



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2014-2016**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**Le temps de travail des urgentistes :
une révolution culturelle aux impacts
organisationnels et financiers majeurs**

Dimitri SANCHEZ

Remerciements

Dans le cadre de ce travail de recherche, je tiens à remercier tout particulièrement les personnes suivantes :

- Madame Armelle DREXLER, maître de stage, directrice des ressources et des coopérations médicales au CHU de Clermont-Ferrand
- Monsieur Yann DUBOIS, référent du mémoire, directeur d'hôpital, enseignant à l'école des hautes études en santé publique (EHESP)

Je tiens également à remercier Madame Dominique MEDA, sociologue et philosophe actuellement Professeur de sociologie à l'Université Paris Dauphine, qui a accepté de m'accompagner dans ce travail, je lui en suis très reconnaissant.

Je remercie également l'ensemble des personnes interviewées et citées dans le mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1 Le décompte du temps de travail médical : le fruit d'un long processus de définition et d'organisation de l'activité des praticiens à l'hôpital public	5
1.1 L'Union européenne, élément moteur d'une législation sur le temps de travail médical	5
1.2 La législation française contrainte de s'adapter aux exigences européennes	8
1.3 Un blocage culturel à la mise en œuvre de la réglementation européenne	12
1.4 Malgré la faiblesse de l'Europe sociale, la France a été mise en demeure sur le non-respect de la directive européenne de 2003 dans ses hôpitaux	14
1.5 L'enjeu autour de la notion de décompte du temps de travail et la mise en œuvre pratique dans les tableaux de service	17
2 Le passage aux 39 heures hebdomadaires d'activité clinique pour les urgentistes : une transformation culturelle expliquée par une évolution de l'exercice médical à l'hôpital	21
2.1 La genèse de la circulaire ministérielle du 22 décembre 2014	21
2.2 Une réponse à la dégradation des conditions de travail des urgentistes	22
2.3 La gestion des ressources humaines médicales du pôle Urgences au CHU de Clermont-Ferrand	26
2.4 Les dispositions concrètes du référentiel urgentiste et ses objectifs	28
2.5 Le précédent des urgentistes avec l'instruction du 10 juillet 2015, une révolution en cours pour d'autres spécialités médicales ?	32
2.6 La nécessité de revoir l'attractivité médicale de l'hôpital public : dans l'attente de la publication du rapport Le Menn	34
3 La mise en œuvre du référentiel urgentiste : un défi à relever pour les directions dans un contexte budgétaire sous tension	36
3.1 Un calendrier d'application du référentiel incertain	36
3.2 L'évaluation des besoins humains nécessaires pour appliquer la réforme au CHU de Clermont-Ferrand	37
3.3 Le coût financier de ces recrutements dans un contexte budgétaire contraint ...	41

3.4	Une forte incidence organisationnelle : la réflexion sur les maquettes d'organisation de l'activité	44
3.5	Le risque de dumping entre établissements publics pour faire face au manque de ressources humaines	47
3.6	La nécessaire réorganisation territoriale pour accompagner la réforme du temps de travail médical	49
	Conclusion	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AHU : assistant hospitalo-universitaire
AMUF : association des médecins urgentistes de France
AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
APP : amélioration des pratiques professionnelles
ARS : Agence Régionale de Santé
ARTT : aménagement et réduction du temps de travail
CCU : Chef de clinique des universités
CGT : Confédération Générale du Travail
CH : Centre hospitalier
CHU : Centre hospitalier universitaire
CJUE : Cour de justice de l'Union européenne
CME : Commission médicale d'établissement
DAM : direction des affaires médicales
DES : diplôme d'études spécialisées
DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaire
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DU : diplôme universitaire
DIU : diplôme inter-universitaire
ECN : épreuves classantes nationales
EMR : effectif moyen rémunéré
ETP : équivalent temps plein
ETPR : équivalent temps plein rémunéré
ETPT : équivalent temps plein travaillé
GPMC : gestion prévisionnelle des moyens et des compétences
GTMED : logiciel de gestion du temps de travail médical
FHF : Fédération Hospitalière de France
FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée
MCU-PH : Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier
ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie
PDS : permanence des soins
PDSA : permanence des soins en ambulatoire
PH : praticien hospitalier
PU-PH : Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
RMM : revue de mortalité et de morbidité
RTT : réduction du temps de travail

SAU : service d'accueil des urgences

SAMU : service d'aide médicale urgente

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

SNPHAR-E : syndical national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs-élargi

TTA : temps de travail additionnel

T2A : tarification à l'activité

UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

Introduction

Interrogé par des parlementaires en 2014 dans le cadre d'un rapport sur la réduction progressive du temps de travail¹ et la mise en place des 35 heures en tant que Premier ministre, voici comment Lionel Jospin juge a posteriori le déploiement de la réforme à l'hôpital : « (...) *le passage aux 35 heures à l'hôpital était une décision de principe que je continue de juger juste. Je suis néanmoins obligé d'admettre que nous aurions dû attendre deux ans de plus : n'oublions pas qu'il y avait eu des suppressions de postes massives, notamment d'infirmières (...); quand nous avons commencé d'imaginer appliquer les 35 heures à l'hôpital public, nous avons relevé le numerus clausus pour les médecins, afin de pouvoir en recruter davantage, et nous avons massivement recruté des infirmières. Mais il faut trois ans pour former une infirmière, bien plus pour former un médecin : d'une certaine façon, il aurait mieux valu retarder la réforme pour que les recrutements pussent être plus importants encore. Souvenons-nous néanmoins que la pression des personnels hospitaliers, notamment, était très forte. Nous y avons cédé, et c'est mon principal regret.* ». Cette citation illustre le décalage entre la temporalité politique d'une réforme majeure et sa mise en œuvre concrète sur le terrain, un parallèle pouvant être établi entre la décision d'appliquer les 35 heures à l'hôpital en 2002 et la décision de la ministre des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des femmes en décembre 2014 de revoir l'organisation du temps de travail des urgentistes.

La réforme du temps de travail des urgentistes est une décision politique visant à améliorer les conditions de travail des médecins urgentistes et l'attractivité de cette profession. Elle pourrait constituer un défi similaire à la mise en place des 35 heures pour le personnel non médical au début des années 2000 puisque les hôpitaux ne possèdent pas aujourd'hui les ressources humaines disponibles à sa mise en œuvre. En effet, la circulaire ministérielle du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation de travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR² prévoit la généralisation du décompte horaire dans les services d'urgence et la mise en place d'un référentiel national limitant le temps consacré à l'activité clinique « *posté* » auprès des patients à 39 heures hebdomadaires. La durée hebdomadaire du temps de travail des médecins hospitaliers étant fixée à 48 heures hebdomadaires conformément aux exigences européennes en la matière, cette réforme du temps de travail constitue une rupture majeure dans la comptabilisation du temps de travail des médecins travaillant dans les

¹ ROMAGNAN Barbara, « *Rapport n°2436 fait au nom de la commission d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail* », Assemblée nationale, Décembre 2014

² Circulaire n°DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation de travail applicable dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR

établissements publics de santé. L'enjeu pour les hôpitaux est aussi bien organisationnel avec une réflexion sur les maquettes d'organisation de l'activité médicale, que financier avec un besoin de recrutement de personnels supplémentaires dans un contexte financier extrêmement contraint avec le plan d'économies de l'Assurance maladie pour 2015, 2016 et 2017.

Néanmoins, au-delà des difficultés concrètes de mise en œuvre de la réforme, il est intéressant de constater que le changement en cours dépasse les aspects techniques et financiers d'application et représente les prémices d'une révolution culturelle dans l'exercice médical et la profession de médecin hospitalier. En effet, dans l'imaginaire collectif et pour de nombreux praticiens hospitaliers, un médecin au service des patients ne décompte pas le temps passé auprès des malades dans un service hospitalier. Cette vision du métier disparaît progressivement au sein des services hospitaliers pour plusieurs raisons:

- tout d'abord la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs prônée par l'Union européenne qui a œuvré pour encadrer le temps de travail des médecins ;
- l'implication des organisations syndicales de praticiens hospitaliers qui depuis près de vingt ans revendiquent un encadrement de leur temps de travail et une réduction de celui-ci face à l'intensification du travail ;
- une nouvelle génération de médecins hospitaliers qui aspire à une meilleure conciliation entre vie privée et vie professionnelle.

Ces mutations d'ordre juridique, politique, sociologique qui traversent l'hôpital public depuis près de vingt ans et la première directive européenne sur le temps de travail en 1993³ amènent à un changement culturel dans l'exercice médical hospitalier. Peu enclins à décompter leur temps de travail, les médecins hospitaliers ont progressivement changé leurs pratiques au regard des obligations de déclaration du temps passé dans les services de soins pour pouvoir obtenir le paiement du service fait. Cette acculturation à un décompte du temps de travail a pris plusieurs années en raison de la relation particulière qui lie les médecins hospitaliers et la direction de l'hôpital, les médecins étant des salariés et la direction de l'hôpital leur employeur, malgré l'absence d'autorité hiérarchique entre les deux.

³ Directive 93/104/CE du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, <http://www.senat.fr/rap/197-306/197-30650.htm>

En effet, les médecins hospitaliers sont des agents publics, qui ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière et du statut de la fonction publique. Les médecins hospitaliers dont les statuts sont nombreux à l'hôpital public⁴ ont donc une position hybride qui leur garantit une certaine autonomie dans l'exercice de la profession médicale tout en relevant de l'autorité organisationnelle du directeur de l'établissement, représentant légal de l'hôpital. Considérés comme des salariés de l'hôpital, les médecins hospitaliers se doivent de respecter les règles nationales sur le temps de travail ainsi que leurs applications édictées au niveau local par les différentes instances de l'établissement. Ces règles, présentes dans le règlement intérieur de l'hôpital ou dans le règlement intérieur de la Commission d'organisation de la permanence des soins⁵ en ce qui concerne le temps de travail, évoluent au rythme des textes législatifs et réglementaires qui ont été nombreux ces vingt dernières années sur le sujet sous l'impulsion de l'Union européenne.

Cette évolution aujourd'hui symbolisée par la réforme du temps de travail des urgentistes pourrait avoir des conséquences fortes pour tous les hôpitaux, puisque les médecins urgentistes vont bénéficier d'un abaissement du temps passé auprès du malade (temps d'activité clinique) à 39 heures hebdomadaires pour pouvoir bénéficier d'un temps de travail consacré à d'autres activités au sein de l'établissement comme la recherche clinique, l'enseignement, l'amélioration des pratiques professionnelles ou encore la formation. Cet acquis social pour les urgentistes constitue un précédent puisque d'autres spécialités médicales souhaitent également bénéficier de ce partage du temps de travail au regard de sujétions particulières similaires aux urgentistes.

Cette révolution du décompte du temps de travail pour les urgentistes représente un défi colossal pour les établissements publics de santé puisqu'elle ne constitue pas seulement une mesure catégorielle mais elle est le produit de l'évolution sociétale de réduction du temps de travail et de conciliation de la vie professionnelle et personnelle. Ancrée dans une dynamique réglementaire d'encadrement du temps de travail médical, cette réforme marque un point de rupture dans la gestion et l'organisation du temps médical dans les hôpitaux.

Ce mémoire a été réalisé au sein du CHU de Clermont-Ferrand qui permet d'illustrer les modalités pratiques de gestion du temps médical dans un hôpital, sachant

⁴ Pour les mono-appartenants (hospitalier uniquement) : praticien hospitalier, praticien contractuel, assistants, praticien attaché, praticien associé. Pour les bi-appartenants (hospitalo-universitaire) : professeur des universités-praticien hospitalier, maître de conférence des universités-praticien hospitalier, chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux, assistants hospitalo-universitaires, praticien hospitalier universitaire

⁵ La COPS étant une sous-commission de la Commission Médicale d'Etablissement.

qu'un prisme national a été choisi en raison de l'actualité de la réforme et d'un calendrier d'application en phase de définition au niveau local dans les établissements publics de santé.

La réforme du temps de travail des urgentistes est le fruit d'un contexte réglementaire européen et national qui organise le suivi du temps de travail des praticiens (I), les 39 heures d'activité clinique pour les urgentistes constituant néanmoins une révolution pour la communauté médicale (II). Pourtant, la mise en œuvre à court terme de la réforme apparaît compliquée, les hôpitaux n'ayant pas les moyens humains et financiers pour assurer l'application du texte (III).

1 Le décompte du temps de travail médical : le fruit d'un long processus de définition et d'organisation de l'activité des praticiens à l'hôpital public

1.1 L'Union européenne, élément moteur d'une législation sur le temps de travail médical

La Communauté européenne économique puis l'Union européenne à partir de 1992 est caractérisée par ces « avancées » sur le plan économique avec la constitution du marché commun puis d'un vaste marché unique suite à la signature du traité de Maastricht en 1992 permettant la libre circulation des personnes, des biens et des capitaux. En 2015, l'Union Européenne est un vaste marché économique et financier composé de plus de 500 millions de consommateurs, qui permet à l'Europe de s'affirmer comme la première puissance commerciale au monde au-delà des seuls échanges intra-communautaires.

Cette puissance économique ne s'est pas accompagnée d'une puissance politique comparable en raison de la difficulté à déterminer la réelle nature juridique de l'Union européenne (entité intergouvernementale ou structure supranationale ?). Ces limites politiques expliquent les difficultés à étendre les champs de compétences de l'Union européenne à d'autres champs de politiques publiques, comme par exemple la politique sociale. L'Europe sociale va connaître des succès beaucoup plus discrets au regard de la difficulté d'harmoniser les pratiques entre les États membres. Les modèles de sécurité et de protection sociale étant disparates, les traités successifs ont prévu une compétence en partie partagée entre l'Union européenne et les États membres dans le domaine social, ce qui signifie qu'en l'absence d'intervention de la part de l'Union européenne dans ce domaine, les États membres restent compétents.

Néanmoins, l'Union européenne s'est engagée dans un certain nombre de domaines sociaux et tout particulièrement sur l'amélioration des conditions de travail et la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Le Titre X de la version consolidée du Traité sur l'Union européenne et du Traité sur le Fonctionnement de l'Union européenne intitulé « *Politique sociale* »⁶ énumère l'ensemble de ces domaines et précise que l'Union européenne peut : « *arrêter (...) par voies de directives, des prescriptions minimales applicables progressivement, compte tenu des conditions et des*

⁶ Journal officiel de l'Union européenne, http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2010.083.01.0001.01.FRA

règlementations techniques existant dans chacun des États membres (...). Ces directives étant assorties de deux conditions :

- « ne portent pas atteinte à la faculté reconnue aux États membres de définir les principes fondamentaux de leur système de sécurité sociale et ne doivent pas en affecter sensiblement l'équilibre financier »⁷.
- « ne peuvent empêcher un État membre de maintenir ou d'établir des mesures de protection plus strictes compatibles avec les traités »⁸.

Ces dispositions prévues par les traités européens illustrent la sensibilité et la difficulté pour l'Union européenne d'intervenir dans les modèles de protection sociale et de sécurité sociale des différents États membres, puisqu'il s'agit d'organisation et fonctionnement souvent très différents au regard de l'histoire, de la société et des relations entre les partenaires sociaux et le politique, comme décrit par la typologie d'Esping-Andersen⁹. Néanmoins, l'un des principaux aspects de cette Europe sociale concerne la législation relative à l'amélioration des conditions de travail qui a cherché à harmoniser les pratiques au niveau européen dans un objectif de protection des travailleurs. La législation sur la durée légale du temps de travail constitue un élément clé de cette politique européenne, symbolisée par la directive de 1993.

La directive 93-104 du 23 novembre 1993¹⁰ marque le point de départ de la jurisprudence européenne sur le temps de travail avec comme objectif de « fixer des prescriptions minimales de sécurité et de santé en matière d'aménagement du temps de travail » ainsi que de définir les notions fondamentales en la matière que sont le temps de travail, les périodes de repos ou le travail de nuit. L'élément clé de la directive est de proposer une définition du temps de travail : « 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, conformément aux législations et/ou pratiques nationales », et de fixer la durée maximale du temps de travail à 48 heures hebdomadaires, son calcul pouvant se réaliser sur sept jours ou sur quatre mois selon le choix de chaque État membre¹¹. Cette première directive de 1993, a été complétée par une seconde directive en 2000¹² qui conduira à

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

⁹ ESPING-ANDERSEN G., *The Three World of Welfare Capitalism*, Princeton University Press, 1990

¹⁰ Directive 93/104/CE du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, <http://www.senat.fr/rap/I97-306/I97-30650.htm>

¹¹ YUNG. M., « L'Europe sociale en panne ? », Rapport d'information n°413 du Sénat fait au nom de la commission des affaires européennes, mai 2009

¹² Directive 2000/34/CE modifiant la directive 93/104/CE du Conseil concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail afin de couvrir les secteurs et activités exclus de ladite directive

l'adoption d'une directive consolidée adoptée le 4 novembre 2003¹³ et entrée en vigueur le 2 août 2004. Cette directive de 2003 constitue le texte phare du corpus juridique en la matière puisqu'elle fixe les normes minimales protectrices pour l'ensemble des travailleurs :

- Temps de travail qui ne peut dépasser 48 heures, heures supplémentaires incluses (article 6) ;
- Période minimale de repos quotidien, 11 heures au cours de chaque période de 24h (article 3) ;
- Période minimale hebdomadaire de repos de 24 heures s'ajoutant aux 11 heures de repos journalier par période de sept jours (article 5).¹⁴

Bien que comme expliqué auparavant, il ne s'agisse que de normes minimales applicables dans les Etats membres et que ces derniers ont la possibilité de mettre en place une réglementation plus favorable aux travailleurs, la directive va prévoir, dès 1993, une série d'exceptions à la limite des 48 heures, dont les « *activités caractérisées par la nécessité d'assurer la continuité du service (...) notamment lorsqu'il s'agit des services relatifs à la réception, au traitement et/ou aux soins donnés par des hôpitaux (...)* »¹⁵. La dérogation accordée pour certaines activités comme le secteur de la santé est dite « *clause d'opt-out* », elle est la conséquence de l'opposition du Royaume-Uni au texte initial. La France, l'Allemagne et l'Espagne choisiront également de faire valoir la clause d'opt-out pour le secteur de la santé lors de la transposition de la directive en droit national. Les raisons de ce choix étant la nécessité pour l'hôpital d'assurer une prise en charge continue des malades, de jour comme de nuit. Ces contraintes de continuité du service public en matière d'organisation et de fonctionnement des services expliquent la volonté de plusieurs États membres d'aménager la directive de 2003. Néanmoins, cette clause d'opt out est assortie de plusieurs conditions dont l'accord individuel du travailleur pour que celui-ci accepte de dépasser les 48 heures hebdomadaires de travail ou encore que l'employeur tienne un registre des travailleurs dérogeant à la règle.

