temps pour réaliser des activités non postées. Les conditions de réalisation avancées par les anesthésistes sont assez restrictives : une limite d'âge pour le patient (supérieur à un an) ; exclusion des cas d'intubation difficile ou de risque hémorragique (pertes sanguines prévisibles > 15% du volume sanguin) ; possible dans certaines interventions d'ORL, de maxillo, de viscéral ou d'orthopédie mais exclu en urgence, en néonatalogie, en chirurgie du rachis, en endoscopies (ORL, bronchique), en chirurgie viscérale lourde et en neurochirurgie. Il faudrait également prévoir des heures de début décalées dans le module (8h et 8h30 par exemple) et des fins plus précoces dans chaque salle afin d'amortir d'éventuels ralentissements (en cohérence, 17h00 et 17h30). Les contraintes soulevées sont également architecturales : le bloc Laennec est construit en modules de deux salles, on ne peut pas aller plus loin qu'une répartition d'un anesthésiste sur deux salles. Les anesthésistes envisagent la possibilité de renfort par un autre médecin anesthésiste, qui pourrait être celui en charge de la SSPI et précisent qu'un médecin anesthésiste débutant ou venant de rejoindre l'équipe ne peut pas être sur plus d'une salle. Encore une fois, la concordance des temps avec le personnel non médical est obligatoire, notamment pour avoir une IADE dans chaque salle concernée du début à la fin de la journée.

La faisabilité sur le programme opératoire devrait être validée toutes les semaines au staff de régulation. Cette procédure pourrait être réévaluée systématiquement au bout de

trois mois, au moins au début, puis par trimestre si elle se pérennise. Il reste encore à évaluer *a priori* la faisabilité en termes de programmation chirurgicale, en tenant compte des contraintes sécuritaires imposées par le dispositif. Idéalement, il faudrait également évaluer prospectivement le nombre de patients et donc de journées opératoires pouvant être concernées par semaine et/ou par mois.

2.1.2 Pour une meilleure communication et une contractualisation du temps de travail

A) Renforcer la communication entre les praticiens, les services et la direction des affaires médicales

a) *Transmettre systématiquement les tableaux de service à la direction des affaires médicales*

La condition nécessaire pour reconnaître le temps de travail a été maintes fois répétée dans les groupes de travail : il s'agit de la transmission systématique des plannings prévisionnels et définitifs. Ces tableaux doivent être établis en concertation avec les différents praticiens et être transmis par les chefs de secteurs au chef de service puis au chef de pôle qui doit les valider et les envoyer à la direction des affaires médicales. Un chef de pôle lors d'un groupe de travail résume : « *Le planning prévisionnel témoigne d'une organisation réfléchie et le planning définitif de la capacité à réagir, à s'adapter aux imprévus. Cette organisation du temps de travail doit être planifiée et organisée. Un des éléments du contrat sur les plages additionnels préalables est la transmission des plannings* ».

La transmission de ces tableaux doit avoir lieu dans un calendrier précis qui a été rappelé lors des groupes de travail : le bureau du personnel médical doit pouvoir disposer des plannings prévisionnels le 20 du mois et des plannings définitifs le 8 du mois. Des indicateurs simples pourraient être mis en place pour suivre le taux de remontée des tableaux de service. Le chef du pôle concerné reconnaissait que cela lui prenait beaucoup de temps de valider les plannings prévisionnels et définitifs. Il estimait que cela représentait environ trois à quatre journées de son travail par mois.

Actuellement, l'absence de sanctions, notamment sur la paye, en cas de non transmission de ces tableaux n'incite pas à un changement des comportements existants.

Outre la constatation du service fait et le respect d'une procédure en lien avec la certification des comptes, l'existence des tableaux doit être vécue comme une obligation par les praticiens. Une sanction pourrait être envisagée pour avoir un effet incitatif, si ce n'est coercitif.

- b) *Garantir la transmission quadrimestrielle des RIA et définir la périodicité du paiement du TTA selon les secteurs*

Plusieurs anesthésistes accordent de l'importance à un retour individuel sur leur temps de travail de la part de la direction des affaires médicales, notamment relevant les plages additionnelles effectuées et le décompte régulier des CET. La direction des affaires médicales s'est engagée à envoyer tous les quatre mois un relevé individuel d'activité (RIA) à tous les anesthésistes. Cela va demander un travail supplémentaire de la part des gestionnaires à périmètre constant des effectifs du bureau du personnel médical (BPM). Notons également avec un chef de pôle que « *quand le BPM reçoit les tableaux de service mensuels avec six mois de retard, le calcul du TTA est fait à la hâte donc il n'y a pas le temps de faire des récapitulatifs* ». Il reviendra à chaque secteur de définir la périodicité du paiement du TTA : ce paiement pourra être soit quadrimestriel, soit annuel. Enfin, la direction des affaires médicales a annoncé qu'elle ferait des reprises sur salaire si elle constate à travers les RIA que les obligations de service ne sont pas remplies sur un quadrimestre.

- B) Contractualiser le temps de travail

- a) *Définir le volume prévisionnel de TTA et intégrer une valorisation forfaitaire prévue dans des contrats individuels*

Sur la base du premier quadrimestre de chaque année, il peut être estimé un volume prévisionnel de TTA sur l'ensemble d'une année. Ce volume prévisionnel de TTA doit pouvoir idéalement être réparti entre les volontaires, selon un planning prévisionnel et en fonction de l'organisation souhaitée, des salles ouvertes ou encore de l'activité. Au regard de ce planning, la valorisation du TTA demandé et nécessaire devra se décliner dans un contrat individuel. Ce contrat peut faire l'objet d'un avenant si la situation évolue, par exemple si un recrutement ou un départ arrivent.

Au-delà des plages réalisées en sus des obligations de services, les contrats de TTA incluront une valorisation forfaitaire des heures supplémentaires liées aux débordements qui sera évaluée objectivement sur l'ensemble d'un secteur, sur une période donnée et répartie entre les praticiens volontaires.

b) Faire signer des contrats individuels sur la base d'organisations collectives de travail prédéfinies et reconnaissant un temps médical non clinique

En amont de la signature des contrats, les différentes équipes doivent mener des réflexions sur les organisations de travail, secteur par secteur, avec le chef de service et le chef de pôle afin d'intégrer du temps structurant ou non posté, comme la participation aux staffs, aux réunions, aux revues de mortalité et de morbidité (RMM), à des comités de retours sur expérience (CREX) ou encore à des activités de recherche, d'enseignement et d'intérêt général. Il faut donc une réflexion préalable sur les effectifs nécessaires et définir le nombre de praticiens qui a, par exemple, des activités structurantes, transversales, universitaires et ceux qui en ont moins. Il faut se mettre d'accord sur le temps de travail posté et un certain pourcentage de temps de travail non posté, pour notamment aller aux réunions et organiser les remplacements sans que le planning définitif soit simplement l'adjonction de TTA.

