



**EHESP**

---

**Attaché d'Administration Hospitalière**

Promotion : **2016**

Date du Jury : **décembre 2016**

---

**Le temps de travail des urgentistes :  
un challenge pour les établissements  
de demain**

---

**Florence BRACQUART**



---

# Remerciements

---

Je souhaite adresser mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire :

- A madame Francine Breyne, Directrice des Affaires Médicales du Centre Hospitalier de Lens, pour m'avoir proposé ce sujet et avoir supervisé mon travail

- A Madame Sandrine Barroux, adjointe à la Directrice des Affaires médicales du Centre Hospitalier de Lens, et à l'ensemble de l'équipe pour m'avoir aidé dans la réalisation de ce travail

- A mes parents pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ma formation, ainsi que pour leur aide dans la finalisation de mon travail

- A tous les intervenants et toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé mes réflexions

- Enfin j'adresse mes sincères remerciements à tous mes proches et amis qui m'ont apporté leur soutien et leurs encouragements tout au long de ma démarche.

Un grand merci à tous et à toutes.





---

# Sommaire

---

Introduction.....	3
1 Une évolution notable du temps de travail des urgentistes pour de meilleures conditions de travail.....	7
1.1 Un nouveau découpage du temps de travail, pour une meilleure lisibilité .....	7
1.1.1 Une clarification du temps de travail des urgentistes .....	7
1.1.2 Les apports de la réforme .....	9
1.1.3 Une discrimination entre praticiens hospitaliers .....	11
1.2 Vers une amélioration des conditions de travail favorisant l'attractivité de la profession .....	12
1.2.1 Une réponse aux conditions de travail dégradées .....	12
1.2.2 Une amélioration des conditions de travail en lien avec l'objectif d'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital.....	13
1.2.3 Le CHL : un établissement réactif quant à la mise en place de la réforme ....	15
2 39 heures de temps clinique : un objectif difficilement atteignable dans l'immédiat....	17
2.1 L'objectif des 39 heures contraint par des problèmes structurels et conjoncturels	17
2.1.1 Des recrutements limités par le contexte budgétaire contraint .....	17
2.1.2 Une profession confrontée à la pénurie de praticiens .....	19
2.1.3 Une réglementation inégalement appliquée sur le territoire qui pose question	20
2.2 La contractualisation des obligations de services : les propositions apportées au Centre hospitalier de Lens .....	22
2.2.1 Définition des obligations : temps non clinique ou temps non posté ?.....	22
2.2.2 La nécessaire adaptation des textes par rapport aux effectifs .....	24
2.2.3 Les préconisations relatives à la répartition et à l'évaluation des obligations	25
Conclusion.....	29
Sources et Bibliographie.....	33
Liste des annexes.....	I



---

## Liste des sigles utilisés

---

AIG : Activité d'Intérêt Général

AMUF : Association des Médecins Urgentistes de France

CH : Centre Hospitalier

CHL : Centre Hospitalier de Lens

CME : Commission Médicale d'Etablissement

COPS : Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins

CSP : Code de la Santé Publique

DAM : Direction des Affaires Médicales

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etude Spécialisées Complémentaires

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

ETP : Equivalent Temps Plein

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IG : Intérêt Général

PH : Praticien Hospitalier

RTT : Réduction de Temps de Travail

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNPHAR-E : Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésiste Réanimateur  
Elargi

TA : Temps Additionnel

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée



## Introduction

L'hôpital n'a pas toujours eu la vocation qu'on lui connaît aujourd'hui. Pendant longtemps les hôpitaux étaient lieux de misère et de mendicité. L'édit de 1662, qui généralise la création d'hôpitaux généraux à toutes les villes de province, faisait de l'hôpital un lieu d'enfermement des pauvres. Progressivement, à partir du XVIIIème siècle, les hôpitaux deviennent des lieux de soins. Mais ce n'est qu'avec la loi du 21 décembre 1941 relative à la réorganisation des hôpitaux et des hospices civils, qu'ils acquièrent réellement leur statut de centres de soins ouverts à tous. Aujourd'hui, ce statut prend tout son sens avec les services d'urgences, qui sont devenus l'une des principales portes d'entrée de l'hôpital.