L'interventionnisme de l'Union européenne ne s'est pas concentré uniquement sur la diffusion d'une directive sur le temps de travail, il se manifeste également par les

¹³ Directive 2003/88/CE concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail

¹⁴ CLAVIER C., HASSENTEUFEL P., MORENO-FUENTES F., SCHWEYER F.X., *Les limites de la convergence du temps de travail des médecins hospitaliers en Europe (Allemagne, Danemark, Espagne, Lituanie, Royaume-Uni)*, Le métier de médecin, Revue française des affaires sociales, 2011

¹⁵ Directive 93/104/CE du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, <http://www.senat.fr/rap/I97-306/I97-30650.htm>

décisions de la Cour de Justice des Communautés Européennes (CJCE)¹⁶ sur le sujet du temps de garde et astreinte des médecins hospitaliers. En effet, des syndicats de praticiens hospitaliers, et principalement le syndicat des anesthésistes réanimateurs (aujourd'hui le SNPHAR-E¹⁷), déposèrent de nombreux recours devant les juridictions nationales et européennes afin de se voir reconnaître le temps passé en garde comme du temps de travail effectif. Cette pression des organisations syndicales de médecins hospitaliers va conduire à plusieurs grands arrêts entre 2000 et 2005¹⁸ (dont l'arrêt Dellas en 2005 condamnant la France) prévoyant que le temps de garde est désormais considéré comme du temps de travail, le fait d'être sur son lieu de travail, à la disposition de son employeur devant être intégré dans le calcul des heures de travail. L'un des enjeux autour de cette jurisprudence est la notion de « *travailleur* » développée par l'Union européenne, les médecins sont-ils des « *travailleurs* » ou des cadres dirigeants au sens du Code du travail¹⁹, statut qui n'impose pas de limitation hebdomadaire du temps de travail ?

Pour le juge européen les médecins sont des travailleurs, cette jurisprudence visant à protéger les travailleurs de périodes d'activité trop longues (potentiellement sources d'accidents et d'erreurs à l'hôpital) va alors fortement influencer la législation française mise en place sur le temps de travail des praticiens hospitaliers, leur temps de garde et leur temps de repos.

1.2 La législation française contrainte de s'adapter aux exigences européennes

La traduction de ces directives et arrêts de la CJCE en droit français a conduit la France à revoir la comptabilisation du temps des médecins hospitaliers tout en choisissant d'exercer son droit d'opt-out pour assouplir la réglementation sur le temps de travail sur demande des dirigeants hospitaliers afin « *de préserver l'organisation des services hospitaliers et la qualité de soins* »²⁰. Dans un contexte de nombreux changements sur la législation du temps de travail à partir de 1998 (lois Aubry I et II qui vont abaisser la durée légale du travail à 35 heures par semaine) l'organisation et la

¹⁶ Devenue la Cour de Justice de l'Union Européenne le 1^{er} décembre 2009 avec l'entrée en vigueur du Traité de Lisbonne

¹⁷ Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs élargis (SNPAHR-E)

¹⁸ Arrêt SIMAP du 3 octobre 2000, arrêt Jaeger du 9 septembre 2003, arrêt Delas 1^{er} décembre 2005

¹⁹ Article L.3111-2 du Code du travail dans DREXLER A., MONDOLONI L., *Nouvelle gestion du temps de travail médical. Quand le docteur devient...horodateur.*, Revue Hospitalière de France n°556, Janvier-Février 2014

²⁰ FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE, *Directive sur le temps de travail des médecins - Les hôpitaux européens réclament des assouplissements*, Communiqué de presse de la FHF lors de la consultation européenne lancé par la Commission sur la mise en œuvre de la directive, 2004

comptabilisation du temps de travail des médecins hospitaliers va connaître de profondes évolutions au sein du corpus juridique français. Les médecins hospitaliers dans ce contexte de réduction du temps de travail au niveau national et des exigences du droit européen en matière de protection des travailleurs vont négocier un protocole d'accord signé le 22 octobre 2001 par les organisations syndicales de médecins hospitaliers et le ministère de la Santé. A cette époque, les quatre grandes organisations syndicales de médecins hospitaliers vont signer le document : la Confédération des hôpitaux généraux (CHG), la Coordination médicale hospitalière (CMH), l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH) et le Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (SNAM).

Ce protocole d'accord marque le point de départ de la nouvelle réglementation sur le temps de travail pour les médecins hospitaliers avec plusieurs règles phares qui doivent permettre à la France de respecter les principes fondamentaux de la directive de 1993 :

- **La durée annuelle** est réduite de 20 jours, ce qui permet au médecin hospitalier de travailler 207 jours par an et de bénéficier de 20 jours de congés ARTT²¹ par an.
- **La durée hebdomadaire** du travail passe à 10 demi-journées par semaine comprenant les temps de garde et la durée de ce temps de travail est limitée à 48 heures par semaine maximum. Ce plafond hebdomadaire de temps de travail peut être dépassé sur la base du volontariat, il constitue du temps de travail additionnel (principe de l'opt-out européen).

Ce protocole d'accord est entré progressivement en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2002 puisque les gardes ont été intégrées dans le temps de travail et que chaque établissement a revu son organisation médicale pour faire face à la réforme. Ce protocole d'accord fut suivi par l'arrêté du 30 avril 2003²², qui précise les modalités du temps de travail médical applicables dans les structures hospitalières. L'objectif de cet arrêté est de permettre aux établissements de s'organiser et de mettre en œuvre les grands principes européens en matière de temps de travail comme négocié dans le protocole d'accord du 22 octobre 2001. L'arrêté précise et définit l'organisation des services qui comprend :

- « *Un service quotidien de jour* »

²¹ Aménagement et Réduction du Temps de Travail

²² Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité de soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergements pour personnes âgées dépendantes

- « *Un service relatif à la permanence des soins, pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés.* »

Une amplitude horaire est également précisée, puisque la journée de 24 heures est divisée en deux périodes, l'une correspondant au jour et l'autre à la nuit. La durée maximum d'une période ne peut dépasser les 14 heures. On retrouve dans cet arrêté la volonté européenne de protection des travailleurs en bornant et limitant la définition d'une journée ou d'une nuit de travail.

L'arrêté de 2003 va également créer une division selon le type d'activité médicale en proposant deux types d'organisation et deux modalités différentes de comptabilisation du temps travaillé pour le service quotidien de jour :

- La règle générale est que le service de jour comprend les matins et après-midis du lundi matin au samedi matin inclus, soit 11 demi-journées qui doivent être assurées auprès des malades hospitalisés et des consultants externes.
- L'exception à cette règle concerne les structures à temps médical continu dans laquelle « *les activités sont assurées indifféremment le jour et la nuit, conformément au tableau de service* ». Les activités médicales concernées par cette dérogation (non obligatoire) sont l'anesthésie-réanimation, la médecine d'urgence et les services de gynécologie-obstétrique réalisant plus de 2000 accouchements par an. Ces trois spécialités ont la possibilité de recourir à une organisation en temps continu, même si cela reste non obligatoire. En effet, de nombreux services d'urgence dans des centres hospitaliers importants (comme l'AP-HP²³) n'étaient toujours pas organisés en temps continu en 2015.

Cette dérogation met en lumière la difficulté pour le législateur d'englober l'ensemble des médecins hospitaliers dans la même organisation du temps de travail et démontre que des aménagements sont nécessaires au regard des particularités et spécificités de certaines spécialités médicales. L'anesthésie-réanimation ou les services d'urgence ne peuvent pas s'organiser de la même manière qu'un service de médecine réparti en lits d'hospitalisation conventionnelle et en secteur de consultations qui laissent une plus grande liberté aux praticiens et aux chefs de service²⁴ dans leur fonctionnement interne. Les heures d'ouverture des blocs opératoires, l'ouverture 24 heures sur 24 des services d'accueil des urgences (SAU) obligent à une présence continue auprès des malades ce que ne permet pas une organisation du travail en demi-journées.

²³ Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

²⁴ Appellation des responsables de service avant la loi « *Hôpital, Patients, Santé et Territoires* » du 21 juillet 2009 créant les chefs de pôles et les responsables de service

L'arrêté de 2003 prévoit également les règles en matière de repos quotidien et de repos de sécurité. En effet, la particularité de l'organisation de l'activité médicale qui doit répondre aux objectifs de continuité du service, un des piliers du service public,²⁵ est la nécessité de répondre aux besoins médicaux urgents de la population de manière permanente. L'organisation du temps d'un praticien est alors complètement différente de la vision traditionnelle des horaires du travail pour la majorité des salariés qui comprend le temps de travail la journée, le repos quotidien le soir et la nuit et le repos hebdomadaire les weekends. Pour un médecin hospitalier, les notions sont les mêmes (temps de travail, repos quotidien, repos hebdomadaire) sauf que leur agencement est complètement différent sur une semaine afin de répondre aux nécessités du service. L'organisation de l'activité médicale se répartit alors entre **la continuité des soins**, assurée du lundi au samedi matin de jour et **la permanence des soins** les nuits, les weekends et les jours fériés. L'organisation des services de soins se structure selon les besoins avec une organisation de la permanence des soins selon l'activité constatée en fonction des différentes spécialités.

Le calcul des obligations de service pour chaque médecin hospitalier ne répond pas à une logique traditionnelle de calcul hebdomadaire de travail. Le calcul du temps de présence médicale doit se faire en intégrant la permanence sur place (gardes) ou à domicile qui peut donner lieu à déplacement (astreintes²⁶). Cette permanence des soins a donc une incidence sur l'organisation des activités et le temps de présence médicale puisqu'elle est intégrée dans le calcul des repos quotidiens et des repos de sécurité. Les règles du repos de sécurité varient selon le statut du praticien (les bi-appartenants pouvant travailler le lendemain de leur garde de nuit, à condition que ce ne soit pas de l'activité clinique au contact des patients mais des activités universitaires (enseignement, recherche)), et visent à respecter l'alinéa 9 de l'article 2 de la directive 2003/88/CE définissant la notion de repos suffisant : « *le fait que les travailleurs disposent de périodes de repos régulières dont la durée est exprimée en unités de temps et qui sont suffisamment longues et continues pour éviter qu'ils ne se blessent eux-mêmes ou ne blessent leurs collègues ou d'autres personnes et qu'ils ne nuisent à leur santé, à court ou à plus long terme, par suite de la fatigue ou d'autres rythmes de travail irrégulier* ».

²⁵ Lois de Rolland : la continuité, l'égalité et la mutabilité sont les trois principes clés du service public

²⁶ L'arrêté du 30 avril 2003 fait la distinction entre **les astreintes opérationnelle** qui peuvent donner lieu régulièrement à des appels et **les astreintes de sécurité** qui donnent lieu à des appels peu fréquents.

L'arrêté de 2003 reprend également les dispositions relatives à l'opt-out négocié par la France et plusieurs pays européens sur la limite légale de 48 heures de temps de travail hebdomadaire. Les praticiens hospitaliers ont la possibilité de réaliser du temps de travail additionnel (TTA) au-delà de leurs obligations de service à condition que celui-ci soit réalisé sur la base du volontariat et contractualisé²⁷. L'Etat français a fortement négocié auprès de Bruxelles pour obtenir cette clause d'opt-out à la directive et l'a donc retranscrit dans l'arrêté de 2003. A noter que les syndicats de praticiens hospitaliers ont fortement insisté sur le caractère volontaire du recours au TTA afin que ces heures supplémentaires ne soient pas imposées aux médecins en raison de la continuité de service et du manque de ressources humaines dans certains secteurs sous tension.

1.3 Un blocage culturel à la mise en œuvre de la réglementation européenne

Les hôpitaux, les directions et les responsables de service vont rencontrer des difficultés pratiques à la mise en œuvre de cette réforme puisque les praticiens hospitaliers n'avaient pas pour habitude de décompter leurs demi-journées de présence à l'hôpital, et de récupérer du temps après avoir effectué une garde. Les durées de travail hebdomadaires étaient bien supérieures aux 48 heures hebdomadaires avec des durées pouvant avoisiner les 70 ou 80 heures. Il a donc fallu pour les directions hospitalières revoir progressivement les organisations du travail pour respecter la législation.

Le risque de désorganisation et de dysfonctionnement des services de soins a obligé chaque hôpital à revoir l'organisation de son activité médicale et à réfléchir à des outils adaptés pour respecter la législation sur le temps de travail. Ces nouvelles règles en matière de gestion du temps médical représentent un changement culturel à la fois pour les praticiens et pour les gestionnaires comme le précise le président de la Communauté Médicale d'Etablissement (CME) du Centre Hospitalier de Carcassonne en 2005 : « *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* »²⁸.

Les praticiens hospitaliers ont longtemps refusé de décompter précisément leur temps de travail, au motif d'une certaine liberté d'organisation et de fonctionnement des services. Au service des patients et des malades hospitalisés, ayant prêté le serment

²⁷ Article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003

²⁸ MEAH, « *Organisation du temps de travail des médecins. Retours d'expériences.* », Rapport de Mission nationale d'audit et d'expertise hospitaliers, 2005

d'Hippocrate, il apparaissait alors peu concevable pour une grande majorité des médecins hospitaliers de devoir décompter leur temps de travail passé au sein de l'hôpital. Ce sont les organisations syndicales représentant certaines spécialités à forte pénibilité (les anesthésistes-réanimateurs, les urgentistes) qui ont souhaité protéger le travailleur et qui se sont battues devant les juridictions nationales et européennes pour que la France respecte les exigences de la directive européenne sur le temps de travail. Ce hiatus entre médecins se retrouve dans les organisations du temps de travail puisque ces deux spécialités (anesthésistes-réanimateurs et urgentistes) ont la possibilité avec l'arrêté de 2003 de s'organiser en temps continu avec un décompte horaire et non pas en demi-journées de temps de travail.

Au CHU de Clermont-Ferrand, cette différence d'implication des praticiens dans le respect de la législation du temps de travail se retrouve dans la transmission des tableaux de service car certains services ne sont pas demandeurs d'un contrôle approfondi de leur temps passé à l'hôpital et ne communiquent pas précisément le temps de présence des médecins dans le service. Les tableaux de services prévisionnels ne sont pas transmis à la direction des affaires médicales, seuls les tableaux de services définitifs le sont, et plusieurs services ne remplissent pas le logiciel de gestion du temps de travail dédié mais renvoie un tableau de service sous format papier, illustrant la réticence au changement. Le rapport de la MeaH (Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers) en 2005, intitulé « *Organisation du temps de travail des médecins. Retours d'expériences* », illustre les difficultés pratiques et concrètes qu'ont rencontrées les gestionnaires administratifs en charge de faire respecter cette nouvelle réglementation.

Désormais, comme le prévoit l'article 5 de l'arrêté du 30 avril 2003 : « *Le directeur, avec la commission de l'organisation de la permanence des soins et pharmaceutique, prépare l'organisation des activités et du temps de présence médicale, pharmaceutique ou odontologique, après consultation des chefs de service et de département ou des responsables de structure* ».

Les tableaux de services prévisionnels doivent être envoyés avant le 20 du mois à la signature du directeur de l'établissement, les médecins doivent donc organiser en amont la continuité et la permanence des soins du service afin de respecter les exigences réglementaires en termes de temps de travail et de respect du repos quotidien et du repos de sécurité. Concrètement, les hôpitaux et leur administration vont mettre plusieurs années à se conformer à ce texte, en particulier au niveau du respect des 48 heures hebdomadaires sur les tableaux de service et sur la contractualisation du temps de travail additionnel. En effet, aucune des deux parties n'a souhaité s'engager rapidement dans un

suivi précis du temps de travail médical. Du côté des directions hospitalières, le risque de désorganisation des plannings et d'un besoin de recrutement supplémentaire de médecins (au regard des volumes horaires bien supérieurs à 48 heures hebdomadaires pour certains praticiens) ont dissuadé à une mise en place rapide d'un contrôle des tableaux de service. De l'autre, les responsables de service dans une volonté d'indépendance vis-à-vis de la direction n'ont pas souhaité une ingérence de la direction dans leurs organisations.

1.4 Malgré la faiblesse de l'Europe sociale, la France a été mise en demeure sur le non-respect de la directive européenne de 2003 dans ses hôpitaux

Dès septembre 2004 la Commission européenne a lancé une proposition aux instances européennes pour réviser la directive de 2003 (reprenant celle de 1993 et de 2000) principalement sur la question de l'opt-out, de la période de référence de calcul du temps de travail (fixée à quatre mois) et sur l'intégration du temps de garde dans le temps de travail suite aux décisions de la CJCE sur le temps de garde. De plus, il avait été déterminé dès 1993 qu'il faudrait dix ans plus tard rouvrir les discussions sur le temps de travail. La proposition, qui doit être adoptée par la procédure de codécision²⁹ entre le Parlement et le Conseil de l'Union européenne, sera débattue pendant près de 5 ans sans jamais trouver d'accord. Le Parlement européen - représentant des peuples - avec une vision plutôt progressiste et protectrice des travailleurs (suppression de l'opt-out d'ici trois ans) s'est opposé à un Conseil de l'Union européenne - représentant les Etats membres - défendant une vision libérale d'une révision de la directive avec le maintien de l'opt-out sur une période indéfinie et la mise en place d'une période inactive du temps de garde considérée comme une période de repos journalier ou hebdomadaire³⁰.

Ce désaccord de fond entre le Conseil de l'Union européenne et le Parlement européen va conduire à l'arrêt des négociations après cinq ans de débats. Dès 2010, la Commission va lancer une nouvelle consultation des partenaires sociaux³¹ sur le sujet qui ne vont pas réussir à se mettre d'accord après près de deux ans de négociations. L'échec des partenaires sociaux (patronaux et travailleurs) à trouver un terrain d'entente, a obligé

²⁹ La procédure de codécision était une procédure introduite par le traité de Maastricht en 1992 visant à mettre sur un pied d'égalité le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne dans le cadre de la procédure législative. Cette procédure est devenue la procédure législative ordinaire en 2009 avec l'entrée en vigueur du traité de Lisbonne

³⁰ PICARD S., *Vers une révision de la directive Temps de travail ? Un parcours semé d'embûches*. Confédération européenne des syndicats (CES), Hesamag 05, 2012

³¹ « En vertu de l'article 154 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), la Commission est tenue de consulter les partenaires sociaux au niveau de l'UE avant de proposer des modifications de la législation sociale de l'Union, dont fait partie le droit du travail » http://europa.eu/rapid/press-release_IP-12-903_fr.htm?locale=fr

la Commission européenne à reprendre la main sur le sujet et à lancer au début de l'année 2015 une consultation publique sur la révision de la directive sur le temps de travail ouverte à tous les citoyens et organisations souhaitant donner leur avis sur la directive de 2003. Cette consultation s'inscrit dans l'étude d'impact que mène la Commission sur le sujet et qui lui permettra de proposer un nouveau texte au Parlement et au Conseil de l'Union européenne. A noter que les organisations syndicales de praticiens hospitaliers ont sollicité via leurs sites internet les membres de leurs syndicats à participer à cette consultation publique.