Le modèle de contrat proposé par la MeaH précisait déjà explicitement le temps médical consacré aux activités cliniques et aux activités non cliniques. Pour ces dernières, la fourchette reconnue allait de 5 à 20% selon les établissements. Quatre items avaient été retenus comme du temps médical non clinique : la formation ; la participation à la gestion ; l'activité de réseau ; les activités d'intérêt général. Des critères peuvent être retenus pour évaluer ce temps de travail, comme par exemple un rapport annuel synthétique ou le nombre de publication, via les indicateurs tels que PubMed⁴⁷ ou SIGAPS⁴⁸.

Un modèle de contrat de temps de travail additionnel a été proposé par la direction des ressources médicales du siège de l'AP-HP. Il peut servir de base pour les différents groupes hospitaliers, mais doit être précisé selon les choix retenus par les établissements, la direction des affaires médicales, les responsables de structure interne et les praticiens⁴⁹.

⁴⁷ PubMed est le principal moteur de recherche de données bibliographiques de l'ensemble des domaines de spécialisation de la biologie et de la médecine.

⁴⁸ Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques.

⁴⁹ Ce modèle de contrat de temps de travail additionnel proposé par l'AP-HP est reproduit en annexe 5 de ce mémoire.

2.2 D'une administration du personnel médical à une réelle gestion des ressources humaines médicales

Pour assurer le passage d'une administration du personnel médical à une réelle gestion des ressources humaines médicales, les outils de gestion du temps médical et le management des équipes doivent être renforcés (2.2.1). Plus généralement, il faut pouvoir concrétiser un projet social et professionnel de gestion des ressources humaines médicales (2.2.2).

2.2.1 Un renforcement nécessaire des outils de gestion du temps médical et du management des équipes

A) Développer les outils de gestion du temps de travail médical

a) *La nécessité d'avoir un logiciel informatique adapté aux nouvelles règles du temps médical*

Face à la complexité croissante des règles de gestion du temps de travail médical et aux enjeux financiers liés à la permanence des soins, la plupart des établissements rencontrés sont dotés d'outils informatisés de décompte et de suivi de l'activité médicale. L'AP-HP et en particulier l'hôpital Necker n'ont pas de logiciel de gestion du temps de travail médical. Si des logiciels permettent de gérer les rémunérations des médecins, il n'a pas été mis en place de logiciels offrant la possibilité de suivre individuellement les droits des praticiens ou de repérer les variations d'activité. Cette faisabilité sous Excel reste limitée, ce qui plaide également pour l'acquisition d'un logiciel adapté.

Pour tous les établissements de santé, les logiciels de gestion du temps médical doivent nécessairement évoluer pour prendre en compte toutes les règles. Le paramétrage risque d'être assez complexe pour prendre en compte le temps en astreinte ou encore la forfaitisation. Il faudra également y intégrer les spécificités propres à chaque organisation telles que les dérogations au repos quotidien ou les modulations dans le paiement des demi-périodes d'astreinte. Cela implique d'être accompagné dans la phase de lancement du logiciel afin de pouvoir le tester, l'adapter et de faciliter sa prise en main par les différents acteurs concernés.

b) La mise en place d'une charte du temps médical ou d'un règlement intérieur pour faciliter le partage d'information

Depuis la parution de l'arrêté du 8 novembre 2013, certains hôpitaux ont choisi d'élaborer une charte du temps médical. Cette charte peut être un règlement intérieur afin de le rendre opposable comme l'a souhaité le CHU de Rennes. Ces documents visent à clarifier et à harmoniser les règles de gestion et de décompte des obligations de service des absences, des temps non cliniques, de la valorisation de la permanence des soins, etc. Elaboré généralement en concertation avec les praticiens via la COPS et la CME, la diffusion et la communication institutionnelle de ces chartes ou règlements intérieurs permettent de partager et de rappeler les usages et les bonnes pratiques en matière de temps médical. Ces documents ne sont donc pas coercitifs. Leur vocation est de fournir un document de référence aux praticiens présents au sein de l'hôpital ou ceux qui vont l'intégrer. Leur existence est également une aide pour les agents des BPM en cas de doute ou de litige avec la mise à disposition dans un document unique de l'ensemble des règles, lois et normes en vigueur relatives au temps de travail des médecins ainsi que des usages et pratiques propres à l'établissement, voire aux services.

c) La généralisation de maquettes organisationnelles propres à chaque service

L'outillage informatique peut permettre d'élaborer des maquettes organisationnelles de service. Ces maquettes visent à définir une organisation type d'un service, présentée sous forme d'un tableau général annuel. Elles peuvent intégrer différentes hypothèses, notamment les variations de l'activité médicale du service, les besoins des patients et les exigences des praticiens. La schématisation globale du temps de travail médical permet de rechercher l'organisation optimale des activités prévisibles et programmées. Ces maquettes distinguent également la charge de travail individuelle et l'activité collective de productions de soins. De plus, les tableaux de service définitifs peuvent être comparés aux maquettes d'organisation établies pour suivre l'écart entre les effectifs présents et les effectifs théoriques.

En Ile-de-France, l'ARS propose par exemple l'outil Malcom⁵⁰. En téléchargement libre, cet outil permet de représenter la répartition du temps des différents praticiens. Plusieurs analyses peuvent être effectuées en suivant, selon le jour de la semaine, le pourcentage et le temps consacrés aux différentes activités ainsi que la répartition entre les praticiens.

⁵⁰ Aide à la formalisation de l'organisation du temps médical, mode d'emploi de l'outil Malcom (management de l'activité en lien avec la contractualisation de l'organisation médicale), ARS Ile-de-France, 2012

La fréquence de participation à la permanence des soins peut également être mesurée. Ainsi, des orientations à prendre pour atteindre les objectifs fixés peuvent être déduites.

B) Dynamiser et accompagner le management des équipes médicales

a) *La COPS et la CME doivent être des instances de régulation et de concertation*

Actuellement à Necker, la COPS se réunit rarement, en raison d'une non-mobilisation des acteurs qui peut s'expliquer par l'importance de la COPS centrale au niveau de l'AP-HP qui se réunit régulièrement. Il semble néanmoins nécessaire d'avoir une COPS active au niveau local pour être un lieu de régulation et de concertation. En effet, c'est l'instance la plus adaptée pour élaborer et valider le modèle de contrat de TTA, pour examiner les registres de TTA tous les quadrimestres, pour proposer un règlement intérieur de fonctionnement des astreintes, pour donner son avis sur l'attribution des potentiels forfaits et pour réaliser, avec la direction, l'évaluation des différents dispositifs.