Les services d'urgences tels qu'on les connaît naissent à la fin des années 50 à la suite de la réforme de 1958 initiée par le professeur Robert Debré<sup>1</sup>. Aujourd'hui, la prise en charge des urgences médicales repose sur les hôpitaux publics et sur les établissements privés participant au service public hospitalier.

Le terme « urgences » recouvre différents dispositifs. Depuis les décrets du 22 mai 2006 l'autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence se décline selon trois modalités :

- la régulation des appels adressés au service d'aide médicale d'urgence (SAMU). Ces services ont été créés en 1968 et confirmés par la loi du 6 janvier 1986 (décret du 16 décembre 1987)<sup>2</sup> afin de coordonner l'activité des SMUR ;
- la prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) créée en 1965 et rattachée aux établissements de santé. ;
- la prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences.

Au sein des structures d'urgences on distingue les services d'accueil des urgences (SAU) qui doivent prendre en charge tous les patients se présentant à eux, et les Unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) qui prennent en charge, dans leur globalité, les patients dans l'attente d'une orientation vers un service adapté ou d'un retour à domicile. Dans ce cas, le temps d'hospitalisation ne doit pas excéder, en théorie, 24 heures.

Les services d'urgences sont au cœur de l'organisation sanitaire. Ce sont des services généralistes confrontés à des demandes très diverses. Ils gèrent autant les urgences vitales que les urgences dites ressenties, c'est-à-dire des consultations non

---

<sup>1</sup> Trois ordonnances et un décret en date des 11 et 30 décembre 1958 : Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière ; Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale ; Décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics

<sup>2</sup> La loi du 6 janvier 1986 (décrets du 16 décembre 1987) sur l'Aide Médicale Urgente et les Transports Sanitaires

programmées. Ils sont l'interface entre la médecine de ville et l'hôpital. Ils viennent contrebalancer l'hyperspécialisation médicale de l'hôpital.

Depuis leur création, l'activité des urgences n'a cessé de croître. Toutefois, on observe un décalage entre l'activité des services d'urgence et les motifs pour lesquels ils ont été créés. Les médecins urgentistes traitent de plus en plus de cas relevant de la « bobologie », ce qu'ils déplorent puisque ces patients pourraient être pris en charge en milieu libéral.

Les urgences hospitalières sont régulièrement engorgées, générant une pression supplémentaire sur les équipes. Les médecins urgentistes tentent de gérer au mieux le flux de patients et l'hétérogénéité des situations cliniques. Le rythme de travail aux urgences est très différent de celui des autres services, qui gèrent un travail planifié, avec des horaires plus classiques.

Ces conditions particulières de travail ne favorisent pas une carrière aux urgences. En moyenne la carrière de médecin urgentiste dure 6,9 ans<sup>3</sup>. Une étude réalisée par l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF) révèle que 72% des urgentistes envisagent une réorientation<sup>4</sup>. Pour tenter d'endiguer cette hémorragie, plusieurs mesures tenant à la reconnaissance de la profession ont été prises.

Pendant longtemps les médecins urgentistes n'étaient pas reconnus comme une spécialité universitaire à part entière. Comme le note François Danet, ils provenaient souvent « de la médecine générale ou du Certificat d'Etudes Spécialisées en Anesthésie Réanimation, et n'avaient pas réussi à intégrer l'internat malgré leur souhait de travailler à l'hôpital en tant que spécialistes<sup>5</sup> ».