Néanmoins, le constat est le suivant : la directive de 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail devait être révisée dix ans après son adoption par les institutions de l'Union européenne et plus de vingt ans plus tard, les négociations sont toujours ouvertes sans accord en vue. Cet échec illustre les difficultés pour l'Europe sociale d'exister au même plan que l'Europe économique et financière, domaine sur lequel les États membres parviennent beaucoup plus facilement à faire converger leurs points de vue. La réduction de la durée du temps de travail étant un acquis social fruit de longs combats entre gouvernements et syndicats propre à chaque pays selon sa culture et son mode d'organisation sociale et de négociations collectives, il apparaît compliqué d'harmoniser les pratiques au niveau européen.

Cette Europe sociale qui semble en panne sur les questions de convergence des systèmes sociaux et des questions relatives au temps de travail va toutefois être active dans la défense des praticiens hospitaliers au niveau national avec une remise en cause de la transposition de la directive en droit national de la part de la France. Même s'il n'y a pas de révision de la directive comme prévue, l'Union européenne va demander à la France de respecter les clauses de la directive de 2003 pour les professionnels de santé.

Dès 2010, un rapport³² de la Commission européenne sur la mise en œuvre par les États membres de la directive 2003/88/CE démontre la mauvaise transposition de la directive en droit national et le non-respect des principes de la directive tout particulièrement dans le secteur de la santé comme le démontre cette citation « *En France, le manque de clarté des dispositions relatives à la durée du travail des médecins semble avoir généré une pratique où les médecins des hôpitaux publics, rien qu'en effectuant leur service normal, dépassent déjà la limite des 48 heures prévues par la directive.* ». De plus la Commission met en garde les États membres sur la difficulté à connaître le temps travaillé par les travailleurs concernés par la clause de l'opt-out, dont

³² COMMISSION EUROPÉENNE, « Rapport au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des Régions sur la mise en œuvre par les États membres de la directive 2003/88/CE », décembre 2010

les médecins hospitaliers en France, et du fait que ne soit pas respecté le libre consentement à l'opt-out pour chaque travailleur.

En septembre 2013, la Commission européenne a émis un avis motivé à la France qui pourrait entraîner des sanctions en raison du non-respect de la législation européenne sur le temps de travail pour les médecins hospitaliers. Cet avis intitulé « *temps de travail : La Commission demande à la France de respecter le droit des médecins hospitaliers à une limitation du temps de travail et à des périodes de repos minimales* »³³ décrit très précisément les éléments sur lesquels la France n'est pas en conformité sur la directive de 2003 suite à un litige entre un médecin hospitalier et son établissement (recours déposé par le SNPHAR-E en 2011 pour non-respect du repos de sécurité de 11 heures après 24 heures consécutives). Voici les éléments sur lesquels la Commission européenne demande d'intervenir sous peine de sanctions et de saisine de la CJUE :

- « *respecter le droit de médecins hospitaliers à une durée hebdomadaire moyenne de travail de 48 heures et à des périodes de repos minimales après la prestation d'heures supplémentaires de travail de nuit* »
- « *respecter les conditions de la clause dite de renonciation individuelle ou opt-out à la limite des 48 heures : le médecin ne peut être contraint à prester un nombre d'heures excédant la limite des 48 heures.* »
- « *Les règles de mesure du temps de travail des médecins hospitaliers ne sont pas claires, de sorte que, dans la pratique, les médecins sont tenus de « prester³⁴ » un nombre d'heures de travail supérieur à la limite légale* »³⁵.

Cette mise en demeure pour mauvaise transposition en droit français de la directive 2003/88/CE ne concerne pas uniquement la France, mais va entraîner la publication de l'arrêté du 8 novembre 2013³⁶ qui va préciser les règles que doit respecter chaque établissement hospitalier en vue de protéger la sécurité et la santé des travailleurs. Désormais, en intégrant le temps d'astreinte et de déplacement dans le temps de travail effectif, en garantissant un repos quotidien après le dernier déplacement en astreinte et en décomptant en heures les plages de temps de travail additionnel, l'arrêté cherche à assurer un meilleur décompte du temps de travail effectif par praticien. Cette

³³ Procédures d'infractions du mois de septembre 2013, Principales décisions, Commission européenne.

³⁴ Fournir un service, une prestation en Belgique.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ 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 de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

condamnation de la France par la Commission européenne et l'évolution de la réglementation nationale sur l'intégration du temps d'astreinte dans le temps de travail effectif ont été perçues comme une victoire pour les organisations syndicales de praticiens qui militaient pour une meilleure reconnaissance de leur temps travaillé et d'une application de la directive de 2003 sur la durée hebdomadaire et le respect du repos de sécurité. Du côté des directeurs d'hôpital, cette évolution de la réglementation en 2013 a constitué un défi pour la mise en œuvre car il a fallu revoir l'organisation des lignes de garde et d'astreintes ainsi que la présence médicale des praticiens dans les services les lendemains des astreintes pour respecter le repos de sécurité. Au CHU de Clermont-Ferrand la nouvelle comptabilisation du temps de travail a été appliquée à partir du dernier quadrimestre 2014 (septembre 2014) comme la plupart des CHU, sachant que de nombreux centres hospitaliers ont choisi de repousser encore la date de mise en œuvre.

Complété par l'instruction ministérielle³⁷ pour la mise en œuvre concrète de l'arrêté, ces nouvelles règles transforment la comptabilisation du temps passé par les praticiens sur leur lieu de travail, et s'inscrit dans la démarche plus globale d'organisation du temps de travail médical et d'un meilleur suivi de la part des directions des affaires médicales des obligations de service réalisées par les praticiens. A travers une volonté de respecter les exigences européennes en matière de temps de travail, les hôpitaux ont eu l'obligation de revoir leurs organisations du travail (gardes, astreintes, tableaux de service) et la comptabilisation du temps passé par chaque praticien hospitalier au travail (par demi-journées ou en heures pour les services en temps continu). En partenariat avec la communauté médicale, les directions hospitalières ont adopté des règlements intérieurs permettant une certaine souplesse dans l'application pour ne pas entraîner une désorganisation trop importante des services.

1.5 L'enjeu autour de la notion de décompte du temps de travail et la mise en œuvre pratique dans les tableaux de service

Concrètement, une des difficultés pour les établissements de santé à comptabiliser précisément le temps passé par chaque praticien au sein de l'unité de soins est en partie due à l'absence de définition du temps de la demi-journée de travail.

Ces demi-journées se répartissent entre la continuité des soins (activité de jour) et la permanence des soins (activité de nuit et de weekend) sur l'ensemble de la semaine et se retrouvent dans les tableaux de service. L'ambiguïté originelle du temps de travail médical provient de la non-détermination en heures de la demi-journée de temps de

³⁷ Instruction n°DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 relative à l'arrêté du 8 novembre 2013.

travail. Comme expliqué dans la première partie, certains services sont organisés en temps continu, il s'agit du service des urgences et de l'anesthésie-réanimation au CHU de Clermont-Ferrand.

L'absence de bornage horaire du temps de travail permet donc aux praticiens, selon les services et selon les spécialités médicales ou chirurgicales d'organiser le temps de travail à leur convenance au sein d'une demi-journée. Celle-ci peut contenir des activités cliniques, le temps passé au contact direct du patient mais également des activités non cliniques³⁸ comme l'évaluation des pratiques professionnelles, la formation ou encore la participation aux instances et aux commissions institutionnelles de l'établissement (CLIN, CLAN, CLUD³⁹). La revendication des praticiens n'est pas tant d'obtenir une comptabilisation en heures du temps de la demi-journée mais de pouvoir organiser une partie de leur temps de travail à des activités non cliniques (recherche, enseignement, formation) qui participent à l'amélioration de leurs conditions de travail. A noter que le Conseil d'Etat dans une décision de 2005 a reconnu que les 48 heures maximum de travail hebdomadaire était la règle mais qu'il n'y avait pas un nombre d'heures déterminé dans une demi-journée de travail.

Au-delà, de cet enjeu crucial pour le respect du temps de travail des médecins hospitaliers, la France s'est mise en conformité avec la directive européenne de 2003 avec l'arrêté du 8 novembre 2013 pour respecter la barrière des 48 heures de travail hebdomadaire. Cette conformité juridique a nécessité une mise en œuvre concrète au sein des établissements qui s'est appliquée de manière progressive. En effet, il a fallu pour les directions (direction des affaires médicales prioritairement) s'organiser pour mettre en œuvre la réforme avec la comptabilisation des astreintes dans le temps de travail effectif.

Les heures déplacées, qui correspondent aux heures réalisées sur place plus le temps de trajet, sont désormais décomptées dans le temps de travail effectif, le praticien choisissant de les intégrer dans ses obligations de service ou de les considérer comme du temps de travail additionnel. Cette valorisation en temps de travail additionnel n'est pas sans entraîner des difficultés techniques pour les directions des affaires médicales. Tout d'abord, un effort de pédagogie a été nécessaire pour expliquer la réforme à tous les praticiens et tout particulièrement aux chefs de pôles et responsables de services en charge de la préparation des tableaux de service. Ces nouvelles règles nécessitent un

³⁸ SNPHAR-E, *Temps de travail des médecins, ce que tous les PH devraient savoir* », Juin 2012, www.snphar.com/data/upload/files/201206_tt_ph.pdf

³⁹ Comité de lutte contre les infections nosocomiales, Comité de liaison en alimentation et nutrition, Comité de lutte contre la douleur.

temps d'adaptation et de mise en place au niveau des équipes médicales sans entraîner une désorganisation généralisée des services de soins. Ensuite, il a fallu recueillir les choix des praticiens entre l'intégration de ce temps d'astreinte dans les obligations de service ou une comptabilisation en temps additionnel. A titre d'exemple, le CHU de Clermont-Ferrand a demandé à chaque service de choisir une des deux solutions dans une logique d'équipe et d'équité entre les praticiens d'un même service. Au sein de chaque service, les équipes médicales se sont mises d'accord afin d'opter pour l'un des deux systèmes (intégration dans les obligations de service ou paiement en TTA) ou une autre possibilité consistant en une forfaitisation de la ligne d'astreinte permettant une rémunération plus rapide (mensuelle et non au quadrimestre) et ne prenant pas en compte le temps et la fréquence des déplacements⁴⁰.

Ces nouvelles règles de gestion du temps de travail obligent les directions des affaires médicales à contrôler la réalisation des obligations de service de chaque praticien afin de s'assurer que sur un quadrimestre toutes les obligations de service ont bien été remplies avant de déclencher le paiement de TTA. Il s'agit bien là d'une première révolution culturelle⁴¹ engendrée par une évolution juridique puisque les médecins hospitaliers doivent justifier précisément leur temps de présence (à la demi-journée pour les services qui ne sont pas en temps continu) pour pouvoir comptabiliser leurs obligations de service sur un quadrimestre.

Bien qu'entrée en vigueur en novembre 2013, la grande majorité des établissements n'ont réussi à instaurer la réforme et le paiement des astreintes au quadrimestre qu'à partir du 1^{er} septembre 2014 ou du 1^{er} janvier 2015. Ces délais étaient nécessaires pour permettre aux équipes médicales de s'organiser avec les nouvelles règles du temps de travail médical visant à mieux respecter la limite des 48 heures hebdomadaires afin que le temps passé en astreinte corresponde bien à du temps de travail effectif. Il convient de noter que la quasi-unanimité des services a choisi d'être rémunéré en temps de travail additionnel plutôt que de choisir une intégration de ce temps d'astreinte dans les obligations de service. Ces choix locaux illustrent la pertinence de l'opt-out à la réglementation européenne en permettant aux médecins hospitaliers de déroger au cadre réglementaire.

⁴⁰ Une astreinte est dite déplacée lorsqu'elle donne régulièrement lieu à des déplacements la nuit et les weekends, elle est alors qualifiée d'astreinte opérationnelle. A contrario, les astreintes de sécurité donnent lieu à peu de déplacement au cours de la permanence des soins.

⁴¹ DREXLER A., MONDOLONI L., *Nouvelle gestion du temps de travail médical. Quand le docteur devient...horodateur.*, Revue Hospitalière de France n°556, Janvier-Février 2014

Au final, la directive de 1993 aura atteint ses objectifs jusque dans les hôpitaux, malgré les difficultés de mise en œuvre : lente stabilisation du droit européen (rôle de la CJCE), la longueur d'une transposition de la directive de 2003 en droit français au sein de laquelle l'opt-out pour les professions de santé a multiplié les obstacles à une bonne application, et enfin la mise en œuvre concrète de 2013 à 2015. Plus de vingt ans auront été nécessaires pour que les médecins hospitaliers deviennent de véritables salariés de l'hôpital public avec un temps de travail connu et fléché (au moins à la demi-journée) au sein de chaque établissement. Entre une volonté d'un meilleur suivi de l'activité de la part des dirigeants hospitaliers, et un désir de la part des organisations syndicales de praticiens hospitaliers d'un respect de la législation du temps de travail et des repos de sécurité, une révolution culturelle est en cours dans les établissements hospitaliers dans la façon de comptabiliser le temps de présence des médecins dans les services.

Ces évolutions sont confortées par les évolutions réglementaires de la fin de l'année 2014 et de l'année 2015 avec de nouvelles modifications du corpus réglementaire suite à la circulaire ministérielle du 22 décembre 2014. En effet, la réforme du temps de travail des urgentistes constitue une révolution à l'hôpital dans le sens où désormais la durée du temps de travail clinique posté est de 39 heures par semaine.

2 Le passage aux 39 heures hebdomadaires d'activité clinique pour les urgentistes : une transformation culturelle expliquée par une évolution de l'exercice médical à l'hôpital

2.1 La genèse de la circulaire ministérielle du 22 décembre 2014

Malgré les difficultés de mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013, un nouveau texte réglementaire vient bouleverser la comptabilisation du temps de travail des médecins dans les hôpitaux publics. En effet, les médecins urgentistes ont négocié avec la ministre de la Santé une réforme de leur temps de travail au regard de leurs sujétions particulières entraînant des conditions de travail difficiles. Ce texte fait l'objet de nombreuses polémiques et oppositions de la part de nombreux acteurs principalement sur la faisabilité de sa mise en œuvre. La Fédération Hospitalière de France (FHF) représentant les établissements publics de santé et les directeurs ainsi que la conférence des présidents de CME se sont opposées à la réforme⁴², pour de nombreuses raisons. La première d'entre elles est la dénonciation de la méthode utilisée pour obtenir cette évolution.

En effet, la réforme a été obtenue dans un contexte de grève des professionnels de santé en raison des discussions parlementaires autour du projet de loi de modernisation du système de santé à partir de l'automne 2014. Des appels à la grève se sont multipliés dans le monde de la santé, avec des calendriers similaires (à la fin du mois de décembre 2014) afin de faire reculer le gouvernement sur ce projet de loi. Les mouvements de contestations, portés par les organisations syndicales, étaient les suivants :

- Les médecins généralistes, à travers les deux principaux syndicats que sont MG France (syndicat majoritaire) et le Syndicat des médecins libéraux ont annoncé un appel à la grève avec une fermeture des cabinets du 23 au 30 décembre. Le principal motif de leur contestation, fortement médiatisée, étant la généralisation du tiers payant⁴³.
- Les médecins libéraux spécialistes, à travers la Confédération des syndicaux médicaux français (CSMF), ont annoncé faire grève du 24 au 31 décembre 2014 pour des raisons similaires à celles des généralistes.

⁴² « Temps de travail des urgentistes : la FHF et la conférence des présidents de CME de CH opposées aux nouvelles mesures ». Dépêche AMP, 22 juillet 2015

⁴³ Article 18 du projet de loi de modernisation de notre système de santé en cours de lecture à l'Assemblée nationale, <http://www.sante.gouv.fr/le-projet-de-loi-de-sante.html>

- Les cliniques privées, par l'intermédiaire de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) ont appelé dès le mois de novembre 2014 à une grève illimitée à partir du 5 janvier 2015⁴⁴ pour lutter contre le projet de loi de modernisation du système de santé qui prévoit d'empêcher les établissements lucratifs de participer au service public hospitalier⁴⁵.

A ces principaux mouvements de contestation qui ont conduit les médecins généralistes et libéraux à se mettre en grève contre le projet de loi porté par la Ministre de la Santé s'est ajouté l'appel à la grève des médecins urgentistes via l'AMUF⁴⁶ (Association des Médecins Urgentistes de France) qui ont dénoncé, non pas le projet de loi de santé, mais leurs conditions de travail et la pénibilité de leur métier. A l'appel de l'AMUF, une grève d'une journée a été programmée le 22 décembre 2014, dans la même période que la grève des médecins libéraux et la menace de fermeture des cliniques privées. Au regard des risques pour la population avec la fermeture de nombreux cabinets libéraux, la ministre de la Santé a souhaité éviter toute propagation du mécontentement à l'hôpital public.

C'est pourquoi, après des négociations entre les représentants syndicaux des urgentistes et le ministère de la Santé et une grève éclair menée le 22 décembre, la ministre dans une certaine précipitation a dévoilé la circulaire n°DGOS/2014/359 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR. La référence à ce contexte difficile étant même rappelé au cœur de la circulaire : *« Les mouvements de grève annoncés des médecins libéraux pour cette fin d'année risquent d'avoir des répercussions sur l'activité des structures hospitalières. Je sais pouvoir compter sur les professionnels hospitaliers, de l'urgence en particulier et suis sensible aux efforts qui sont ainsi demandés à l'hôpital public⁴⁷. »*

2.2 Une réponse à la dégradation des conditions de travail des urgentistes

Les syndicats d'urgentistes et principalement l'AMUF militent depuis des années pour que les sujétions particulières liées à la profession d'urgentiste soient reconnues.

⁴⁴ « Appel à la grève illimitée des cliniques privées » Le Monde.fr le 5 janvier http://lemonde.fr/sante/article/2014/11/17/appel-a-la-greve-illimitee-des-cliniques-privées-le-5-janvier_4524447_1651302.html

⁴⁵ Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009 et l'article L6112 et s. du Code de la Santé Publique les établissements de santé privé peuvent participer à l'une des 14 missions de service public prévue à l'article L6112-1 du CSP.