De même, la CMEL doit être un lieu d'échanges entre les représentants des praticiens. Depuis la loi HPST, les chefs de service ne siègent plus de droit au sein de la CMEL. Il convient donc que les comptes-rendus soient adressés systématiquement à tous les responsables de structure du groupe hospitalier, ainsi qu'aux praticiens statutaires (PUPH, MCUPH, PH). Les chefs de service devront en assurer une diffusion large au sein de leurs équipes, et faire remonter aux membres de la CMEL les questionnements qui s'en suivent. Des PH peuvent être invités régulièrement à la CMEL afin de les intégrer, de faire une revue de projet et plus généralement les faire participer à la vie médicale de l'établissement.

b) *Des réunions avec les responsables de structure, chefs de service et chefs de pôle à organiser régulièrement pour un management de proximité*

L'accession à un poste de responsabilité et d'encadrement nécessite d'avoir une bonne connaissance des obligations réglementaires, des moyens disponibles sur la structure et des pratiques et calendriers du groupe hospitalier. Les tâches confiées aux responsables de structure nouvellement nommés nécessitent donc un premier accompagnement de la part de la direction des affaires médicales. A chaque nomination d'un chef de service, ou responsable de structure directement rattachée au pôle, la direction des affaires médicales pourra proposer au praticien un rendez-vous sur des

problématiques jugées prioritaires. Celles-ci concerneront régulièrement le suivi des effectifs et des budgets de personnel médical, la gestion du temps médical, le calendrier et la procédure de révision des effectifs. Des formations institutionnelles ou celles proposées par l'Ecole de management des médecins des hôpitaux (EMAMH) peuvent être proposées à chaque responsable de structure.

De la même manière, la direction des affaires médicales se doit d'organiser semestriellement des rencontres avec les différents chefs de pôles afin d'échanger sur les différentes problématiques en lien avec le personnel médical. Si cela n'empêche en rien l'organisation d'autres réunions au cours de l'année, ce temps d'échange est l'occasion d'aborder de façon globale et transversale toutes les questions relatives aux ressources humaines médicales. Ces rendez-vous semestriels sont structurés autour des moyens alloués au pôle, de l'évolution des effectifs au cours de l'année à venir, du temps médical (état organisationnel et tableau de service, contrat de temps de travail additionnel)

2.2.2 La concrétisation d'un projet social et professionnel de gestion des ressources humaines médicales

A) Assurer une meilleure gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)

a) *La mise en place d'outils de suivi de l'évolution des effectifs*

Des outils de suivi de l'évolution des effectifs des différentes spécialités présentes au sein de l'hôpital sur les dix prochaines années peuvent être mis en place par la direction des affaires médicales. Cette analyse est indispensable pour déterminer les actions prioritaires à engager en termes de recrutement et d'attractivité.

Les indicateurs de suivi peuvent être par exemple le taux de vacance, le solde entre les départs et les sorties, les raisons des départs ou encore l'évolution des effectifs rapportée à l'activité pour en déterminer l'efficience.

Concrètement, une diffusion du bilan social des pôles est à transmettre aux chefs de pôle et à la Commission des Temps et Effectifs Médicaux, comprenant la pyramide des âges, l'état prévisionnel des sorties, le suivi des mouvements de PH.

b) Une politique active de recrutement et d'attractivité

Le recrutement est assuré par le BPM sur demande du chef de pôle et/ou du responsable de structure. Les difficultés de recrutement dans certaines disciplines comme l'anesthésie rendent indispensable l'obligation de rapidité à chaque niveau de la procédure. Concernant les anesthésistes, la direction de Necker s'est mobilisée en faveur du recrutement en consacrant une page de recrutement dédiée aux anesthésistes-réanimateurs sur le site Internet, en diffusant des annonces dans les journaux spécialisés et les réseaux sociaux ainsi qu'en ayant recours à une banque de CV et ponctuellement à de l'intérim. Plus généralement, la direction des affaires médicales s'est engagée à rendre visible les postes disponibles. En effet, toute fiche de poste doit être mise en ligne dans les quarante-huit heures suivant son envoi par le responsable. Les candidatures sont examinées rapidement pour apporter une réponse sur la faisabilité réglementaire du recrutement. Les dossiers de recrutement ont été uniformisés et structurés de façon à comporter tous les éléments et informations nécessaires aux praticiens pour les compléter le plus facilement possible.

Dans un contexte de concurrence accrue entre les différents établissements de santé, Necker doit pouvoir présenter des éléments d'attractivité, notamment pour les jeunes praticiens. En lien avec la direction des ressources humaines non médicales, une maximisation des capacités de logement est recherchée afin de permettre aux internes hors Ile-de-France ou étrangers de bénéficier d'un logement sur le site pour faciliter le déroulement de leur stage.

c) Le renforcement des dispositifs d'intégration et de fidélisation

Des procédures d'intégration existent déjà pour les internes. A chaque début de semestre, une journée d'accueil et de présentation de l'hôpital est organisée. Un livret d'accueil est adressé individuellement aux internes et faisant fonction d'internes qui doit également être distribué à tous les nouveaux praticiens. La direction des affaires médicales pourrait travailler avec la Commission Vie Hospitalière (CVH) à une refonte des journées d'accueil des internes pour laisser une place plus importante aux informations médicales. On peut par exemple imaginer que tout nouvel arrivant pourrait récupérer une mallette de bienvenue avec ce livret d'accueil, le dernier rapport d'activité, un formulaire de demande de badge, une fiche explicative de la feuille de paye ainsi que des possibilités d'évolution de carrière. L'arrivée de nouveaux titulaires doit faire l'objet d'une communication, *a minima* dans les pôles concernés. Après quelques mois d'exercice, des

rencontres entre la direction des affaires médicales, le président de la CMEL et les nouveaux praticiens peuvent être organisées pour faire un bilan de leur prise de poste et de leur intégration au sein de l'hôpital et de leur service.