⁴⁶ « Les urgentistes appellent à une grève illimitée à partir du 22 décembre », LeMonde.fr http://www.lemonde.fr/sante/article/2014/12/04/les-urgentistes-appellent-a-une-greve-illimitee-a-partir-du-22-decembre_4533974_1651302.html#GwzdpGTv1cWFuEkS.99

⁴⁷ Circulaire n°DGOS/2004/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgence-SAMU-SMUR

Selon eux, les conditions de travail aux urgences sont extrêmement difficiles et la question du décompte horaire est centrale dans les conditions de travail pour cette profession médicale.

Les urgentistes syndiqués ou non dénoncent les conditions de travail dans lesquelles ils évoluent au quotidien. Tout d'abord, il convient de souligner que les urgences ont une place singulière au sein de l'hôpital public puisqu'il s'agit de la porte d'entrée de l'hôpital pour toutes les interventions non programmées et qu'il s'agit d'une « *discipline hospitalière à la fois « dans les murs » (structures d'urgences) et « hors les murs » (SAMU/SMUR) »*⁴⁸. La médecine d'urgence qui se structure progressivement comme discipline médicale à part entière avec la création d'un DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires) en 2004 (en 2014 près de 300 urgentistes suivent un DESC en France⁴⁹) et la future apparition d'un DES (diplôme d'étude spécialisé) permettra à la médecine d'urgence de devenir une vraie spécialité médicale qui pourra être choisie après les résultats des ECN (épreuves classantes nationales) avant l'internat. Cette structuration en tant que discipline médicale illustre un besoin de reconnaissance d'une spécialité très particulière. En effet, le médecin urgentiste doit être extrêmement polyvalent, disposer d'une connaissance de nombreuses pathologies médicales et chirurgicales pour être réactif dans les situations d'urgence mais également être capable d'assurer l'orientation et le filtre des patients avant leur entrée dans des services d'hospitalisation conventionnelle au sein de l'hôpital.

Cette reconnaissance en tant que discipline illustre la particularité d'une spécialité médicale au cœur des évolutions sociétales et des nouvelles aspirations des médecins. En effet, l'hôpital et son plateau technique sont de plus en plus ultraspecialisés avec des technologies et des prises en charge de pointe, et la médecine libérale et ambulatoire n'assure plus de permanence des soins sur le territoire. Les services d'urgence se retrouvent alors face à un paradoxe, ne plus savoir comment orienter les patients dans les lits d'aval lorsque ces derniers sont polypathologiques et ne relèvent pas d'une spécialité médicale ou chirurgicale à part entière (ce qui est souvent le cas des personnes âgées) et un afflux de patients toujours plus important puisque les médecins généralistes et libéraux n'assurent plus de permanence de soins sur le territoire les soirs, nuits et weekends. En effet, la permanence des soins en ambulatoire (PDSA) étant désormais sur la base du volontariat⁵⁰, l'évolution sociétale qui vise à une réduction de la durée de vie au travail et à

⁴⁸ CHAIRE de SCIENCES-PO SANTÉ, « *Les Urgences : un symptôme des changements de la société* », Séminaire du 1^{er} avril 2014

⁴⁹ RIOU B. et al., *Combien formons-nous d'urgentistes en France ?*, Annales Françaises de Médecine d'Urgence, janvier 2014

⁵⁰ Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins

une meilleure articulation entre la vie privée et la vie professionnelle a considérablement réduit le nombre de médecins participant à la PDSA, ce qui conduit les patients à se rendre aux urgences.

Cette situation a entraîné un positionnement complètement nouveau du service des urgences au sein de l'hôpital. Ainsi, en 1993 sept millions de passages aux urgences⁵¹ étaient comptabilisés signifiant qu'un français sur 8 se rendait aux urgences, plus de 30% de ces passages donnaient lieu à une hospitalisation. Vingt ans plus tard, il a été recensé 18 millions de passages aux urgences, soit un français sur 3,5⁵². Ces chiffres édifiants illustrent la nouvelle place prise par les services d'urgence mais surtout souligne l'évolution concrète de la profession puisque les urgences graves n'ont pas augmenté en 20 ans, il s'agit d'un changement de pratique des usagers lié aux évolutions de l'offre de prise en charge sur le territoire. Au CHU de Clermont-Ferrand, l'évolution du nombre de passages aux urgences est similaire à l'évolution nationale : en 1999 on comptabilisait 38 000 passages aux urgences, en 2010 44 500 passages et en 2014 50 000 passages⁵³ soit une augmentation de 32% du nombre de patients aux urgences adultes en 15 ans.

Cette très forte augmentation du nombre de passages par an dans un service d'urgence constitue en soi une aggravation des conditions de travail (à noter néanmoins que les ressources médicales ont évolué parallèlement à cette augmentation de la demande de soins avec une augmentation régulière des effectifs) puisqu'il s'agit d'être présent en permanence pour l'arrivée en flux continu d'usagers. Cela diffère complètement de la plupart des activités médicales ou chirurgicales qui organisent leur temps de travail sur la journée en fonction des horaires d'ouverture des blocs opératoires pour les services de chirurgie et de la programmation des consultations dans le service ou externes pour les spécialités médicales. Le travail posté clinique que réalise un médecin urgentiste est une pratique médicale singulière au sein de l'établissement.

Néanmoins, au-delà de cette hausse du nombre de passages, l'enjeu pour les urgentistes d'après leurs revendications tient plutôt au manque de reconnaissance et à l'environnement de travail qui contribuent à une dégradation du travail.

A travers plusieurs entretiens réalisés avec des praticiens hospitaliers, l'un des faits majeurs qui ressort n'est pas tant l'augmentation du nombre de passages mais les tâches qui sont exercées : « 90% de l'activité ne correspond pas à ce que l'on aime faire, à la

⁵¹ STEG A., « Rapport sur la médicalisation des urgences », Commission nationale de restructuration des urgences, 1993

⁵² GRALL J.Y., *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence*, Juillet 2015

⁵³ Chiffres issus du contrôle de gestion du CHU de Clermont-Ferrand

*prise en charge de réelles urgences.*⁵⁴ ». Cette transformation de l'activité (petite traumatologie, « bobologie ») ne correspond plus aux attentes des jeunes médecins qui s'engagent dans la voie de la médecine d'urgence parce que « *ils aiment faire du déchocage* »⁵⁵, c'est-à-dire traiter de l'urgence grave avant le transfert du patient en service de réanimation ou en chirurgie.

A cette transformation de la prise en charge des patients s'ajoutent les difficultés liées à l'environnement de travail et à l'ergonomie des services d'urgence. En effet, les services d'urgence sont souvent mal situés dans l'établissement, parfois en sous-sol, peu éclairés. Cet environnement de travail est souvent peu favorable au bien-être au travail, il s'ajoute au manque de place et d'espace pour accueillir les usagers car les locaux ne sont plus adaptés en raison d'une forte augmentation du passage. Au CHU de Clermont-Ferrand, lors des pics d'activité les vendredis soirs et samedis soirs, les patients sont laissés dans les couloirs sur des brancards faute de place pour les accueillir dans des box ou à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et dans l'attente d'une place dans un des services de médecine ou de chirurgie d'aval. Cette situation réduit le sentiment de travail bien fait et de reconnaissance que tout professionnel recherche dans son quotidien⁵⁶. De plus, il émerge un sentiment de déclassement du médecin urgentiste à l'égard de ses collègues médecins et chirurgiens du reste de l'établissement qui ont une mauvaise perception des urgentistes : « *il y a des critiques de la part des collègues, dans les services d'aval des urgences, c'est toujours de la faute des urgentistes.* »⁵⁷.

Cette dégradation des conditions de travail quotidiennes et la permanence des soins sont source d'épuisement professionnel. Peu de médecins urgentistes restent toute leur carrière au sein d'un service d'urgence, au regard de la pénibilité de l'exercice. Bien qu'il s'agisse d'une profession médicale jeune (apparue au début des années 80), très peu de praticiens atteignent la retraite en ayant exercé toute leur activité dans un service d'urgence. Au final, cette situation conduit de nombreux praticiens à quitter les services d'urgence pour d'autres professions médicales et conduit à des risques de rupture de continuité de service dans certains territoires faute de médecins urgentistes disponibles. L'AMUF dénonce cette pénibilité au travail et s'inquiète d'une « *fuite des médecins qui ne supportent plus de travailler dans ces conditions avec des horaires démentiels* »⁵⁸.

⁵⁴ Entretien avec un praticien hospitalier urgentiste d'un CHU

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ WIEVIRORKA M., MÉDA D., COUSIN O., SIBAUD L., BIGI M., *Travailler au 21ème siècle, Des salariés en quête de reconnaissance*, Robert Laffont, 2015

⁵⁷ Entretien avec un praticien hospitalier urgentiste d'un CHU

⁵⁸ « *L'Amuf réclame un « plan d'urgence pour les urgences »* ». APM news, 13 août 2015

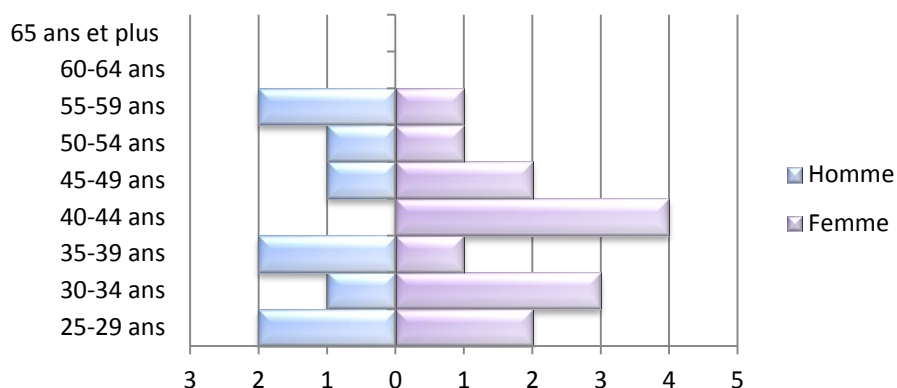
C'est pourquoi, les médecins urgentistes souhaitent tout d'abord que la réglementation européenne soit bien appliquée en matière de temps de travail car selon l'AMUF, de nombreux services dépassent 48 heures hebdomadaires de travail par praticien lissées sur quatre mois en raison d'une organisation du temps de travail en demi-journées. L'AMUF souhaite en effet que soit généralisé le décompte horaire dans tous les services d'urgence et qu'il n'y ait plus une comptabilité en demi-journées de temps de travail car cela est propice à de forts dépassements. La demi-journée n'ayant pas de durée fixe, certains praticiens réalisent beaucoup plus de 48 heures par semaine mais ne sont pas rémunérés en conséquence, leurs obligations de service de dix demi-journées étant remplies. A ce titre, une enquête de la SESMAT (Enquête santé et satisfaction des médecins au travail)⁵⁹ parue en 2011 conclut que près d'un médecin salarié sur deux est touché par un syndrome d'épuisement professionnel ou burn out. Les raisons principales étant le conflit entre le travail et la famille en raison des gardes, ou encore le manque de fonctionnement des équipes qui peut être source d'épuisement professionnel. L'absence de travail en équipes par manque de temps et le nombre de gardes réalisé par les médecins urgentistes sont donc des facteurs à risque pouvant entraîner des risques de burn out.

2.3 La gestion des ressources humaines médicales du pôle Urgences au CHU de Clermont-Ferrand

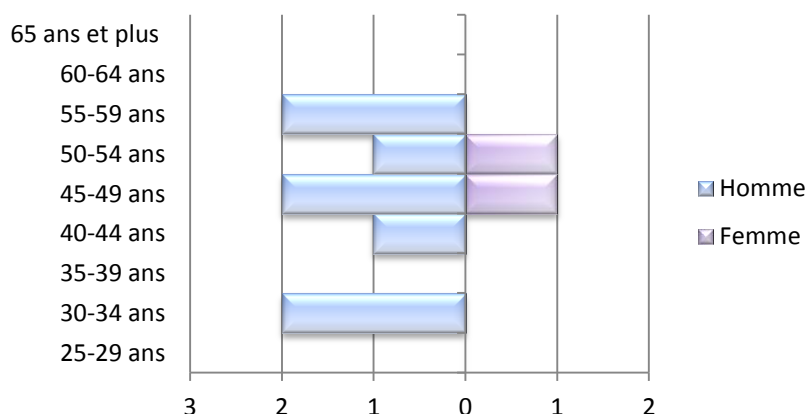
Le constat qui peut être établi par la Direction des affaires médicales est la difficulté de conserver des praticiens dans les équipes d'urgentistes avec du turnover et des praticiens qui quittent les urgences bien avant la fin de leur carrière professionnelle. Au CHU de Clermont-Ferrand, la Direction des Affaires Médicales est en charge de l'élaboration du bilan social qui permet d'analyser le profil sociologique (âge, sexe) des différents services de l'hôpital. L'un des enjeux majeurs dans une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) mis en place par les directions des ressources humaines médicales et non médicales est l'identification des départs à la retraite dans les années à venir. Au sein du pôle Urgences qui comprend l'ensemble des activités liées à l'urgence (SAU, SAMU-SMUR, Post urgences et thérapeutiques, Psychiatrie d'urgences) aucun départ à la retraite n'est prévu dans les cinq années à venir, ce qui est une véritable atypie à l'échelle de l'établissement. La pyramide des âges du Pôle Urgences au CHU de Clermont-Ferrand n'ayant pas du tout le même profil que les autres services.

⁵⁹ DOPPIA M.A., ESTRYN-BÉHAR M., FRY C., GUETARNI K., LIEUTAUD T. « Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT) », Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 2011

Pyramide des âges du service Accueil des urgences, par sexe et effectif physique :



Pyramide des âges du service SAMU-SMUR, par sexe et effectif physique



Cette difficulté à conserver les praticiens est un défi à relever pour la direction des affaires médicales au regard des départs réguliers de praticiens (en partie liés aux postes d'assistants spécialistes pour les validations de DESC). La fidélisation des équipes médicales est compliquée dans le pôle Urgences, les « carrières » d'urgentistes étant courtes en raison de la pénibilité du métier.

Le référentiel sur le temps de travail des urgentistes s'inscrit dans cette volonté de fidéliser et d'améliorer les conditions de travail des médecins urgentistes.

2.4 Les dispositions concrètes du référentiel urgentiste et ses objectifs

Face à ces constats de pénibilité et du manque d'attractivité de la profession de médecin d'urgence, la ministre de la Santé, a accepté certaines de leurs revendications. La circulaire ministérielle du 22 décembre 2014⁶⁰ ainsi que l'instruction du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail applicable dans les structures de médecine d'urgence⁶¹ sont considérées par l'AMUF et la CGT comme une évolution majeure : « Il est clair qu'il s'agit de ce que certains ont qualifié d'une véritable 'révolution' pour l'hôpital public »⁶².

Le texte de décembre énonce les grands principes sur lesquels la ministre s'engage à l'égard des urgentistes :

- « La généralisation du principe du décompte horaire du temps de travail dans toutes les structures d'urgence et/ou SAMU et/ou SMUR au plus tard le 1^{er} juillet 2015 ». Cette première demande vise avant tout l'AP-HP et deux CHU (Toulouse et Nîmes)⁶³ qui comptabilisent le temps de travail des médecins urgentistes en demi-journées de temps de travail et non en heures. Au CHU de Clermont-Ferrand, les services d'accueil des urgences et du SAMU-SMUR sont passés au décompte horaire à partir de 2004.
- « La mise en place d'un référentiel national de répartition et de gestion du temps de travail applicable dans les structures d'urgence et/ou SAMU, et/ou SMUR ». Il s'agit du cœur de la réforme puisque le référentiel revoit l'organisation du temps de travail dans les services d'urgence avec une limitation au temps de travail clinique posté à 39 heures avec un temps forfaitisé pour des activités non cliniques.
- « L'adaptation des organisations de l'urgence dans les territoires en vue d'une amélioration du service rendu au patient ». Il s'agit de revoir l'organisation territoriale des services d'urgence. En contrepartie d'une amélioration de leurs

⁶⁰ Circulaire n° DGOS/2004/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgence-SAMU-SMUR

⁶¹ Instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

⁶² « L'AMUF et la CGT saluent le référentiel national sur le temps de travail des urgentistes », APM, 15 juillet 2015

⁶³ Synthèse de l'enquête sur l'application de l'instruction ministérielle du 22 décembre 2014 relatif au temps de travail des urgentistes dans les CHU – Commission des Directeurs d'Affaires Médicales de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU, juin 2015

conditions de travail, les syndicats d'urgentistes auraient accepté de revoir la carte territoriale afin que l'offre de soins soit mieux répartie selon les besoins. Certaines lignes d'urgences pouvant être fermées en nuit profonde (de minuit à 6h du matin) lorsque le nombre de passages est vraiment très faible.

Par cette circulaire, il s'agit d'une révolution principalement liée aux nouvelles modalités de décompte du temps de travail dans les services d'urgence-SAMU-SMUR avec la publication du référentiel au mois de juillet 2015. L'application et la mise en œuvre de celui-ci marquera un tournant majeur dans l'exercice du médecin hospitalier puisqu'il prévoit une réduction du temps de travail clinique à 39 heures afin d'améliorer les conditions de travail et la santé des urgentistes. Les principales dispositions du référentiel visent à réduire le temps passé auprès du malade pour accroître le temps que certains urgentistes appellent « *temps texturant* »⁶⁴ qui permet un temps collectif, d'échanges sur les pratiques à travers des missions contractualisées avec le responsable de service.

Très concrètement, le référentiel urgentiste prévoit que tout praticien doit réaliser **39 heures de temps clinique posté** et **la réalisation des objectifs du forfait de temps non posté** pour réaliser ses obligations de service. Ces obligations de service qui sont attestées par le tableau de service pour les 39 heures hebdomadaires et par le responsable de service pour le forfait ne doivent pas excéder la limite de 48 heures hebdomadaires lissées sur le quadrimestre. Le praticien ayant accompli 39 heures de travail clinique posté et le forfait d'activités non cliniques est réputé avoir réalisé ses obligations de service⁶⁵, ce qui lui permet d'être rémunéré en temps de travail additionnel au-delà de 48 heures. Il y a donc bien un respect de la législation européenne avec les 48 heures hebdomadaires de travail et une volonté de prendre en compte la pénibilité du métier d'urgentiste en réduisant le temps clinique passé directement auprès du malade et en garantissant du temps non posté.

- 1) Le temps clinique posté a une définition assez claire donnée par le référentiel : « *Le travail clinique est consacré à la prise en charge médicale des patients dans le cadre de l'occupation d'une fonction faisant l'objet d'une relève organisée* ». Ce temps d'activité posté clinique comprend donc les activités d'accueil et de prise en charge du patient, la régulation médicale au SAMU (médecins qui régulent les appels au 15), les missions du SMUR en cas de sorties. Le contour de ces activités est assez clair et ne doit pas dépasser 39 heures hebdomadaires lissées sur le quadrimestre.

⁶⁴ ANNEXE 3 : Entretien avec le chef de service des urgences de Vichy, représentant de l'AMUF

⁶⁵ ANNEXE 3 : Séminaire FHF « *Gestion du temps de travail* », 9 septembre 2015

2) Le forfait de temps non posté est un sujet plus complexe laissant une marge d'appréciation propre à chaque organisation. Le référentiel prévoit que ces activités non postées peuvent être cliniques ou non, cela signifiant que dans le temps de travail non posté il peut y avoir de l'activité clinique, ce qui contribue à la confusion dans les interprétations à la fois des organisations syndicales et des directions hospitalières. Il n'y a pas de consensus autour de la définition d'activité clinique, puisque comme le rappelle le Dr Storme dans son manuel⁶⁶, les revues de morbi-mortalité (RMM) réalisées par les praticiens sont considérées comme de l'activité clinique par certains et non par d'autres. Néanmoins, au-delà de cette ambiguïté, le référentiel prévoit des activités définies par missions et par objectifs en lien avec le service⁶⁷ qui devront être réalisées par le praticien au cours de ce temps forfaitaire. Il pourra s'agir de la formation des praticiens (développement professionnel continu) et des missions visant à :

- *assurer la coordination des soins (staffs, réunions pluridisciplinaires, organisation des filières d'aval)*
- *suivre et analyser l'activité à partir des données codées*
- *contribuer à l'organisation et à la gestion du service et à la vie institutionnelle*
- *participer à des démarches collectives qualité – risques – vigilances comme d'évaluation et d'amélioration des pratiques*
- *participer aux démarches de préparation des gestions de crises*
- *contribuer aux travaux de recherche et d'enseignement universitaire*

Pour l'AMUF, la définition de ce temps non posté est la suivante : « *Le temps texturant, dans l'organisation d'une structure professionnelle de soins, est le temps de travail qui est dédié aux processus adjacents aux soins, médicaux et paramédicaux, processus qui ont un impact sur la qualité des soins prodigués à la population (...). Ce temps est utilisé pour mettre du liant, de la texture dans les organisations du travail* »⁶⁸.

L'interprétation du référentiel par les directions et les urgentistes (dont le responsable de service) s'annonce être l'un des enjeux de la mise en œuvre concrète du référentiel. En effet, chaque praticien devra passer un contrat individuel avec le responsable de service, celui-ci étant signé par le directeur de l'établissement. Il va donc falloir réfléchir ensemble, directions et praticiens sur le contenu précis de ces missions non postées et de la façon de les évaluer afin de pouvoir déterminer si le praticien a bien rempli ses objectifs ou non. Au CHU de Clermont-Ferrand, une méthodologie et un

⁶⁶ ANNEXE 3 : Entretien avec le chef de service des urgences de Vichy, représentant de l'AMUF

⁶⁷ Instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence

⁶⁸ STORME D. « *Mode d'emploi du référentiel national de répartition et de gestion du temps de travail applicable dans les structures d'urgence* », AMUF, Mai 2015

calendrier ont été prévu et la première étape consiste en : « *la lecture de l'instruction ministérielle pour compréhension partagée des notions de temps clinique posté, missions contractualisées* »⁶⁹. Cette démarche consiste à obtenir une compréhension partagée de l'instruction afin de pouvoir dans un second temps réfléchir sur les effectifs et la maquette d'organisation de l'activité une fois que la direction des affaires médicales et le chef de pôle Urgences se seront mis d'accord sur la définition des principales notions.

Il convient de noter que le forfait de temps non posté n'est pas décompté en heures, il ne doit pas nécessairement faire neuf heures hebdomadaires lissées sur le quadrimestre pour atteindre les 48 heures hebdomadaires. Cela signifie qu'une nouvelle fois, il n'y aura pas un décompte précis du temps de travail des urgentistes et que certains pourront dépasser les 48 heures hebdomadaires de temps de travail ou travailler moins que les 48 heures selon le temps consacré aux activités non postées. Comme pour la non-définition du nombre d'heures dans une demi-journée, on peut constater que sur le temps de travail médical il n'y a jamais de décompte clair et précis du temps travaillé, ceci étant sûrement propre à la profession médicale et ses particularismes. Le référentiel prévoit cependant une disposition qui va assouplir la mise en œuvre dans les services puisque : « *la répartition du temps clinique posté et des activités non cliniques peut varier entre praticiens, si cela permet de mieux répondre aux besoins collectifs et aux aspirations individuelles*⁷⁰ ». La porte est donc ouverte à des organisations différentes pour chaque praticien d'un même service. A Clermont-Ferrand par exemple, certains praticiens ne souhaitent pas réaliser de temps de travail non posté et pourraient rester sur un temps de travail posté de 48 heures.

En résumé, le référentiel urgentiste constitue un progrès pour réduire la pénibilité du métier et rendre plus attractif le métier aux jeunes médecins. En réduisant le temps de travail à 39 heures sans pour autant se détacher des 48 heures hebdomadaires (grâce au forfait de temps non posté), le gouvernement a trouvé un moyen juridique pour ne pas revenir sur le temps de travail des médecins hospitaliers et l'unicité du statut de PH dans un contexte économique compliqué tout en réduisant le temps passé auprès des malades par les praticiens urgentistes.

Cette « mini-révolution » constitue un défi majeur pour les directions car il va désormais falloir calibrer les effectifs cibles du service à 39 heures de travail clinique posté ce qui va nécessiter de recruter de nouveaux praticiens et de revoir la maquette

⁶⁹ Annexe 1 : Proposition de méthodologie pour la mise en œuvre du référentiel du temps de travail des urgentistes au CHU de Clermont-Ferrand

⁷⁰ Instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence

d'organisation du service. Dans un contexte économique contraint et une ressource médicale non disponible il s'agit d'un défi pour les hôpitaux mais également d'une menace pour l'équilibre budgétaire et l'unité de la communauté médicale.

2.5 Le précédent des urgentistes avec l'instruction du 10 juillet 2015, une révolution en cours pour d'autres spécialités médicales ?

Il s'avère que l'annonce de cette réforme du temps de travail des urgentistes n'a pas été très bien perçue par la grande majorité des praticiens relevant d'autres spécialités au sein de l'hôpital. En effet de nombreuses voix se sont élevées contre ce référentiel qui risque de diviser la communauté médicale⁷¹ puisque les autres praticiens vont continuer à travailler 48 heures par semaine. Ce mécontentement a été relayé par la conférence des présidents de CME de CH qui a jugé que « *les mesures catégorielles génèrent une fracture au sein des communautés médicales* »⁷². En effet, il est tout à fait logique de penser que certains praticiens exerçant d'autres spécialités avec du temps de travail posté et une forte participation à la permanence des soins (gardes et astreintes) demandent à leur tour à bénéficier d'un temps de travail de 39 heures d'activité clinique et d'un temps supplémentaire non posté et non clinique.

Les anesthésistes-réanimateurs ont pris le pas des urgentistes dès la parution du référentiel au mois de juillet en évoquant des sujétions de travail similaires aux urgentistes dans les blocs opératoires pour se voir appliquer le référentiel urgentiste. De plus, le SNPHARe s'oppose à la vision de la FHF et de la conférence des présidents de CME sur l'argument de la division de la communauté hospitalière : « *la fracture existe déjà au sein de la communauté médicale hospitalière et entre les différentes spécialités puisque si certaines conservent encore une autonomie et des possibilités d'organisation, d'autres ne font que subir la pression liée à l'augmentation d'activité et à la permanence des soins la nuit et le weekend.*⁷³ » Les anesthésistes-réanimateurs considèrent que la similarité avec les urgentistes avec un décompte en temps de travail en temps continu (décompte horaire) et l'impossibilité d'organiser des activités d'organisation et de réflexion collective nécessitent une extension du référentiel urgentiste à leur spécialité. A noter que cette possibilité a été ouverte par le ministère de la Santé comme le précise la circulaire ministérielle du 22 décembre 2014 : « *Au-delà des structures d'urgences-SAMU-SMUR, j'entends poursuivre le travail pour aboutir à des mesures convergentes avec les autres*

⁷¹ HAROCHE F., *Réforme du temps de travail des urgentistes : une « ségrégation » entre praticiens hospitaliers ?*, Journal International de Médecine, Août 2015

⁷² « *Temps de travail des urgentistes : la FHF et la conférence des présidents de CME de CH opposées aux nouvelles mesures* », AMP, 22 juillet 2015

⁷³ « *Le SNPHAR-E soutient l'application du référentiel « temps de travail » pour les urgentistes !* », SNPHAR-e, 22 juillet 2015

spécialités, présentant des sujétions comparables liées à la prédominance d'activités en travail posté et en permanence des soins. »

Le Dr Doppia, anesthésiste-réanimateur au CHU de Caen et vice-président du Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs (CFAR), interrogé sur la question⁷⁴ considère que la pénibilité et les conditions de travail des anesthésistes-réanimateurs sont aujourd'hui du même ordre que la réalité de travail des urgentistes. Selon lui, la pénibilité du métier expose les praticiens au burn-out et à l'épuisement professionnel en raison de la charge de travail et de la permanence des soins. En effet selon le président du SNPHAR-E le Dr Rébufat : *« la chose la plus pénible dans notre métier c'est la permanence des soins. On travaille le soir, la nuit et le weekend. Avec les années qui passent, ce rythme de vie devient de plus en plus pénible⁷⁵. »* Cette situation d'épuisement professionnel décrite par les anesthésistes-réanimateurs se rapproche des arguments des urgentistes. De plus, il s'agit d'une spécialité médicale qui fait face à des difficultés de recrutement avec de nombreux postes vacants dans les établissements. Cela oblige les praticiens à compenser ces sous-effectifs par du temps de travail additionnel ce qui peut potentiellement entraîner des semaines de travail bien supérieures aux 48 heures hebdomadaires souhaitées par l'Union européenne.

Une autre solution consiste pour les hôpitaux publics à compenser ces postes vacants par du recours à l'intérim⁷⁶. Cette dernière solution n'étant pas forcément gage d'amélioration du fonctionnement des équipes car souvent, au dire des autres médecins, les anesthésistes-réanimateurs qui pratiquent l'intérim ne cherchent pas à s'intégrer dans les équipes et les organisations en place. L'intérim médical et la pratique des « ménages⁷⁷ » concernent principalement les spécialités sous tension en termes de démographie médicale dont l'anesthésie-réanimation. Au CHU de Clermont-Ferrand, la pratique de l'intérim médical n'a concerné jusqu'à 2015 qu'une seule spécialité, l'anesthésie-réanimation de manière conjoncturelle en raison du départ de plusieurs praticiens vers des cliniques privées.

C'est pourquoi, au regard de ce contexte et des conditions de travail pénibles, les organisations syndicales d'anesthésistes-réanimateurs souhaitent une extension du

⁷⁴ ANNEXE 3 : Entretien avec le Dr Doppia

⁷⁵ « *Les anesthésistes au bord de la crise de nerf* », Pourquoi docteur, comprendre pour agir, B. Martrette, 18 septembre 2015 <http://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/12123-Les-anesthesistes-au-bord-de-la-crise-de-nerfs>

⁷⁶ VÉRAN O., « *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public.* », Assemblée nationale, Décembre 2013

⁷⁷ Situation d'un médecin à temps plein dans un établissement public de santé qui réalise des demi-journées ou journées supplémentaires en intérim dans un autre établissement public bien que cette pratique soit interdite.

référentiel urgentiste à leur spécialité pour que le temps de travail clinique posté soit limité à 39 heures et qu'un forfait d'activité non clinique soit mis en place comme pour les urgentistes⁷⁸.

Pour plusieurs praticiens hospitaliers interrogés⁷⁹, le changement culturel en cours dépasse bien le champ des urgentistes et concerne l'ensemble de l'hôpital, il est la conséquence de la transformation du métier de médecin hospitalier lié à la tarification à l'activité⁸⁰ (T2A) qui oblige les praticiens à rendre des comptes sur leur activité et sur le nombre d'actes réalisés avec une obligation de rentabilité. Ce changement culturel qui traverse tout l'hôpital explique leur volonté d'une meilleure comptabilisation de leur temps de travail. Au-delà du respect de la réglementation européenne sur le temps de travail, la révolution en cours dépasse le cadre du respect de la législation pour la santé et la sécurité des travailleurs mais touche désormais à l'attractivité ou non de l'hôpital public pour les futurs médecins.

2.6 La nécessité de revoir l'attractivité médicale de l'hôpital public : dans l'attente de la publication du rapport Le Menn

Ces évolutions concernant le temps de travail médical dans une volonté d'amélioration des conditions de travail et de réduction de la pénibilité pour certaines professions médicales sous tension s'inscrivent plus largement dans une problématique de l'attractivité de l'hôpital public pour les jeunes médecins.

Il apparaît de plus en plus compliqué de convaincre les jeunes médecins, profession de plus en plus féminisée, à s'engager dans certaines professions médicales avec de la permanence des soins qui va avoir des incidences sur la vie personnelle de jeunes praticiens. Les pouvoirs publics ont pris conscience que progressivement les nouvelles générations de médecins ne veulent plus connaître les semaines de travail de 60 à 70 heures avec des gardes et astreintes la nuit et les week-ends. C'est pourquoi il est nécessaire de réfléchir à de nouvelles modalités d'organisation et de fonctionnement des services de soins pour que de jeunes médecins aient de nouveau le souhait de s'engager pour l'hôpital public et des spécialités difficiles comme la médecine d'urgence ou l'anesthésie-réanimation au cœur du fonctionnement du plateau technique de l'hôpital.

⁷⁸ Déclaration du président du SNPHAR-E : « Et entre 40 et 48 heures, durée maximale fixée par l'Europe, les anesthésistes devraient faire des activités non cliniques (enseignement, recherche, formation, etc.) ». « *Les anesthésistes au bord de la crise de nerf* », Pourquoi docteur, comprendre pour agir, B. Martrette, 18 septembre 2015 <http://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/12123-Les-anesthésistes-au-bord-de-la-crise-de-nerfs>

⁷⁹ ANNEXE 3 : Entretiens avec des urgentistes et des anesthésistes-réanimateurs.

⁸⁰ Changement du mode de financement des établissements publics de santé avec la fin de la dotation globale en 2004.

Pour cela, la ministre de la Santé a confié à J. Le Menn une mission pour réfléchir à l'attractivité médicale à l'hôpital public. Après plusieurs mois de travail, les propositions et préconisations se font attendre et illustrent la difficulté du chantier qui attend l'hôpital public pour réussir à attirer de jeunes médecins en post-internat tout en les fidélisant sur du moyen terme. Au CHU de Clermont-Ferrand, une stratégie médicale territoriale est mise en œuvre pour réussir à fidéliser les jeunes internes à la fin de leur internat sur la région Auvergne avec la politique des assistants partagés⁸¹.

Cette analyse des revendications des praticiens pour une meilleure conciliation vie privée / vie professionnelle et une réduction du temps de travail posté accrédite la thèse du changement culturel au cours au sein de l'hôpital. Une certaine vision du métier de médecin est en train de disparaître pour être plus en phase avec les évolutions sociétales relatives au travail. Les directions des hôpitaux doivent alors être en mesure de rester attractif auprès des jeunes médecins dans un contexte budgétaire contraint qui réduit les marges de manœuvres des directeurs en matière de pilotage de la masse salariale.

⁸¹ La politique des assistants partagés consiste à proposer en post-internat des postes à temps partagés entre le CHU de Clermont-Ferrand et un centre hospitalier périphérique permettant aux jeunes médecins de conserver un lien avec le CHU tout en permettant à des centres hospitaliers peu attractifs de recruter des jeunes médecins. Tous les ans, près d'une quinzaine d'assistants spécialistes sont financés par l'ARS Auvergne sur ce modèle.

3 La mise en œuvre du référentiel urgentiste : un défi à relever pour les directions dans un contexte budgétaire sous tension

3.1 Un calendrier d'application du référentiel incertain

Le CHU de Clermont-Ferrand ainsi que l'ensemble des établissements publics de santé ne possèdent pas les ressources humaines médicales suffisantes pour mettre en œuvre la réforme, ce qui repousse le calendrier d'application.

Tout d'abord, l'instruction ministérielle du 10 juillet 2015 ne mentionne aucune date pour l'application du référentiel dans les établissements. La circulaire du 22 décembre 2014 prévoit uniquement la date du 1^{er} juillet 2015 pour la « *généralisation du décompte horaire du temps de travail dans toutes les structures d'urgences et/ou SAMU et/ou SMUR* »⁸². Comme évoqué précédemment, 90% des CHU⁸³ dont le CHU de Clermont-Ferrand sont organisés en temps continu (décompte horaire) et non plus en demi-journées. Concrètement cela signifie que les équipes médicales des services d'urgence à Clermont-Ferrand décomptent leur temps de travail par heures dans la limite des 48 heures de temps de travail hebdomadaires.

Le contexte local doit permettre à l'établissement de mettre en œuvre la réforme selon son propre calendrier et au regard de ses possibilités. En effet, le référentiel prévoit que les effectifs cibles soient calibrés à hauteur de 39 heures de travail clinique posté. Or aujourd'hui, les effectifs des services d'urgence sont déjà sous tension face au manque d'effectifs et au recours à l'intérim médical dans de nombreux établissements pour faire face au déficit du nombre de praticiens pour assurer la continuité du service. Au CHU de Clermont-Ferrand, le chef de pôle a fait une demande en ce sens, de pouvoir recourir à l'intérim pour assurer la tenue du tableau de garde la nuit puisqu'il ne dispose plus d'assez de praticiens disponibles la nuit. Cette demande a été validée par la gouvernance (le Directeur général et le Président de la CME). Ce recours à l'intérim face au manque de ressources humaines disponibles pour la fin de l'année 2015 étant déconnecté de la mise en œuvre du référentiel. Le constat est alors le suivant : l'instruction ministérielle prévoit le passage à 39 heures de temps de travail clinique posté pour chaque praticien, ce qui revient potentiellement à neutraliser 20% du temps de travail des urgentistes alors que les

⁸² Circulaire n° DGOS/2004/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgence-SAMU-SMUR

⁸³ Synthèse de l'enquête sur l'application de l'instruction ministérielle du 22 décembre 2014 relatif au temps de travail des urgentistes dans les Centres hospitaliers régionaux universitaires, Commission des Directeurs des affaires médicales de la Conférence des directeurs généraux de CHU

services d'urgence n'ont pas aujourd'hui la ressource humaine suffisante pour assurer le bon fonctionnement du service.