La fidélisation du personnel est l'un des enjeux de la gestion des ressources humaines médicales. Les différences de rémunération entre le secteur public et le secteur privé, à but lucratif ou non, rendent impératives le développement des axes d'éléments concrets d'attractivité et de fidélisation. Une demande existe par exemple sur la prise en charge de la petite enfance. Les praticiens doivent pouvoir bénéficier d'une place en crèche, dont l'intérêt ne doit pas être apprécié au seul regard du grade ou de la quotité de travail. Il en est de même pour l'accueil en centre de loisirs. De plus, il faut pouvoir offrir la possibilité de prêts d'accèsion à la propriété à taux préférentiel ou de logement au sein du parc immobilier de l'AP-HP. Les déplacements professionnels peuvent être facilités en prenant en charge financièrement les titres de transports ou en menant une politique de covoiturage. Il apparaît également nécessaire de faire connaître l'institution sous un abord complémentaire de celui des résultats médico-économiques. La remise à chaque agent au terme de l'année d'un bilan annuel personnalisé doit permettre de faire connaître les grands projets du groupe hospitalier et rappeler aux praticiens les bénéfices qu'ils peuvent tirer de leur exercice au sein de l'AP-HP.

B) Améliorer l'organisation et les conditions de travail

a) *La garantie de respect de la législation sur le temps de travail médical*

L'organisation du service relève de la compétence du chef de pôle, en lien avec le responsable de structure. A ce titre, la législation sur le temps de travail médical lui impose de garantir le respect du repos de sécurité à tous les praticiens de la structure, qu'ils soient seniors ou en cours de formation (externes et internes). Des enquêtes semestrielles sont réalisées sur l'ensemble de l'AP-HP pour identifier les services au sein desquels les internes n'ont pas la possibilité de bénéficier de ce repos. A partir de ces données, la direction des affaires médicales peut travailler avec les chefs de services, en lien avec la Commission Vie Hospitalière et la direction de la qualité, à une amélioration des conditions de travail des praticiens. Un état organisationnel de service peut également être mis à jour chaque année. Ce document indiquera pour chaque jour de la semaine le nombre de médecin requis par secteur d'activité. Il traduira l'organisation du travail en place dans le service et permettra d'établir les tableaux de présence prévisionnels. La définition d'une période haute et d'une période basse permet d'ajuster

les moyens requis au contexte (période de vacances, mouvements de grève, pic d'activité, etc.). Les tableaux de service prévisionnels permettent d'avoir une visibilité sur les ressources médicales nécessaires pour assurer le fonctionnement de la structure. Il revient à la direction des affaires médicales de s'assurer du respect de ces obligations réglementaires et de travailler en ce sens avec les structures qui le nécessitent. Ainsi, elle a un rôle d'accompagnement des services dans l'amélioration de leur organisation et de la définition des besoins au regard des contraintes réglementaires.

b) Une politique de prévention des risques professionnels

Le suivi par la médecine du travail des praticiens de l'hôpital Necker semble insatisfaisant, puisque les médecins hospitaliers font l'objet de peu de visites. Il revient à la direction des affaires médicales de sensibiliser les praticiens sur l'intérêt et l'obligation d'un suivi en lien avec la médecine du travail. Avec la direction des ressources humaines, un suivi individuel des agents paramédicaux et médicaux exposés aux différents risques professionnels peut exister, à travers notamment le DISERP (Dossier Individuel de Suivi des Expositions aux Risques Professionnels). L'idée est que chaque praticien dispose d'un dossier individuel traçant tout au long de sa carrière les risques auxquels il est exposé (exemples : travail alterné, postures pénibles), et les périodes concernées. Après validation par le praticien, ce document est conservé au niveau de la direction et mis à jour chaque année. Un exemplaire est remis à chaque praticien lors de son départ de l'hôpital.

Actuellement, la direction des ressources humaines assure le suivi des accidents du travail sur l'ensemble de l'établissement. On constate cependant une sous-déclaration très nette des accidents des personnels médicaux, comme par exemple, les accidents d'exposition au sang. Il s'avère donc particulièrement compliqué de mettre en place les mesures correctrices nécessaires, comme cela peut être le cas pour le personnel paramédical. La direction des affaires médicales et la Commission Vie Hospitalière devront sensibiliser les médecins à la déclaration systématique des accidents de travail, et, si nécessaire, à adapter les procédures en place.

c) Une gestion personnalisée et individualisée des praticiens

La direction des affaires médicales sera enfin attentive à assurer une gestion individualisée des praticiens, dans le cadre des évolutions de postes des praticiens et de regroupements d'activité au sein de l'établissement, voire au-delà. Elle traite également

des situations conflictuelles ou des praticiens en difficulté dans leur exercice et doit se mettre en lien avec la Commission Vie Hospitalière. Elle s'assure ainsi de l'adaptation des conditions de travail ou du lieu d'affectation à titre transitoire, dans l'attente de solutions pérennes. Le président de la Commission Vie Hospitalière, lorsqu'il est saisi par un praticien ou par la Commission centrale, informe la direction des affaires médicales.

Des entretiens individuels annuels internes aux services doivent être promus. Ils participent du management de proximité dont les chefs de service et les chefs de pôle doivent faire preuve. De plus, la réalisation d'un bilan social individuel pourrait être adressée annuellement à chaque agent.

Conclusion

Impulser une gestion et une organisation différentes du temps de travail médical, à travers l'exemple des anesthésistes à l'hôpital Necker, rappelle la complexité de la conduite du changement, dont plusieurs dimensions peuvent être identifiées.

Compter son temps de travail et l'organiser collectivement sont, tout d'abord, des changements de nature culturelle tant pour les médecins – cela a notamment un impact sur la vision de leur activité et sur la responsabilité des chefs de service et des chefs de pôles – que pour les directeurs – dont le positionnement doit s'ajuster aux nouvelles exigences réglementaires.

L'optimisation du temps de travail médical représente également un enjeu stratégique pour l'hôpital afin d'allouer les justes ressources aux bons endroits en les adaptant à l'activité dans un environnement contraint par les facteurs démographiques, juridiques et économiques.

Les impacts des dispositions réglementaires en matière de temps de travail médical seront à la fois financiers, organisationnels et managériaux. Des surcoûts seront engendrés directement ou indirectement. Des restructurations pourront être imaginées. Les acteurs médicaux et non médicaux devront s'impliquer dans ces changements.

Le développement nécessaire d'outils informatisés de recueil et de suivi du temps médical souligne la composante technique des changements à mener.

Les managers hospitaliers doivent parvenir à associer ces différentes dimensions afin de contribuer à l'élaboration d'une nouvelle organisation du temps de travail des praticiens hospitaliers s'inscrivant dans un projet plus global de gestion des ressources humaines médicales.

Ainsi, outre les outils et les méthodes de gestion du temps de travail médical, la conduite de ce changement repose sur une adhésion des acteurs aux différents enjeux que cette transformation comporte. En effet, l'objectif est d'arriver à concilier l'amélioration de l'organisation des activités hospitalières avec l'efficacité économique, l'efficacité et la qualité du service rendu au patient ainsi que le respect de conditions de travail satisfaisantes.