Face au risque majeur de désorganisation complète des services d'urgence avec une mise en œuvre précipitée de la réforme, la FHF, les Conférences de directeurs et de présidents de CME appellent à une mise en œuvre très progressive⁸⁴ de la réforme. Pour certains directeurs des affaires médicales ou représentants de la FHF⁸⁵, cette réforme est comparable à celle de la mise en œuvre des 35 heures pour le personnel non médical en 2002.

Il apparaît une opposition forte entre les organisations syndicales d'urgentistes qui souhaitent une application du référentiel urgentiste dès le mois de juillet 2015, date de parution de l'instruction ministérielle, et les représentants des directeurs d'hôpital qui demandent du temps pour ne pas désorganiser les services et les moyens pour mettre en œuvre la réforme aussi bien d'un point de vue financier qu'humain (disposer de la ressource médicale). A noter qu'au niveau local, les praticiens urgentistes ne sont pas tous demandeurs d'une application immédiate du référentiel et qu'ils ont bien conscience de la difficulté en termes d'organisation. La première réunion sur le sujet s'est déroulée le 18 septembre au CHU de Clermont-Ferrand, l'ordre du jour étant plutôt d'obtenir les ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement du service en 48 heures hebdomadaires que d'évoquer la mise en œuvre du référentiel, moins urgente selon eux.

3.2 L'évaluation des besoins humains nécessaires pour appliquer la réforme au CHU de Clermont-Ferrand

Malgré l'absence de date de mise en œuvre, la Direction des affaires médicales du CHU a rapidement chiffré le nombre de praticiens supplémentaires nécessaires pour atteindre les effectifs cibles tels que préconisés par l'instruction ministérielle (39 heures hebdomadaires de temps de travail clinique). A partir d'une méthodologie harmonisée à l'échelle de l'ensemble des CHU⁸⁶, qui permet d'obtenir une vision plutôt uniforme des besoins de médecins urgentistes pour l'ensemble des CHU, il a été effectué la démarche suivante :

⁸⁴ « *Préconisations de la conférence aux établissements publics de santé sur la mise en œuvre et l'évaluation du référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence.* » Conférence nationale des présidents des communautés médicales d'établissements de centre hospitaliers, juillet 2015

⁸⁵ ANNEXE 3 : Réunion FHF sur le temps de travail des urgentistes, 9 septembre 2015

⁸⁶ Synthèse de l'enquête sur l'application de l'instruction ministérielle du 22 décembre 2014 relatif au temps de travail des urgentistes dans les Centres hospitaliers régionaux universitaires, Commission des Directeurs des affaires médicales de la Conférence des directeurs généraux de CHU

1) La première étape consiste à évaluer l'effectif médical du pôle Urgences (SAMU – SMUR – Urgences)

Pour cela, il est nécessaire d'utiliser un indicateur unique pour pouvoir effectuer ensuite des comparaisons entre établissements. En effet, trois indicateurs⁸⁷ peuvent être utilisés lors de la description de l'effectif d'un service ou d'un pôle :

- L'effectif Equivalent Temps Plein Travaillé (ETPT) : il s'agit de l'effectif calculé en fonction de la quotité de temps passé par chaque agent dans le service. C'est-à-dire qu'un praticien à 80% correspond à 0,8 ETP. A noter la particularité des praticiens hospitalo-universitaires, qui exercent une activité universitaire en plus de leur activité hospitalière, qui sont comptabilisés comme 0,50 ETP dans les effectifs. L'ETPT du pôle Urgences pour l'année 2014 s'élève à 30,05 ETP.
- L'effectif Equivalent Temps Plein Rémunéré (ETPR) : cet indicateur permet d'intégrer les praticiens en congés maladie qui sont toujours rémunérés. Ce calcul s'effectue selon la quotité du temps de travail de chaque praticien mais également de la présence de l'agent sur l'année, ce qui permet de déterminer l'effectif moyen rémunéré (EMR) sur une année.
- L'effectif physique : il s'agit du nombre d'agents en fonction sans prendre en considération la quotité de temps de travail dans le service. Celui-ci s'élève à 35 urgentistes en 2014.

Dans le cadre de l'évaluation du temps de travail des urgentistes, l'indicateur retenu est l'effectif équivalent temps plein rémunéré (ETPR), ce qui donne pour l'année 2014 **un effectif moyen rémunéré de 30,84 ETP** tous statuts de praticiens confondus.

Une fois l'effectif médical moyen rémunéré, il est important de prendre en considération le nombre de postes vacants à l'instant « t ». Un service peut avoir à un moment donné un poste vacant, celui-ci étant en cours de recrutement lors du départ du praticien. Dans le cadre du chiffrage du besoin d'ETP supplémentaire pour assurer un passage de 48 heures hebdomadaires à 39 heures hebdomadaires de temps de travail clinique posté il est important d'intégrer ces postes vacants qui sont susceptibles d'être pourvus. Au CHU de Clermont-Ferrand, il n'y avait aucun poste vacant dans le pôle Urgences au 31 décembre 2014. De plus, il n'y a aucune ressource externe au pôle (mise à disposition) affectée au fonctionnement des urgences. En effet, dans certains

⁸⁷ Instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics.

établissements publics de santé comme par exemple le CHU de Nantes⁸⁸, des praticiens d'autres spécialités médicales et d'autres pôles prennent part au tableau de garde des urgences adultes.

2) La seconde étape vise à chiffrer le temps de travail additionnel réalisé par les médecins urgentistes pour évaluer le temps clinique posté annuel

Pour ce faire, il convient d'analyser le nombre de plages de temps de travail additionnel payées aux praticiens sur l'année étudiée (2013 ou 2014). Une plage de temps de travail additionnel correspond à une demi-journée de temps de travail, à titre d'exemple, une journée de 24 heures équivaut à 4 plages de temps de travail additionnel. Pour réaliser ce calcul du temps de travail additionnel, il faut s'assurer que le praticien a bien réalisé ses obligations de service puis ensuite calculer le nombre d'heures supplémentaires réalisées par le praticien sur l'année.

Les obligations de service d'un praticien hospitalier sont de 10 demi-journées hebdomadaires dans la limite des 48 heures, celles d'un hospitalo-universitaire de 11 demi-journées. Dans le cas d'un service d'urgence en décompte horaire, il n'y a plus de notion de demi-journées, chaque praticien doit réaliser 48 heures de temps de travail hebdomadaire. Il est donc possible d'évaluer le nombre d'heures à réaliser par an pour un praticien. Un praticien hospitalier travaille 207 jours par an (365 jours – 104 jours de week-ends (ou repos hebdomadaire) – 25 jours de congés payés – 19 jours de RTT⁸⁹ – 10 jours fériés). Il convient alors de convertir ce nombre de jours de travail en heures. Un praticien travaillant 48 heures par semaine sur 5 jours, cela revient à 9,6 heures par jour. En multipliant ce chiffre par les 207 jours de travail annuel, on atteint le volume horaire de 1987 heures de travail par an pour remplir les obligations de service. Toutes les heures réalisées au-delà des 1987 heures annuelles sont alors rémunérées en temps de travail additionnel. Pour l'année 2013 au sein du service d'accueil des urgences du CHU de Clermont-Ferrand le nombre d'heures additionnelles a représenté 3 501 heures, soit 350,1 périodes⁹⁰ de TTA (ou 700 plages de TTA).

Dans le cadre de l'évaluation du besoin en temps clinique posté, il est possible de convertir ce nombre d'heures en nombre d'ETP. Cela représente 1,76 ETP supplémentaire⁹¹ nécessaire pour assurer l'activité clinique du service en plus des ETP en place réalisant leurs 48 heures de temps de travail hebdomadaires.

⁸⁸ ANNEXE 3 : Séminaire FHF du 9 septembre 2015

⁸⁹ 19 jours de RTT pour les PH.

⁹⁰ L'arrêté du 8 novembre 2013 et la circulaire d'application prévoit qu'une période de TTA correspond à deux demi-journées, alors qu'une plage de TTA correspond à 1 demi-journée.

⁹¹ Détail du calcul : (3501 heures / 1987 heures) = 1,7

3) Une fois ces éléments arrêtés, il est nécessaire de procéder à plusieurs calculs pour envisager une limitation du temps clinique posté à 39 heures

- Evaluation du besoin en temps clinique posté nécessaire à partir de l'organisation médicale mise en place. Pour cela, il faut partir de la maquette d'organisation du chef de service qui décrit le nombre de médecins affecté dans chaque secteur⁹², en prenant en compte les périodes de gardes et les horaires des périodes travaillées. Cette maquette d'organisation permet de calculer le nombre total d'heures nécessaires sur l'année pour assurer l'activité du service. En l'occurrence, il faut 1244 heures par semaine pour que le service des urgences puisse assurer le temps de travail clinique posté nécessaire au bon fonctionnement du service. Cela représente 64 688 heures⁹³ par an dans l'hypothèse où ce fonctionnement est conservé toute l'année de manière identique.
- Une fois ce montant connu, il s'agit de le diviser par le nombre d'heures annuelles travaillées par ETP. Avec un passage à 39 heures de temps d'activité clinique, le nombre d'heures annuelles travaillées est de 1625 heures⁹⁴. Pour pouvoir assurer le fonctionnement du service en 39 heures, il faut donc 39,8 ETP⁹⁵ dans le service d'urgence – SAMU – SMUR.
- Pour connaître les besoins d'effectifs supplémentaires, il faut donc considérer le nombre d'ETP nécessaire pour assurer la continuité du service en temps de travail clinique avec un passage en 39 heures en rapport avec le nombre d'ETP actuellement disponible (EMR 2014 + ressources externes + postes vacants + TTA 2013)⁹⁶. Il convient de signaler que l'effectif moyen rémunéré en 2014 comprend le temps de travail non clinique réalisé par les praticiens (enseignement, recherche, formation, congrès) qui est intégré dans le temps de travail, les 48 heures de temps de travail hebdomadaires plus le temps de travail additionnel. Ce temps de travail non posté a été chiffré par le chef de pôle pour l'année 2014 à 3296,9 heures soit 1,66 ETP⁹⁷. Il faut donc retrancher à l'EMR pour 2014, 1,66 ETP qui correspond au temps de travail non clinique pour connaître

⁹² Annexe 2 : maquette d'organisation de l'activité médicale aux urgences

⁹³ Ce chiffre confirme l'effectif moyen rémunéré (EMR) présenté ci-dessus. Puisque $64\ 688 / 1987 = 32,55$. Cela signifie qu'il faut 32,55 ETP pour assurer le fonctionnement quotidien du service avec 48 heures d'activité clinique. A ces 32,55 ETP, il faut soustraire l'équivalent du TTA en ETP (- 1,76), ce qui fait 30,8 ETP.

⁹⁴ Obligations de service annuelles sur la base d'un temps de travail en 39 heures. Détail du calcul : $(39/5 = 7,8$ heures par jour ; $7,8 * 208,3 := 1625$.

⁹⁵ Détail du calcul : $64\ 688$ heures annuelles / 1625 heures = 39,8

⁹⁶ Formule de calcul arrêté par la Conférence des DAM de CHU

⁹⁷ Détail du calcul : $3296,9$ heures / 1987 heures = 1,66 ETP

réellement les effectifs affectés au temps de travail clinique. Le nombre d'ETP théorique disponible est alors égal à [(EMR – Temps non posté) + postes vacants + ressources externes + TTA]⁹⁸.

Ce calcul permet d'aboutir au besoin de **8,86 ETP**⁹⁹ en plus des effectifs actuels pour pouvoir mettre en œuvre le référentiel sur le temps de travail des urgentistes. Ce chiffre correspond à 29% d'urgentistes nécessaires en plus que les effectifs actuels. Il convient de noter que la médiane de l'effectif médical nécessaire complémentaire se situe à près de 6,7 ETP¹⁰⁰ pour les CHU. Il est intéressant de souligner que les CHU ne fonctionnent pas en vase clos avec des calculs internes d'effectifs nécessaires mais qu'il existe un fort échange et partage entre établissements publics de santé pour obtenir une vision cohérente au niveau national. Dans un contexte d'oppositions fortes entre les directions hospitalières et les organisations syndicales, des positions communes et des méthodologies harmonisées apparaissent essentielles dans le débat. Ce travail d'unité et de cohérence entre établissements publics se retrouve à l'échelle régionale, puisque dans la région Auvergne, les six principaux établissements publics de santé¹⁰¹ se regroupent régulièrement au sein d'une instance dénommée le « G6 », qui arrête des positions communes pour l'ensemble de la région.

3.3 Le coût financier de ces recrutements dans un contexte budgétaire contraint

Une fois la détermination du nombre d'ETP nécessaire pour mettre en œuvre la réforme en atteignant les effectifs-cibles en 39 heures hebdomadaires, il est important d'obtenir un chiffrage financier de ce surcoût sur la masse salariale. Une nouvelle fois la méthode arrêtée au CHU de Clermont-Ferrand est la même que dans l'ensemble des autres CHU et consiste à évaluer ce surcoût selon deux méthodologies. En effet, il est impossible d'estimer précisément ce coût d'ETP supplémentaires puisqu'il n'est pas possible de connaître le statut¹⁰² et l'échelon de recrutement de ces futurs médecins urgentistes. Voici les deux méthodes arrêtées :

⁹⁸ Détail du calcul : (30,84-1,66) + 0 + 0 + 1,76 = 30,94 ETP.

⁹⁹ Détail du calcul : évaluation du besoin en temps clinique posté – nombre d'ETP actuellement disponible = 39,8 ETP – 30,94 ETP = 8,86 ETP

¹⁰⁰ Synthèse de l'enquête sur l'application de l'instruction ministérielle du 22 décembre 2014 relatif au temps de travail des urgentistes dans les Centres hospitaliers régionaux universitaires, Commission des Directeurs des affaires médicales de la Conférence des directeurs généraux de CHU

¹⁰¹ CHU de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), CH de Vichy (Allier), CH de Moulins (Allier), CH de Montluçon (Allier), le CH du Puy (Haute-Loire) et CH d'Aurillac (Cantal).

¹⁰² Diversité des statuts médicaux au sein d'un CHU

- La première hypothèse consiste à considérer que l'ensemble des nouveaux recrutements soit des praticiens hospitaliers. Pour cela, le coût d'un praticien hospitalier temps plein chargé est de 128 400 euros par an¹⁰³ selon la DGOS. En retenant cette hypothèse de recrutement, le surcoût pour le CHU de Clermont-Ferrand serait alors de **1 137 624 euros**.
- La seconde hypothèse retenue vise à diversifier les statuts de médecins recrutés avec un tiers des nouveaux recrutés soit des PH, qu'un tiers soit des praticiens contractuels et qu'un tiers soit des assistants spécialistes. Les coûts moyens pour des praticiens contractuels (86 000 euros chargés pour un praticien contractuel au 4^{ème} échelon + 10%) et pour les assistants spécialistes (56 000 euros chargés) étant bien inférieurs au coût d'un PH, le surcoût pour l'établissement serait alors de **797 680 euros**.
- A noter qu'une troisième hypothèse pourrait être ajoutée dans le chiffrage de la réforme consistant à dire que tant que les ressources médicales disponibles ne permettent pas d'assurer le passage à 39 heures d'activité clinique pour chaque urgentiste, il faut payer du temps de travail additionnel dès la 40^{ème} heure pour les praticiens qui réalisent actuellement 48 heures hebdomadaires ou plus. Abaisser le seuil du déclenchement du temps supplémentaire ne réglerait en aucun cas la problématique de l'amélioration des conditions de travail des praticiens mais constituerait une sur-rémunération pour compenser la pénibilité. En considérant que chaque période de TTA de jour (deux plages de 5 heures) est rémunéré 317,55 euros pour les praticiens hospitaliers¹⁰⁴, on estime que chaque semaine une période supplémentaire (de la 39^{ème} à la 48^{ème}) est rémunérée en temps de travail additionnel aux praticiens. Cela représenterait **un surcoût de 733 317 euros**¹⁰⁵ pour la masse salariale du CHU de Clermont-Ferrand. A noter que cette hypothèse reste irréaliste car comme le prévoit la directive de l'Union européenne de 2003 le temps de travail additionnel doit rester volontaire, et que le paiement du TTA dès la 40^{ème} heure représenterait une rupture d'égalité forte avec les autres spécialités médicales, l'unicité du statut de PH de 1984 serait alors gravement mis en danger.

¹⁰³ Circulaire n° DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013 relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général

¹⁰⁴ Article 13 de 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.

¹⁰⁵ Détail du calcul : Période de TTA * charges * nombre de semaines * ETPR = 317,55*1,44*52*30,84 = 733,317 euros

Ces surcoûts liés à de nouveaux recrutements pour assurer le passage à 39 heures hebdomadaires d'activité clinique par médecin urgentiste s'inscrivent dans un contexte budgétaire et financier contraint pour les établissements publics de santé.

En effet, les établissements publics de santé font face à des difficultés budgétaires conjoncturelles puisque le gouvernement souhaite atteindre 10 milliards d'euros d'économies sur les dépenses d'assurance maladie¹⁰⁶ pour la période 2015-2017. Il a été décidé d'en faire supporter la charge par les hôpitaux publics à hauteur de 3 milliards d'euros sur les trois ans. Chaque établissement public de santé doit alors être en mesure de réaliser des économies à partir d'objectifs cibles de progression des dépenses exigés par les agences régionales de santé auprès de chaque hôpital. Ces économies pèseront alors en partie sur le premier poste de dépenses des hôpitaux (2/3 des dépenses d'un hôpital), les dépenses de personnel (dépenses de titre 1).

Au CHU de Clermont-Ferrand, les dépenses de titre 1 du personnel médical représentent en 2014 plus de 83 millions d'euros, soit près de 15% du total des dépenses¹⁰⁷ avec un taux d'évolution de ces dépenses supérieur à 3% entre 2013 et 2014. Malgré des efforts de maîtrise de la masse salariale, l'autorité de tutelle (l'Agence Régionale de Santé) souhaite que les établissements s'engagent sur les exercices budgétaires 2015, 2016 et 2017 sur des progressions d'évolution du titre 1 beaucoup plus faibles. Dans le cadre du plan ONDAM, l'ARS Auvergne a déterminé une cible régionale du taux d'évolution de la masse salariale fixée à 1,83% d'évolution pour 2015 (cible nationale du taux d'évolution de 1,66%). La progression des dépenses de titre 1 pour le personnel médical au CHU de Clermont-Ferrand n'est pas le résultat d'une politique institutionnelle volontariste de création de postes supplémentaires dans les services mais pour 92%¹⁰⁸ de l'augmentation il s'agit de mesures réglementaires nationales et de l'effet GVT¹⁰⁹ qui s'imposent à l'établissement.

Les cibles nationales du plan ONDAM pour les exercices 2016 et 2017 d'évolution de la masse salariale étant de + 1,46% pour 2016 et + 1,38% pour 2017, il apparaît impossible de créer de nouveaux postes puisqu'à effectif constant, les mesures catégorielles entraînent une dépense de l'ordre de la cible nationale. Le recrutement de médecins urgentistes supplémentaires pour atteindre les effectifs cibles pour un passage

¹⁰⁶ Site Gouvernement.fr : <http://www.gouvernement.fr/affiche/185-20140416-10-milliards-d-euros-d-economies-sur-les-depenses-de-l-assurance-maladie>

¹⁰⁷ Compte financier budget principal pour l'exercice 2014, dépenses du compte de résultat principal (classe 6).

¹⁰⁸ Document de travail – Direction des affaires médicales – Données Plan Triennal ONDAM 2015-2017 – Masse salariale du personnel médical

¹⁰⁹ Glissement vieillesse technicité : avancement d'échelon automatique.

en 39h de travail clinique posté hebdomadaires apparaît impossible dans la situation budgétaire actuelle des établissements qui voient leur masse salariale contrainte par le plan ONDAM. En recrutant 8,86 ETP de praticien hospitalier supplémentaire (scénario 1) pour un montant de 1,1 millions d'euros, la progression des dépenses du titre 1 serait automatiquement de 1,3% au CHU de Clermont-Ferrand, ce qui signifierait un blocage de tous les avancements et la non application de toutes les réformes en cours (temps de travail des internes, étudiants sages-femmes, etc.).

L'absence d'accompagnement budgétaire de la réforme est une des critiques majeures de la part des établissements auprès du ministère, les organisations représentatives des directeurs d'hôpitaux parlant « *d'injonctions paradoxales* »¹¹⁰ de la part du gouvernement (maîtrise de la masse salariale mais recrutement de médecins urgentistes supplémentaires).

3.4 Une forte incidence organisationnelle : la réflexion sur les maquettes d'organisation de l'activité

Malgré les difficultés financières auxquelles font face l'ensemble des établissements publics de santé (empêchant un recrutement médical massif), le CHU de Clermont-Ferrand a décidé d'engager une réflexion avec le pôle Urgences pour réfléchir aux modalités de mise en œuvre pratique de cette réforme. Publiée le 10 juillet 2015, l'instruction ministérielle ne prévoit pas de date d'entrée en vigueur mais les établissements souhaitent rapidement échanger avec la communauté médicale afin d'envisager collectivement une démarche à suivre pour appliquer la réforme.

Tout d'abord, il ressort des premières réunions réalisées en septembre 2015 avec le chef de pôle Urgences et deux responsables d'unités fonctionnelles du service que la mise en place n'est pas une revendication immédiate de la part de l'ensemble des urgentistes. En effet, comme dans la plupart des établissements publics de santé¹¹¹, les médecins urgentistes ne sont pas demandeurs d'une application rapide de la réforme, ces derniers ne souhaitant pas une désorganisation de leur service afin de mettre en place à tout prix les 39 heures de travail clinique posté plus le forfait de temps non posté.

¹¹⁰ VALLETOUX F., président de la FHF dans « *Economies à l'hôpital, accords tarifaires imposés, attractivité : la rentrée désenchantée de la FHF* » Le quotidien du médecin.fr http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/09/08/economies-lhopital-accords-tarifaires-imposes-attractivite-la-rentree-desenchantee-de-la-fhf_768821

¹¹¹ ANNEXE 3 : Réunion « *Journée thématique gestion du temps de travail* », Conférence des Directeurs d'affaires médicales de CHU, jeudi 1^{er} octobre.

Les urgentistes ont plutôt des revendications d'amélioration de leurs conditions de travail de manière rapide avec des effectifs suffisants sans pour autant envisager rapidement un passage aux 39 heures de temps d'activité clinique lissées sur le quadrimestre. En moyenne sur l'année 2014, les praticiens du CHU de Clermont-Ferrand réalisent des semaines de travail de 55 heures en incluant le temps de travail non posté (formation, recherche, enseignement)¹¹². Les revendications des urgentistes concernent plutôt le besoin de ressources nouvelles pour maintenir les effectifs au niveau actuel. En effet, les départs de praticiens du service vers d'autres activités en raison de la difficulté et de la pénibilité du métier inquiètent fortement le chef de service qui ne voit plus comment assurer le fonctionnement du service et les tableaux de garde avec une baisse du nombre d'ETP. Les praticiens ne sont donc pas demandeurs d'un passage aux 39 heures de temps clinique posté mais plutôt du renforcement des équipes en place pour assurer la continuité du service en 48 heures de temps de travail clinique posté.

Cette situation n'est pas propre au CHU de Clermont-Ferrand, il apparaît que dans la grande majorité des établissements les urgentistes ne se sont pas mobilisés pour demander l'application de la réforme dès la parution de l'instruction. Il s'agit plutôt d'améliorer l'organisation et les fonctionnements des services d'urgence en atteignant les effectifs cibles pour assurer un temps de travail clinique posté dans la limite des 48 heures hebdomadaires. En effet, assurer l'organisation cible prévue par les maquettes d'organisation du temps de travail clinique posté apparaît comme la préoccupation majeure des praticiens qui ne sont pas forcément en phase avec les négociations des organisations syndicales.

Dans la méthodologie commune adoptée entre la DAM et le chef de pôle urgences¹¹³, le premier travail consiste à réfléchir sur les maquettes d'organisation des services d'urgences avec un passage en 39 heures hebdomadaires. Pour l'instant en ce qui concerne le temps de travail clinique posté, les besoins sont connus pour assurer la continuité du service, il suffirait d'adapter le nombre d'ETP selon le nombre d'heures annuelles exercées par les praticiens pour atteindre les effectifs cibles à 39 heures hebdomadaires. En ce qui concerne le temps de travail non posté, un travail de définition et de formalisation est nécessaire.

En effet, une fois les effectifs cibles atteints et un passage en 39 heures de temps de travail clinique posté, cela ne signifie pas que le praticien a rempli ses obligations de

¹¹² D'après le chef de pôle, le temps de travail non posté représente en moyenne 7 heures de travail par semaine.

¹¹³ Cf. ANNEXE 1 : Proposition de méthodologie de mise en œuvre de la réforme au CHU de Clermont-Ferrand

service et qu'il peut être payé. Le service fait est effectif quand le praticien a réalisé ses 39 heures de temps posté et lorsqu'il a rempli les objectifs fixés dans le contrat signé avec le responsable de service. Le premier travail engagé au CHU consiste à définir ces missions qui seront contractualisées. La première liste établie avec le chef du pôle Urgences est la suivante :

- Temps de recherche clinique
- Temps de formation (DESC¹¹⁴ d'urgence, DU/DIU, Congrès)
- Vie du service/ vie institutionnelle (gestion des procédures, APP, RMM).

La crainte du responsable du service des urgences est l'hétérogénéité d'implication et de réalisation de ce temps de travail non posté par les praticiens. En effet, plusieurs médecins ont fait savoir qu'ils n'étaient pas favorables à se voir imposer du temps de travail non posté, ces derniers ne souhaitant pas s'investir dans d'autres champs que l'activité clinique posté. Ces éléments soulèvent également la question des modalités d'évaluation de ce temps de travail non posté.

Ce travail sur les maquettes d'organisation consiste principalement à définir précisément le temps réalisé par chaque praticien entre le temps de travail clinique posté et le reste afin de partir de l'existant pour construire les nouvelles maquettes. A noter que les maquettes d'organisation des activités médicales ne sont pas des outils très développés au sein des établissements¹¹⁵, la réforme du temps de travail des urgentistes étant une opportunité pour les équipes d'urgence et les directions de réfléchir sur les organisations (temps de présence médicale, temps de garde, temps d'astreinte) dans les services d'urgence ainsi que l'articulation et la synchronisation du temps avec les équipes paramédicales qui sont essentielles au bon fonctionnement d'un service d'urgence¹¹⁶. En effet, il existe certaines particularités aux urgences comme une infirmière d'orientation et d'accueil (IOA) qui assure un rôle de filtre lors de l'arrivée des patients afin de mieux les orienter selon la gravité de la pathologie au sein du service. Ensuite, au CHU de Clermont-Ferrand, une cellule de régulation des lits a été mise en place afin de faciliter la tâche des médecins urgentistes dans l'orientation en aval des urgences des patients vers les services spécialisés de médecine et de chirurgie. Il s'agit alors de ne pas désorganiser les fonctionnements en place avec les équipes paramédicales lors de la réflexion sur la maquette d'organisation du service.

¹¹⁴ Diplôme d'étude supérieure complémentaire

¹¹⁵ ANNEXE 3 : Séminaire « *Journée thématique gestion du temps de travail* », Commission des Directeurs d'affaires médicales de CHU, jeudi 1^{er} octobre.

¹¹⁶ AGENCE NATIONALE d'APPUI A LA PERFORMANCE, « *Synchronisation des temps médicaux et paramédicaux* », 2014

Toutefois, il semble qu'au niveau des urgentistes un principe de réalité semble s'imposer pour ne pas désorganiser les services et attendre que les effectifs soient suffisants pour mettre en œuvre la réforme.

3.5 Le risque de dumping entre établissements publics pour faire face au manque de ressources humaines

Comme évoqué précédemment, la réforme du temps de travail des urgentistes conduit obligatoirement à des recrutements de personnels médicaux, son application ne pouvant consister à du paiement en temps de travail additionnel entre 39 et 48 heures sur du temps de travail clinique posté. En effet, la réforme s'entend bien avec l'atteinte des effectifs cibles à 39 heures : « *le besoin en temps clinique posté issu des maquettes d'organisation des activités médicales permet en particulier de définir (...) l'effectif médical cible à l'échelle des structures de médecine d'urgence de l'établissement et du territoire* »¹¹⁷. Il n'est pas envisageable de mettre en œuvre la réforme seulement pour laisser les organisations et les effectifs en l'état et de payer du temps de travail additionnel entre la 39^{ème} heure et la 48^{ème} heure de temps de travail clinique posté. Cela reviendrait à dire que pour compenser la pénibilité du métier d'urgentistes, les « *heures supplémentaires* » sont déclenchées plus tôt ce qui reviendrait à un sur-salaire. Cela aurait pour conséquence une division encore plus forte de la communauté médicale et du statut unique de praticien hospitalier¹¹⁸. C'est pourquoi, la position des directeurs d'hôpitaux est de prendre le temps pour mettre en œuvre la réforme afin d'atteindre les effectifs cibles progressivement et que l'objectif soit réellement l'amélioration des conditions de travail des praticiens en leur permettant de consacrer une partie de leur temps de travail à du temps non posté.

L'atteinte des effectifs-cibles de manière immédiate nécessiterait un recrutement de plusieurs médecins urgentistes par établissements, ressource médicale non disponible. La réforme risque d'accentuer le phénomène puisque les CHU devant passer en temps continu à partir du 1^{er} juillet 2015 (AP-HP, CHU Toulouse, CHU de Nîmes) vont avoir des besoins de recrutements supplémentaires pour assurer cette nouvelle organisation. Par exemple l'AP-HP a prévu la généralisation du temps continu pour le 1^{er} janvier 2016 en chiffrant les effectifs supplémentaires à « *3,8 ETP pour 10 000 passages adultes et 3 ETP pour 10 000 passages enfants* »¹¹⁹. Ce besoin de ressource médicale supplémentaire va

¹¹⁷ Instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence

¹¹⁸ Statut de praticien hospitalier qui date de 1984

¹¹⁹ « *Temps de travail des urgentistes : SAMU-Urgences de France s'inquiète de l'application du référentiel à l'AP-HP*, Dépêche AMP du 21 septembre 2015

entraîner le recrutement de médecins urgentistes travaillant actuellement dans des hôpitaux périphériques de la région parisienne, au détriment des services d'urgence dans des territoires plus reculés.

Ce risque d'appel d'air de la part des CHU est également une crainte sur le reste du territoire national puisque le besoin d'urgentistes lié au passage à 39 heures cliniques a été chiffré à 277 ETP pour les CHU¹²⁰ alors qu'il existe déjà près d'une centaine de postes vacants dans les seuls CHU. Le CHU de Clermont-Ferrand en proposant du temps de travail non posté de qualité avec de la recherche clinique, du temps collectif pourrait alors devenir plus attractif pour les urgentistes que l'exercice du métier dans des centres hospitaliers où le temps non posté pourrait être moins consistant. A contrario, le dumping entre établissements pourrait également s'opérer dans l'autre sens, du CHU vers des centres hospitaliers périphériques si ces derniers mettent en œuvre la réforme plus rapidement. En passant à 39 heures de temps de travail clinique posté rapidement, cela pourrait devenir un argument de recrutement pour des centres hospitaliers qui ne parviennent plus à attirer d'urgentistes.

Face à ces risques de dumping entre établissements, le CHU de Clermont-Ferrand a réuni l'ensemble des directeurs médicaux de la région Auvergne¹²¹ afin d'adopter une position commune consistant à attendre pour une mise en œuvre de la réforme dans la région et à proposer une voie identique face aux revendications d'urgentistes. Cette position commune est nécessaire face au manque d'urgentistes sur la région et pour continuer à mener une politique équilibrée de répartition de la ressource médicale. En effet, le CHU forme tous les ans une dizaine de médecins urgentistes au DESC de médecine d'urgence, ce qui ne peut en aucun cas suffire à combler les besoins en cas de mise en œuvre de la réforme. La création d'un DES d'urgence avec la réforme du 3^{ème} cycle¹²² laisse entrevoir une augmentation du nombre de médecins formés. Mais comme la réorganisation territoriale des services d'urgence¹²³, cette réforme des parcours de formation s'étale sur plusieurs années, ce qui nécessitera du temps pour mettre en œuvre la réforme du temps de travail médical. Ces réformes devant être menées de concert pour ne pas déstabiliser les organisations de service en place et la répartition territoriale de la ressource médicale.

¹²⁰ DREXLER A, DENIEL P., *Référentiel urgences. Quels impacts sur le temps de travail médical ?*, Revue Hospitalière de France, Juillet-Août 2015

¹²¹ Dans le cadre d'une instance intitulée le G6, entre les six principaux établissements de la région.

¹²² Réforme du 3^{ème} cycle en cours au niveau national qui entrera en vigueur en 2017, volonté des syndicats d'urgentistes d'obtenir le DES de médecine d'urgence dès 2016.

¹²³ Cf. *supra*.

3.6 La nécessaire réorganisation territoriale pour accompagner la réforme du temps de travail médical

Comme le précise l'instruction ministérielle prévoyant la mise en place du référentiel urgentiste afin d'améliorer les conditions de travail des praticiens et l'attractivité de la profession d'urgentiste, il s'agit d'une réforme globale qui ne peut s'appliquer sans une réflexion sur l'organisation territoriale des services d'urgence : « *Les objectifs de ces deux démarches sont fortement complémentaires et leur mise en œuvre doit s'envisager de manière coordonnée. Elles sont fondatrices, à l'échelle de l'établissement comme du territoire, d'une nouvelle approche de l'organisation des structures de médecine d'urgence, garantissant à la population l'accès aux soins urgents, optimisant l'utilisation des ressources humaines médicales disponibles et créant les conditions d'un exercice professionnel soutenable pour les professionnels de l'urgence*¹²⁴. Ce passage de l'instruction ministérielle illustre la compréhension gouvernementale de l'impossibilité d'appliquer la réforme du temps de travail des urgentistes avec la ressource médicale actuelle et qu'une réorganisation territoriale entraînera une autre répartition des urgentistes dans les établissements publics de santé permettant le passage à 39 heures hebdomadaires de temps de travail clinique posté.

Le rapport publié en juillet 2014 par le Dr J.Y. Grall¹²⁵ établit des préconisations pour revoir l'organisation territoriale des urgences en proposant de supprimer certains services d'urgence à très faible activité et de revoir l'organisation de la permanence des soins en ambulatoire. Le rapport propose : « *d'éviter la présence de médecins lors de période de faibles activités ou sur des structures à faible activité globale* »¹²⁶. Selon le rapport, les services d'urgences qui ont une activité globale inférieure à 8000 à 10000 passages par an pourraient être fermés et remplacés par des centres de consultations médicales sans rendez-vous et sans médecins urgentistes. Ces préconisations visent à réduire le nombre de structures d'urgence sans pour autant détériorer la qualité de la prise en charge des patients mais en recentrant les médecins urgentistes sur de la vraie urgence vitale et en orientant les patients sans urgence grave vers des maisons médicales de garde et les médecins libéraux et non vers l'hôpital.

Ces propositions ont entraîné une levée de boucliers de la part de l'opinion publique et de nombreux élus locaux qui s'opposent farouchement à toute fermeture des services d'urgence dans les territoires défavorisés et reculés. En effet, le chiffre de 67 services

¹²⁴ Instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence

¹²⁵ GRALL J.Y., *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence*, Juillet 2015

¹²⁶ *Ibid.*

d'urgence menacés de fermeture¹²⁷ a été avancé par la presse ce qui a inquiété de nombreux élus locaux dans des régions sous tension. La fermeture du service d'urgence de Valognes en Basse-Normandie pendant l'été 2015 illustre bien l'opposition de la population locale et des élus à toute fermeture d'un service public de proximité que représentent les urgences.

Dans ce contexte, la Fédération Hospitalière de France et les Conférences de directeurs et de présidents de CME ont écrit une lettre de la ministre en date du 25 septembre 2015 expliquant l'impossibilité de la mise en œuvre de la réforme : « *Pour la communauté hospitalière, en dehors de toute réorganisation territoriale, la mise en œuvre immédiate du référentiel sur le temps de travail ne pourra que détériorer plus encore les conditions d'exercice des médecins urgentistes*¹²⁸ ». Cette opposition de la part des dirigeants hospitaliers, médecins compris, s'illustrent par le dépôt d'un recours à titre conservatoire contre l'instruction ministérielle qui attise à nouveau l'opposition entre directeurs d'hôpitaux et l'AMUF¹²⁹.

Au-delà de ce conflit qui oppose urgentistes et directions, les hôpitaux se retrouvent alors dans une contradiction dans laquelle ils attendent une réorganisation territoriale pour pouvoir mettre en œuvre la réforme du temps de travail et améliorer les conditions de travail des urgentistes. Néanmoins, les calendriers semblent difficilement coordonnables quand on imagine la difficulté pour l'ARS de fermer un service d'urgence. Les premières réunions ont débuté dans les territoires au sein des CRTU¹³⁰ sous l'égide de l'ARS pour réfléchir à cette nouvelle organisation territoriale, des évolutions concrètes prendront sûrement plusieurs mois à arriver.