A l'hôpital Necker, les actions proposées par la direction des affaires médicales à la suite des groupes de travail sur le temps médical en anesthésie visent à améliorer l'organisation au sein des blocs opératoires, à renforcer la communication entre les différents acteurs et à contractualiser le temps de travail. Cette démarche nécessite une évaluation régulière et un suivi rapproché de la direction des affaires médicales. Une attention particulière devra être portée sur la synchronisation des temps médicaux et non médicaux.

Assurer le passage d'une administration du personnel médical à une réelle gestion des ressources humaines médicales appelle un renforcement des outils de gestion du temps médical, un management dynamique des équipes et, plus fondamentalement, un projet social et professionnel spécifique et adapté aux professions médicales. Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences des praticiens hospitaliers doit s'accompagner d'une politique active de recrutement, d'attractivité, d'intégration, de formation et de fidélisation.

Ainsi, au-delà de la question du temps de travail, c'est l'amélioration de l'organisation et des conditions de travail qui doit être recherchée par les établissements de santé. Cette amélioration passe par le respect de la législation sur le temps de travail médical. Les directions des hôpitaux doivent également mener des politiques de prévention des risques professionnels ainsi qu'une gestion personnalisée et individualisée des praticiens qui correspond à leur demande.

Compte-tenu de la complexité du sujet et de la durée de ce stage d'élève directeur d'hôpital, cette étude a permis de dresser un diagnostic en matière de gestion et d'organisation du temps de travail médical et s'inscrit au début d'un processus de résolution de ces questions pour les anesthésistes de l'hôpital Necker. Les tentatives d'application concrète et leurs difficultés méritent un suivi et un accompagnement régulier de la direction des affaires médicales.

Bibliographie

Articles

CALMES G., *Gestion du temps médical et remise en cause identitaire des médecins hospitaliers dans leur activité professionnelle*, DH Magazine n°129, 2009

COPIN J.-Y., *A la recherche du temps médical... Attirer et conserver les médecins à l'hôpital public après HPST*, Gestions hospitalières n°507, 2011

DREXLER A. & MONDOLINI L., *Nouvelle gestion du temps de travail médical, Quand le docteur devient horodateur*, Revue Hospitalière de France, 2014

HEAS F., *L'exercice de la médecine face aux mutations du modèle libéral*, Revue de droit sanitaire et social, 2013

SNPHAR-E, *Parution de l'instruction DGOS « Astreintes et temps de travail »*, 18 avril 2014

Mémoires

BERARD F., *L'ARTT médical : bilan et perspectives, les choix du CH intercommunal de Poissy-Saint Germain en Laye pour favoriser un management des ressources humaines médicales*, ENSP, 2004

HIANCE M.-M., *Les Ressources humaines médicales au Centre Hospitalier de Gonesse : du projet social médical institutionnel au projet médical territorial, De l'impérieuse nécessité d'appréhender la globalité des facteurs de l'attractivité médicale*, EHESP, 2013

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

TACZANOWSKI M., *Les mutations de la profession de praticien hospitalier à travers l'aménagement et la réduction du temps de travail médical*, ENSP, 2005

Ouvrages

AÏACH P., *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos, 1994

CALMES G., BENZAKEN S., FELLINGER F., OLLIVIER R., PERON S., *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Rennes : Presses de l'EHESP, 2013

FREIDSON E., *La profession médicale*, Payot, 1984

SCHWEYER F.-X., *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, ENSP, 2004

Rapports

Agence nationale d'appui à la performance, *Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé - Démarche méthodologique*, Paris : ANAP, 2014

Agence régionale d'Ile-de-France, *Aide à la formalisation de l'organisation du temps médical, mode d'emploi de l'outil Malcom (management de l'activité en lien avec la contractualisation de l'organisation médicale)*, ARS Ile-de-France, 2012

BRAS P.-L. & DUHAMEL G., *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*, Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2008

Centre National de Gestion, *Rapport d'activité*, Paris : CNG, 2012

Commission permanente de l'attractivité médicale, *L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public*, Paris : FHF, 2014

Institut IPSOS, *Baromètre interne AP-HP, Ecouter pour Agir*, Paris : IPSOS, 2013

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier, *Organisation du temps de travail des médecins, Retours d'expériences*, Paris : MeaH, 2005

VERAN O., *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte, Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, Paris : Assemblée Nationale, 2013

Textes législatifs et réglementaires

Arrêté du 15 février 1973 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde dans les hôpitaux publics autres que les hôpitaux locaux

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 les personnes âgées dépendantes.

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 dans les établissements publics d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

Code de la santé publique (Articles R. 6152-26 à 6152-28 pour les praticiens hospitaliers temps plein, R. 6152-221, R. 6152-223 et R. 6152-224 pour les praticiens des hôpitaux à temps partiel, R. 6152-407 et R. 6152-408 pour les praticiens contractuels, R. 152-504 et R. 6152-505 pour les assistants des hôpitaux, R. 6152-605 à R. 6152-607 pour les praticiens attachés)

Circulaire DHOS/M 2 n°2002-425 du 26 juillet 2002 relative à la mise en œuvre du protocole d'accord du 22 octobre 2001 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers

Décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires

Décret n° 95-569 du 6 mai 1995 modifié relatif aux médecins et aux chirurgiens-dentistes recrutés par les établissements publics de santé, les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions fixées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique et l'Etablissement français du sang

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

Décret n°2013-843 et arrêté en date du 20 septembre 2013 relatifs aux commissions régionales paritaires placées auprès des directeurs généraux des agences régionales de santé

Directive 93/104/CE du 23 novembre 1993, concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail

Directive 2003/88/CE du 4 novembre 2003 concernant l'aménagement du temps de travail.

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 dans les établissements publics d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : RESULTATS DU BAROMETRE INTERNE SUR LE TEMPS DE TRAVAIL.....II