C'est pourquoi, face à la révolution en cours sur le temps de travail médical avec une structuration de l'activité médicale autour du temps d'activité clinique et du temps non clinique, il est nécessaire que les directeurs d'hôpital proposent des solutions pour améliorer l'attractivité des praticiens hospitaliers malgré les contraintes démographiques et financières. Pour cela, la création d'équipes médicales de territoire dans les futurs groupements hospitaliers de territoire qui deviendront obligatoire à partir du 1^{er} juillet 2016

¹²⁷ « Urgences : la liste des 67 services menacés de fermeture », Pourquoi docteur ? Comprendre pour agir. J. Prioux, 31 août 2015

¹²⁸ Lettre de la FHF, des Conférences des directeurs et des Conférences des présidents de CME à la Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes sur le temps de travail des urgentistes, 25 septembre 2015

¹²⁹ Communiqué de presse de l'AMUF dénonçant l'agression de la FHF envers les urgentistes et les PH, <http://www.amuf.fr/>, 25 septembre 2015

¹³⁰ Comité technique régional des urgences composé de représentants des conférences de directeurs et de présidents de CME désignés par la FHF ainsi que des représentants des deux organisations les plus représentatives au plan national exerçant dans les structures d'urgence hospitalières.

(article 27 de la nouvelle loi de santé) constitue des moyens de réorganisation des activités médicales à l'échelle du territoire en prenant en compte les nouvelles aspirations d'organisation de l'activité médicale.

Conclusion

La généralisation du décompte horaire dans les services d'urgence-SAMU-SMUR et la réduction du temps de travail clinique posté des urgentistes à 39 heures hebdomadaires constituent une évolution majeure autant pour les médecins hospitaliers que pour les directions en charge de la gestion et de l'organisation du temps médical dans les hôpitaux publics.

Cette réforme apparaît comme un progrès social pour les organisations syndicales ayant négocié l'accord avec la ministre des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des femmes qui était indispensable à l'amélioration des conditions de travail des urgentistes afin de créer de nouvelles vocations pour les jeunes médecins qui ne veulent plus travailler 60 heures par semaine dans des conditions difficiles assorties d'une réelle pénibilité physique (travail de nuit lié à la permanence des soins).

Néanmoins, il s'agit également d'un changement de paradigme s'inscrivant dans une transformation plus globale, à l'échelle de la société, où les individus aspirent à une meilleure répartition entre leur temps de travail et leur vie personnelle.

Le défi est alors double pour la direction d'un hôpital. Le premier consiste à mettre en œuvre la réforme avec une ressource non disponible et une contrainte financière de la part des autorités de tutelle forte. Pour cela, la négociation et la bonne entente entre le responsable du service des urgences et la direction permet une mise en place progressive et en bonne intelligence de la réforme. Un abaissement régulier sur plusieurs années du temps de travail clinique posté pour atteindre les 39 heures, une fois les effectifs cibles atteints, paraît une solution équilibrée garantissant une baisse du temps clinique posté au regard des ressources disponibles sans pour autant faire du dumping entre établissements mais en comptant sur les sorties de filières de DESC et bientôt de DES d'urgence qui augmenteront chaque année. En structurant des activités non cliniques gage de reconnaissance et d'investissement pour les praticiens, cela permettra de fidéliser les urgentistes et d'éviter un turn-over qui déstructure et démotive les équipes. Le second challenge pour la direction va être de faire face à des demandes similaires pour de nombreuses autres spécialités au sein de l'hôpital qui participent activement à la permanence des soins (anesthésistes-réanimateurs, gynécologues, pédiatres, chirurgiens) qui vont souhaiter bénéficier d'un temps dégagé du temps passé auprès des malades pour réaliser d'autres activités valorisantes (enseignement, recherche). La direction va devoir progressivement intégrer ces nouvelles attentes dans les organisations et les maquettes d'activités médicales.

Dans un contexte de déficit d'attractivité de l'hôpital public où les praticiens deviennent particulièrement attentifs à leurs conditions de travail, ce n'est plus l'argument financier qui permet d'attirer de jeunes médecins. Au-delà de la qualité de l'activité de soins, l'attractivité de l'hôpital se fera désormais sur la capacité à proposer une meilleure conciliation vie privée / vie professionnelle et une reconnaissance du travail de chaque praticien. Pour cela, certaines initiatives peuvent être prises, comme par exemple une plus grande participation de l'ensemble des praticiens de l'établissement au tableau de garde de l'accueil des urgences la nuit afin de ne pas faire reposer les gardes sur les mêmes spécialités (un médecin non-urgentiste de par sa formation est capable d'accompagner un médecin urgentiste à l'accueil des urgences la nuit). Cela garantirait un plus grand turn-over et une meilleure répartition de la permanence des soins sur les praticiens. Concernant les activités non cliniques, la direction ne doit pas hésiter à investir le champ des pratiques déjà existantes en la matière pour mettre en œuvre un cadre institutionnel propice à l'investissement des médecins dans d'autres activités que les activités de soins.

C'est en étant précurseurs et prévoyants que les hôpitaux pourront améliorer les conditions de travail des praticiens et prévenir les décisions politiques souvent difficiles à mettre en œuvre rapidement. En anticipant dès aujourd'hui le changement de paradigme, en cherchant à valoriser les activités non cliniques existantes dans chaque service, les directions parviendront à anticiper en partie la révolution en cours à l'hôpital. La mise en place des équipes médicales de territoire dans les GHT obligatoires en 2016 devra être l'opportunité pour les directions d'apporter des propositions d'organisation du temps médical permettant d'attirer et de fidéliser les praticiens dans les hôpitaux publics.

Bibliographie

Articles

- CLAVIER C., HASSENTEUFEL P., MORENO-FUENTES F., SCHWEYER F.X., *Les limites de la convergence du temps de travail des médecins hospitaliers en Europe (Allemagne, Danemark, Espagne, Lituanie, Royaume-Uni)*, Le métier de médecin, Revue française des affaires sociales, 2011
- DREXLER A., MONDOLONI L., *Nouvelle gestion du temps de travail médical. Quand le docteur devient...horodateur.*, Revue Hospitalière de France n°556, Janvier-Février 2014
- DREXLER A., DENIEL P., *Référentiel urgences. Quels impacts sur le temps de travail médical ?*, Revue Hospitalière de France, Juillet-Août 2015
- *FÉDÉRATION HOSPITALIERE DE FRANCE, Directive sur le temps de travail des médecins - Les hôpitaux européens réclament des assouplissements*, Communiqué de presse de la FHF lors de la consultation européenne lancé par la Commission sur la mise en œuvre de la directive, 2004
- HAROCHE F., *Réforme du temps de travail des urgentistes : une « ségrégation » entre praticiens hospitaliers ?*, Journal International de Médecine, Août 2015
- PICARD S., *Vers une révision de la directive Temps de travail ? Un parcours semé d'embûches*. Confédération européenne des syndicats (CES), Hesamag 05, 2012
- RIOU B. et al., *Combien formons-nous d'urgentistes en France ?*, Annales Françaises de Médecine d'Urgence, janvier 2014
- SNPHAR-E, *Temps de travail des médecins, ce que tous les PH devraient savoir* », Juin 2012, www.snphar.com/data/upload/files/201206_tt_ph.pdf

- SNPHAR-E, *Le SNPHAR-E soutient l'application du référentiel « temps de travail » pour les urgentistes !*, Communiqué du SNPHAR-E, 22 juillet 2015

Ouvrages

- ESPING-ANDERSEN G., *The Three World of Welfare Capitalism*, Princeton University Press, 1990
- WIEVIRORKA M., MÉDA D., COUSIN O., SIBAUD L., BIGI M., *Travailler au 21ème siècle, Des salariés en quête de reconnaissance*, Robert Laffont, 2015

Rapports

- AGENCE NATIONALE d'APPUI A LA PERFORMANCE, « *Synchronisation des temps médicaux et paramédicaux* », 2014
- CHAIRE de SCIENCES-PO SANTÉ, « *Les Urgences : un symptôme des changements de la société* », Séminaire du 1^{er} avril 2014
- COMMISSION EUROPÉENNE, « *Rapport au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des Régions sur la mise en œuvre par les Etats membres de la directive 2003/88/CE* », décembre 2010
- DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, « *Guide pour le suivi de la masse salariale* », 2014
- DOPPIA M.A., ESTRYN-BÉHAR M., FRY C., GUETARNI K., LIEUTAUD T. « *Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT)* », Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 2011
- GRALL J.Y., *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence*, Juillet 2015
- MEAH, « *Organisation du temps de travail des médecins. Retours d'expériences.* », Rapport de Mission nationale d'audit et d'expertise hospitaliers, 2005

- ROMAGNAN Barbara, « *Rapport n°2436 fait au nom de la commission d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail* », Assemblée nationale, Décembre 2014
- STEG A., « *Rapport sur la médicalisation des urgences* », Commission nationale de restructuration des urgences, 1993
- STORME D. « *Mode d'emploi du référentiel national de répartition et de gestion du temps de travail applicable dans les structures d'urgence* », AMUF, Mai 2015
- VAUCHEL V., « *Gérer et organiser différemment le temps de travail médical* », Mémoire de l'école des hautes études en santé publique, Décembre 2014
- VÉLAN O., « *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public.* », Assemblée nationale, Décembre 2013
- YUNG. M., « *L'Europe sociale en panne ?* », Rapport d'information n°413 du Sénat fait au nom de la commission des affaires européennes, mai 2009

Textes législatifs et réglementaires

- Journal officiel de l'Union européenne. Version consolidée du Traité de l'Union Européenne et du Traité de Fonctionnement de l'Union Européenne, 2010
- Directive 93/104/CE du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail
- Directive 2000/34/CE modifiant la directive 93/104/CE du Conseil concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail afin de couvrir les secteurs et activités exclus de ladite directive
- Directive 2003/88/CE concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

- Projet de loi de modernisation du système de santé en cours de lecture à l'Assemblée nationale, <http://www.sante.gouv.fr/le-projet-de-loi-de-sante.html>
- Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins
- Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes
- Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité de soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergements pour 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 de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Circulaire n° DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013 relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général
- Circulaire n° DGOS/2004/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgence-SAMU-SMUR
- Instruction n° DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 relative à 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 de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

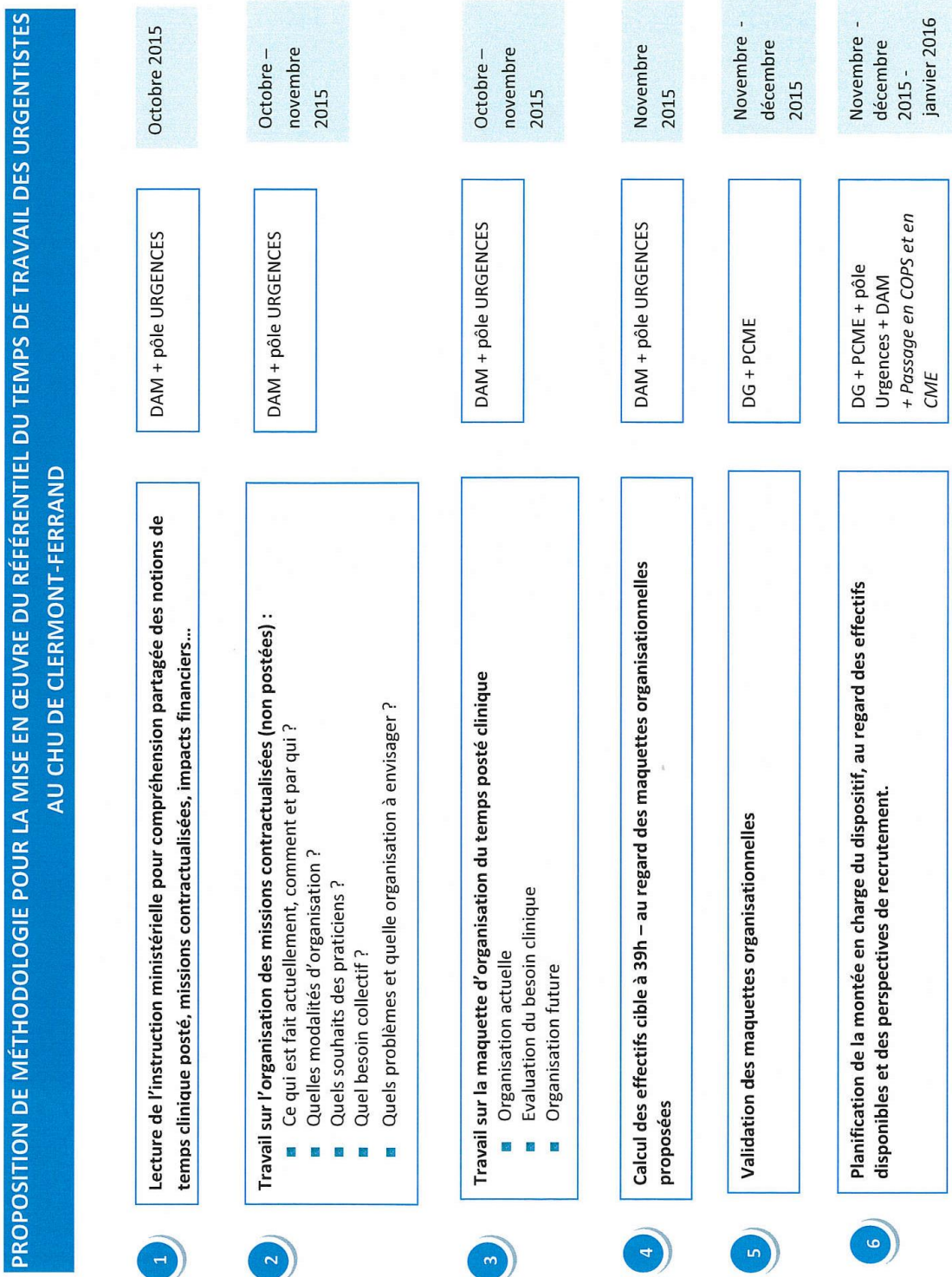
Sites internet :

- Agence de Presse Médicale : <http://www.apmnews.com>
- Association des médecins urgentistes de France : <http://www.amuf.fr/>,
- Le Monde.fr : www.lemonde.fr/
- Pourquoi docteur : www.pourquidocteur.fr/

Liste des annexes

- ANNEXE 1 : méthodologie pour la mise en place du référentiel urgentiste au CHU de Clermont-Ferrand
- ANNEXE 2 : maquette d'organisation médicale des urgences au CHU de Clermont-Ferrand
- ANNEXE 3 : liste des entretiens et réunions de travail réalisés sur le sujet

ANNEXE 1 : Proposition de méthodologie de mise en œuvre de la réforme au CHU de Clermont-Ferrand



ANNEXE 2 : Maquette d'organisation du service des urgences du CHU de Clermont-Ferrand

Secteur	Plages médicales	Plages horaires	Nombre d'heures travaillées par jour	Nombre de journées de travail par semaine	Total du nombre d'heures nécessaires par semaine
SAMU	1 médecin	24h	24	7	168 heures
SMUR	2 médecins	24h	24	7	336 heures
	1 médecin	8h-18h du lundi au vendredi	10	5	50 heures
URGENCES	2 médecins	24h	24	7	336 heures
	2 médecins	8h-00h	16	7	224 heures
	1 médecin	8h-18h	10	7	70 heures
UHCD	1 médecin	8h-18h du lundi au vendredi	10	5	50 heures
	1 médecin	8h-13h le samedi	5	1	5 heures
	1 médecin	8-13h le dimanche	5	1	5 heures

ANNEXE 3 : Entretiens réalisés et participation à des réunions sur le sujet

Entretiens réalisés :

- Docteur Max-André DOPPIA, Anesthésiste-réanimateur au Centre Hospitalier Universitaire de Caen, Secrétaire Général Adjoint du Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs
- Monsieur Cyril GUAY, Secrétaire général, directeur de la stratégie, de l'offre de soins et des affaires médicales du Centre Hospitalier de Vichy
- Madame Marie HOUSSEL, responsable du pôle ressources humaines hospitalières à la Fédération Hospitalière de France
- Docteur Didier STORME, Responsable du service des urgences au Centre Hospitalier de Vichy, représentant de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF)
- Entretien avec un PH urgentiste dans un CHU qui a souhaité rester anonyme

Participation à des réunions de travail :

- Séminaire thématique « *Gestion du temps de travail* » à la Fédération Hospitalière de France le mercredi 9 septembre.
- Séminaire « *Journée thématique : gestion du temps de travail* », Commission des Directeurs d'affaires médicales de CHU le jeudi 1^{er} octobre

SANCHEZ

Dimitri

Décembre 2015

DIRECTEUR D'HÔPITAL

Promotion 2014-2016

LE TEMPS DE TRAVAIL DES URGENTISTES : UNE RÉVOLUTION CULTURELLE AUX IMPACTS ORGANISATIONNELS ET FINANCIERS MAJEURS

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE

Résumé :

La réforme du temps de travail des urgentistes, qui prévoit la généralisation du temps continu dans les services d'urgences-SAMU-SMUR et la mise en place d'un référentiel national de temps de travail des urgentistes basé sur 39 heures de temps clinique, constitue un défi majeur pour les hôpitaux publics au regard de l'absence de ressources humaines disponibles et des contraintes budgétaires actuelles. Au-delà de ces aspects techniques, cette réforme illustre la révolution culturelle en cours dans la comptabilisation du temps passé auprès des malades par les praticiens.

En s'appuyant sur les évolutions juridiques des vingt dernières années, fortement influencées par l'Union européenne, ainsi qu'en analysant les oppositions fortes entre les syndicats de praticiens hospitaliers et les représentants des directions d'hôpitaux, le référentiel urgentiste apparaît comme une conséquence de ce contexte en mutation.

Les nouvelles aspirations des médecins (conciliation vie privée / vie professionnelle) et la nécessité de comptabiliser précisément le temps de travail effectif constituent une révolution pour la profession de médecin obligeant l'hôpital à réfléchir sur son organisation et sa gestion du corps médical dans une volonté d'attractivité et de fidélisation des équipes médicales.

A travers l'exemple de la direction des affaires médicales du CHU de Clermont-Ferrand, il s'agit de présenter l'organisation de la gestion du personnel médical suite aux nombreuses évolutions juridiques et de mesurer les difficultés, les conséquences et les solutions envisagées dans la mise en œuvre du référentiel urgentiste.

Mots clés :

Temps de travail médical – référentiel urgentistes – législation européenne – 48 heures hebdomadaires – temps de travail posté – activités non cliniques – temps de travail additionnel – effectifs cibles – gestion de la masse salariale – maquette d'organisation

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.