**ANNEXE 2 : PRESENTATION SYNTHETIQUE DE L'HOPITAL UNIVERSITAIRE NECKER-
ENFANTS MALADES.....III**

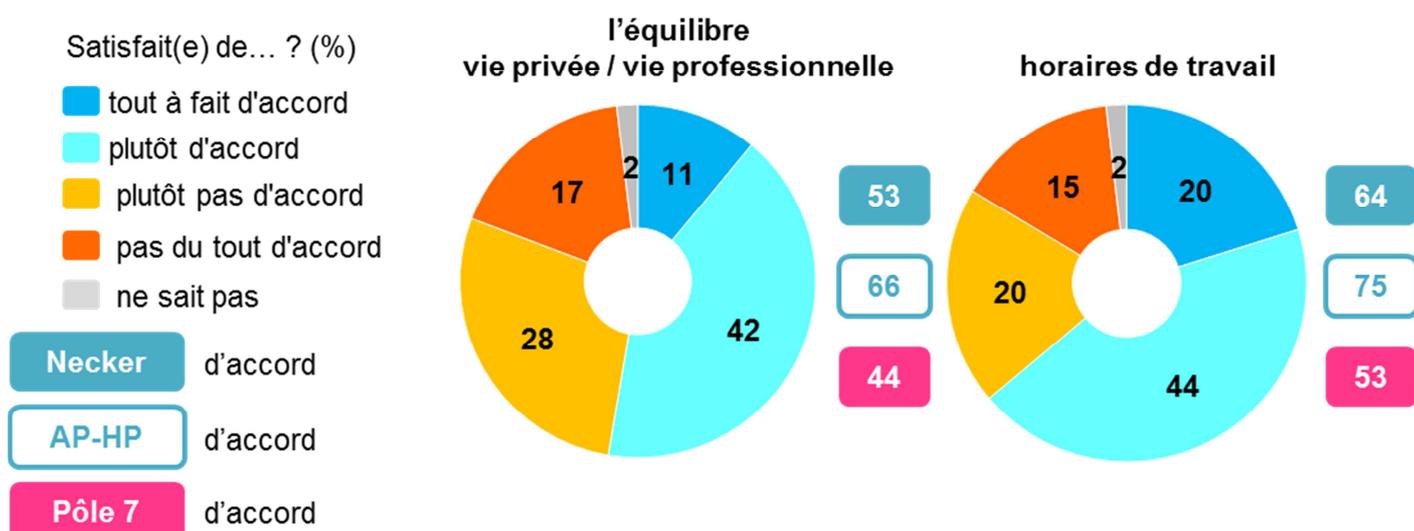
ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LES DIRECTEURS DES AFFAIRES MEDICALES.....V

**ANNEXE 4 : TABLEAU RECAPITULATIF DES SURCOUTS POSSIBLES DU PAIEMENT DES
ASTREINTES A NECKER SELON LES NOUVELLES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES.....VII**

ANNEXE 5 : MODELE DE CONTRAT DE TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL A L'AP-HP.....VIII

ANNEXE 1 : RESULTATS DU BAROMETRE INTERNE SUR LE TEMPS DE TRAVAIL

Site	Satisfait de l'équilibre vie privée / vie professionnelle (%)	Satisfait des horaires de travail (%)
AP-HP (ensemble)	64	74
HU H. Mondor	64	76
HU Pitié Salpêtrière - Ch. Foix	63	73
HU Necker	53	64
HU St. Louis, Lariboisière, F. Widal	66	75
HAD	67	73
Hendaye	76	87
Villemin - P. Doumer	71	86
HU R. Debré	66	77
HU Est Parisien	62	72
HU Paris Centre	63	74
HU Paris IDF Ouest	68	79
HU Paris Nord Val de Seine	63	75
HU Paris Ouest	66	72
HU Paris Seine St. Denis	66	77
HU Paris Sud	65	78
San Salvador	81	84



Réponses par filière (Necker) :	Equilibre vie privée / vie professionnelle (%)	Horaires de travail (%)
Médicale ou sages-femmes	40	48
Paramédicale ou soignante	54	67
Administrative	66	73
Technique ou ouvrière	59	74
Socio-éducative	56	84

Source : Baromètre interne AP-HP, Ecouter pour Agir, IPSOS, 2013

ANNEXE 2 : PRESENTATION SYNTHETIQUE DE L'HOPITAL UNIVERSITAIRE NECKER-ENFANTS MALADES

L'hôpital Necker-Enfants malades fonctionne en campus où sont étroitement imbriqués les soins, la recherche clinique et fondamentale et l'enseignement. Il dispose aujourd'hui de l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales pour les enfants et des activités de périnatalité spécialisées vers les malformations du nouveau-né. Ses activités adultes de forte expertise sont orientées principalement vers les maladies rénales et voies urinaires, la transplantation rénale, l'hématologie ou encore l'infectiologie. La pédiatrie représente trois quart des lits (435 lits) et les spécialités adultes l'autre quart (145 lits).

Necker est un établissement de recours régional et national. Il représente 30% de l'activité d'hospitalisation de médecine pédiatrique et 44% de l'hospitalisation de chirurgie pédiatrique de l'AP-HP. Son centre de greffe rénale adulte est le 1er en France (184 reins greffés en 2013). Avec 36 centres de référence pour maladies rares, l'hôpital Necker rayonne au-delà de Paris et de l'Île de France : plus de 20% des patients hospitalisés hors urgence viennent de province ou de l'étranger.

L'hôpital Necker est également un établissement de proximité pour l'ouest parisien (20% des séjours d'hospitalisation en proviennent). Plus de 70 000 enfants sont accueillis aux urgences.

Plus de 4000 professionnels travaillent sur l'hôpital, dont près de 1000 médecins et plus de 3000 personnels non médicaux. Ces équipes ont développé une approche médicale de haut niveau, renforcée grâce à la grande synergie entre le plateau technique, les unités de recherche et les unités cliniques.

Depuis mai 2013, l'hôpital Necker a ouvert son « Pôle mère-enfant » dans le nouveau bâtiment Laennec qui modernise le parcours du patient. Sur 5 étages, il abrite la chirurgie pédiatrique, la réanimation infantile, les urgences, l'imagerie pédiatrique, la cardiologie, la néphrologie, la gastro-entérologie, la maternité et la néonatalogie. En pédiatrie et en obstétrique, ce sont 3 000 naissances, 40 000 hospitalisations, 200 000 consultations.

Necker accueille également l'institut hospitalo-universitaire (IHU) Imagine dont le projet est d'identifier, de comprendre, puis demain, de traiter les maladies génétiques. Il

lie la recherche fondamentale et la recherche clinique et permet que le soin puisse suivre immédiatement la découverte.

L'établissement s'articule autour de 9 pôles d'activités cliniques et médico-techniques :

- Pôle 1 : Pédiatrie générale et multidisciplinaire
- Pôle 2 : Médico-chirurgical pédiatrique
- Pôle 3 : Périnatalogie et cardiologie pédiatrique
- Pôle 4 : Imagerie
- Pôle 5 : Biologie et produits de santé
- Pôle 6 : Hématologie Immunologie Infectiologie (H2I)
- Pôle 7 : Réanimations, urgences et anesthésies
- Pôle 8 : Rein et Cœur
- Pôle 9 : Santé publique et Recherche Clinique

Le comité de direction compte 12 membres actuellement :

- Vincent-Nicolas DELPECH, directeur ;
- Maya VILAYLECK, Adjointe au directeur, Direction de la Stratégie et des Projets ;
- Fabienne MARION, Direction des soins ;
- Sophie LEPAND, Direction des Ressources Humaines ;
- Eliane SUJOL, Direction de la qualité, de la Gestion des risques et des Relations avec les usagers ;
- Laure BOQUET, Direction des Finances et de la Recherche et du Personnel Médical ;
- Frédéric SPINHIRNY, Direction des Achats, de la Logistique et du Développement durable ;
- Laurent VILLARD, Direction des Travaux et Maintenance ;
- Nathalie SERFAS, Direction des Équipements ;
- Mohamed BENREJDAL, Direction du Système d'Information ;
- Florence MAHE-DOMBIS, Direction du mécénat et de la politique culturelle ;
- Claudine TANGUY, Direction de la Communication.

Informations générales

Existe-t-il des services en temps médical continu ? Si oui, lesquels ?

Quels sont les services où il existe le plus de postes vacants (difficultés de recrutement) ?

L'application de l'arrêté du 08/11/13

1. La mise en place

Une démarche spécifique a-t-elle été suivie en termes de :

- *Communication (informations à la communauté médicale, groupes de travail, etc.) ?*
- *Relevé d'informations (diagnostic de la permanence des soins, variations de l'activité sur l'année, etc.) ?*

La mise en place a-t-elle déjà eu lieu ? Si non, quand est-elle prévue ? Quid de la rétroactivité ?

Existe-t-il une charte du temps médical institutionnelle ?

L'impact financier a-t-il été mesuré ? Quid du besoin en recrutement de gestionnaires supplémentaires ?

2. L'application dans les services de soins

Comment est évalué le respect de la limite hebdomadaire à 48h de travail pour les médecins ?

Comment est évalué le respect du repos de sécurité ?

Quels changements de l'organisation interne des services les praticiens peuvent effectuer ?

3. Le décompte et le suivi du temps médical

De quels outils de décompte et suivi du temps médical disposez-vous (informatisés ou non) ?

Le partenariat entre la COPS et la DAM fonctionne-t-il ? Quels sont ses moyens d'action et ses limites ?

4. Le temps additionnel et les astreintes

Le TTA a-t-il fait l'objet de contrats individuels entre la direction et les praticiens ?

Quel choix de paiement sera retenu (forfaitisation ou non) ?

Quelle approche avez-vous du temps de travail non clinique ?

L'avis personnel du DAM

1. Ressenti par rapport à la réforme

Les nouvelles dispositions peuvent-elles constituer un élément d'attractivité d'une carrière hospitalière ?

Quels sont les effets bénéfiques et/ou les conséquences néfastes du nouvel arrêté ?

2. La gestion des ressources humaines médicales

Quels sont, selon vous, les principes directeurs de la gestion des RH médicales ?

En tant que DAM, quelles sont vos capacités d'action et vos limites concernant la gestion des RH médicales ?

3. Les stratégies permettant d'envisager une optimisation du temps médical

Les mutualisations de personnel médical entre services et/ou entre établissements vous paraissent-elles un moyen pertinent de gestion du temps médical ?

Quelles modalités de réorganisation de l'activité médicale des services pourraient-elles encore être menées ?

Quelles seraient vos propositions en termes d'amélioration de la gestion du temps médical ?

**ANNEXE 4 : TABLEAU RECAPITULATIF DES SURCÔUTS POSSIBLES DU PAIEMENT DES
ASTREINTES A NECKER SELON LES NOUVELLES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES**

Hypothèse	Surcoût
Intégration aux OS : sans générer de TTA ni de jours non pris	- 179 474 €
Intégration aux OS : avec versement sur CET	302 000 €
Valorisation en TTA rémunéré	61 677 €

Détails des calculs

Intégration aux OS : sans générer de TTA ni de jours non pris	Surcoût
Déplacement < 3 H (I05)	- 15 336 €
Déplacement compris entre 3 et 6h (I09)	- 65 337 €
Déplacement > 6 H (I10) hors urologie	- 93 971 €
Déplacement > 6 H (I10) - Urologie	- 4 830 €

Intégration aux OS : avec versement sur CET	Surcoût
Déplacement < 3 H (I05)	62 000 €
Déplacement compris entre 3 et 6h (I09)	128 000 €
Déplacement > 6 H (I10) hors urologie	105 000 €
Déplacement > 6 H (I10) - Urologie	7 000 €

Valorisation en TTA rémunéré	Surcoût
Déplacement < 3 H (I05)	10 224 €
Déplacement compris entre 3 et 6h (I09)	12 777 €
Déplacement > 6 H (I10) hors urologie	18 228 €
Déplacement > 6 H (I10) - Urologie	20 448 €

Source : Direction des finances, de la recherche et des affaires médicales

ANNEXE 5 : MODELE DE CONTRAT DE TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL A L'AP-HP

Contrat de « temps de travail additionnel »

Vu la directive 2003/88/CE du 4 novembre 2003 sur l'aménagement du temps de travail ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu 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 dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

Vu 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 ;

Vu le contrat du pôle _____ signé le _____
(JJ/MM/AA) intégrant notamment dans son avenant _____ (JJ/MM/AA) portant sur l'organisation du temps de présence et d'absence des praticiens ;

Vu l'avis favorable de la Commission de l'Organisation de la Permanence des soins (COPS) du _____ (JJ/MM/AA) et du Comité Exécutif du _____ (JJ/MM/AA),

Il est convenu ce qui suit

ENTRE

Le groupe hospitalier _____ représenté par son Directeur, M. ou Mme _____ ou par délégation, son Directeur des Affaires Médicales, M. ou Mme _____,

ET

M. ou Mme le docteur _____, ci-après désigné « le praticien signataire » affecté (e) au pôle _____, dans la structure interne (service, département, UF) de _____ du GH _____,

ET

M. ou Mme le docteur / professeur _____, responsable de la structure interne (service, département, UF) de _____ du GH _____,

ET

M. ou Mme le docteur / professeur _____, chef du pôle _____ du GH _____,

Ont conclu le contrat suivant :

Article 1 : Situation justifiant le recours au temps de travail additionnel

Le praticien signataire réalise ses obligations de service ainsi que des gardes au sein du service _____.

Le recours au temps de travail additionnel est justifié par la vacance de plusieurs postes médicaux au sein du service _____ et/ou du pôle _____.

Le recours au temps de travail additionnel, sur la base du volontariat, est rendu nécessaire pour éviter une réduction de l'activité de jour et assurer la permanence des soins.

Pour l'année 20____, ces besoins prévisionnels en temps de travail additionnel sont conformes aux besoins arrêtés par le chef de pôle et inscrits dans l'avenant annuel du _____ (JJ/MM/AA) du contrat de pôle précité.

En conséquence le service de _____ et/ou le pôle _____ est autorisé à recourir, pour l'année 20____, à un volume maximal de _____ périodes de temps de travail additionnel pour l'ensemble des activités. Ces périodes de temps de travail additionnel sont réparties de manière prévisionnelle de la manière suivante _____% de périodes de jour et _____% de périodes de nuit.

Article 2 : Volume prévisionnel de temps de travail additionnel

Sur la période du 1er janvier 20____ au 31 décembre 20____, le praticien signataire est volontaire pour réaliser de manière prévisionnelle _____ périodes de temps de travail additionnel. Par ce contrat, le praticien signataire accepte de travailler plus de 48 heures hebdomadaires en moyenne par quadrimestre et dans la limite prévue par celui-ci.

Les besoins en temps de travail additionnel prévisibles peuvent varier en cas de résorption du déficit du temps médical ou, à l'inverse, en cas d'aggravation substantielle du déficit en temps médical en cours d'exécution du contrat. Le praticien signataire, avec son accord, pourra donc être sollicité par la direction des affaires médicales, après avis du chef de pôle, pour dépasser le plafond fixé par le présent article. Cette modification fera l'objet d'un avenant

Article 3 : Réalisation du temps de travail additionnel

Les périodes de temps de travail additionnel figurent au tableau de service (prévisionnel et réalisé) pour le praticien concerné conformément au contrat qu'il a signé et afin d'assurer la continuité de service et la permanence des soins.

Les périodes de temps de travail additionnel effectivement réalisées par le praticien signataire sont décomptées par la direction des affaires médicales à l'issue de chaque quadrimestre. Ce décompte sera effectué au vu des tableaux de service réalisés et des registres de temps travaillé signés par le responsable de la structure interne, et validés par le chef de pôle.

Article 4 : Modalités de compensation du temps de travail additionnel

Les périodes de temps de travail additionnel peuvent être, au choix du praticien signataire, indemnisées, récupérées ou versées sur son compte épargne temps dans la limite du nombre maximum de jours qu'un praticien peut être autorisé à verser annuellement sur ce compte.

Dans ces deux derniers cas, chaque période est comptée pour deux demi-journées.

Les parties signataires conviennent que, à la fin de chaque quadrimestre, si le praticien ne souhaite pas être payé pour l'intégralité du temps additionnel réalisé, il lui appartient d'informer la direction des affaires médicales, dès réception de son décompte pour l'informer de son choix.

En l'absence de réponse, le paiement de l'intégralité des périodes de temps de travail additionnel réalisées sera porté sur la fiche de paye du praticien.

En cas d'indemnisation, chaque période donne lieu au versement de l'indemnité correspondante. Son montant est fixé par arrêté ministériel et ouvre droit aux cotisations sociales.

Il est rappelé qu'une période de temps de travail additionnel, de quelque durée qu'elle soit, ne peut pas être rémunérée en même temps à deux titres différents, par une indemnité pour temps de travail additionnel et par une indemnité de sujétion (article 13 de l'arrêté du 30 avril 2003) ni récupérée et indemnisée en même temps (article 21 de l'arrêté du 30 avril 2003). Ainsi, en cas d'indemnisation, de récupération ou de versement au compte épargne-temps d'une période de temps de travail additionnel, il doit être procédé à la régularisation du montant de l'indemnité de sujétion versée au titre de cette même période.

Article 5 : Modalités d'exécution – modification - renouvellement

Le présent contrat est porté à la connaissance et soumis à l'avis de la Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins du groupe hospitalier

_____.

Pendant la durée de ce contrat, toute modification devra faire l'objet de la signature d'un avenant prenant effet le quadrimestre suivant. Le praticien signataire aura alors le choix d'accepter ou de refuser les nouvelles clauses et, le cas échéant de ne plus réaliser de temps de travail additionnel.

Ce contrat peut être dénoncé, sous réserve d'un préavis d'un mois, par l'une des parties.
Le présent contrat prend effet le 1er janvier 20__ pour une durée de 1 an, renouvelable par reconduction expresse deux mois au moins avant le terme. Le présent contrat donnera lieu à un bilan préalable à son renouvellement.

Fait à Paris, le _____ (JJ/MM/AA)

<i>Signature du Directeur du GH</i>	<i>Signature du Praticien signataire</i>
<i>Signature du Responsable de structure interne</i>	<i>Signature du Chef de pôle</i>

VAUCHEL

Vincent

Décembre 2014

DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion 2013-2015

GERER ET ORGANISER DIFFEREMMENT LE TEMPS DE TRAVAIL MEDICAL

L'exemple des anesthésistes à l'hôpital universitaire Necker-Enfants malades

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris

Résumé :

L'arrêté du 08 novembre 2013 oblige à renouveler la gestion du temps de travail médical. Il clarifie les missions des acteurs médicaux et le rôle des directeurs d'hôpital. Complexes, les dispositions réglementaires nécessitent de définir le besoin en temps médical. Par conséquent, le temps de travail additionnel doit être anticipé, le fonctionnement des astreintes précisé et le repos quotidien respecté. Or, cela reste difficile à mettre en œuvre.

Les difficultés dans la gestion et l'organisation du temps de travail médical sont d'abord conjoncturelles et techniques, en raison des contraintes démographiques, financières et du manque d'outils de décompte et du suivi du temps médical. Les difficultés sont également culturelles et organisationnelles. En effet, la communauté médicale reste divisée sur le décompte du temps de travail, attachée à son autonomie. En outre, la synchronisation des temps médicaux et non médicaux est un chantier à mener.

L'étude se centre sur la situation particulière des anesthésistes face au temps de travail. Une démarche de conduite de changements organisationnels et managériaux a été engagée à l'hôpital Necker. Elle s'appuie sur les groupes de travail mis en place avec les anesthésistes. A la suite de ces échanges, la direction des affaires médicales a proposé des actions pour améliorer l'organisation de l'anesthésie au sein des blocs, pour renforcer l'échange d'informations et pour contractualiser le temps de travail.

L'enjeu est d'assurer le passage d'une administration du personnel médical à une réelle gestion des ressources humaines médicales. Cela passe par un renforcement des outils de gestion du temps médical, un management dynamique des équipes et l'élaboration d'un projet social et professionnel adapté aux professions médicales. Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences des praticiens hospitaliers doit s'accompagner d'une politique active de recrutement, d'attractivité, d'intégration et de fidélisation.

Mots clés :

Temps de travail médical – Anesthésistes – Temps de travail additionnel – Astreintes – Gardes – Permanence des soins – Repos – Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences – Recrutement – Attractivité – Intégration – Fidélisation – Formation

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.