Depuis 2005 il existe un Diplôme d'Etude Spécialisées Complémentaires (DESC) de Médecine d'Urgence. Il s'agit d'une « sur-spécialité » de la nouvelle spécialité de médecine générale, c'est une formation complémentaire mais non qualifiante. Les praticiens sont inscrits au conseil de l'ordre sous le label de leur "spécialité de formation" et non pas reconnus comme urgentistes. Pour faire évoluer l'attractivité de la spécialité et marquer un peu plus la reconnaissance du métier d'urgentiste, un futur Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) va être mis en place. Ce DES ne fait pas l'unanimité, notamment parce qu'il va limiter les possibilités de réorientation. La dernière avancée vers la

---

<sup>3</sup> Vermare E, Frappé P. Abandons de carrières en médecine d'urgence. Ann Fr Médecine Urgence 2012. 2(4):232-6.

<sup>4</sup> Garrigue R., Delasara C., Casenove L. (2011) *Enquête nationale de l'AMUF 2011* : <http://www.amuf.fr/derni-res-news/enqu-te-nationale-amuf-2011.html>

<sup>5</sup> Danet F., « La médecine d'urgence : de la dégradation à la démocratisation de l'hôpital », *Communication et organisation*, 29 | 2006, 172-184.

reconnaissance du travail des urgentistes concerne leur temps de travail, facteur qui sera précisément étudié dans ce mémoire.

A la suite d'un mouvement de grève national des services d'urgences le 22 décembre 2014, qui portait sur le temps de travail et la revalorisation des gardes, la Ministre des Affaires Sociales de la Santé et des droits des femmes, Madame Marisol Touraine a répondu favorablement aux revendications des urgentistes.

La circulaire n°DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014, issue de la négociation entre la Ministre et les représentants des urgentistes, développe trois points. Tout d'abord elle généralise le principe du décompte horaire du temps de travail dans toutes les structures d'urgences à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015. Ensuite, elle modifie le temps de travail des urgentistes en identifiant un temps de travail clinique à 39 heures et un temps de travail non clinique dans la limite de 48 heures. Ces dispositions ont été précisées par l'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'urgences SAMU-SMUR. Enfin, la circulaire acte le principe d'une réorganisation territoriale des urgences (mutualisation des ressources et du temps médical entre les sites d'urgences et les différents SMUR).

Ces nouvelles dispositions ont été saluées par les urgentistes, pour l'AMUF (Association des médecins urgentistes de France) il s'agit d'un « accord historique<sup>6</sup> ». Mais, en pratique cette réforme se heurte à un contexte budgétaire contraint et à une pénurie de médecin, qui empêchent d'appliquer en l'état cette instruction. A cela s'ajoute des problèmes pratiques comme la définition des nouvelles obligations de service, l'inégalité de fait entre praticiens urgentistes et autres praticiens hospitaliers ou encore l'inégalité dans l'application de la réforme au niveau national, qui peut s'avérer problématique dans le cadre de la constitution des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).

En outre, ni la circulaire, ni l'instruction ne fixent de délai d'application. Pour ces différentes raisons, on constate que plus d'un an après la réforme, les établissements ne l'ont pas tous encore mise en place.

Confronté à des difficultés accrues par le « burn out » de certains praticiens urgentistes, la direction des Affaires médicales du Centre Hospitalier de Lens (CHL) a décidé de s'engager rapidement dans la démarche.

Le Centre hospitalier Dr Schaffner de Lens rayonne sur l'ensemble du territoire de Lens-Liévin / Hénin-Carvin / Béthune-Bruay, soit environ 600 000 habitants. Avec un millier de lits il s'impose comme le 1<sup>er</sup> établissement du Pas-de-Calais.

---

<sup>6</sup> Propos tirés de la presse écrite

Le CHL présente des difficultés financières importantes. Face à un déficit chronique depuis 2006, l'établissement a été placé sous administration provisoire pour une période d'un an à compter du 3 octobre 2011. Un nouveau directeur est arrivé en 2012 afin de rétablir la situation financière dégradée du CHL. En 2015, le déficit structurel est passé de 11 millions d'euros à 3 millions d'euros, ce qui a permis au CH de Lens de s'inscrire dans l'avenir avec la construction d'un nouvel hôpital pour 2020, et la constitution d'un groupement hospitalier de territoire dit de l'Artois, dont il sera l'établissement support, entre les établissements de Lens, Hénin Beaumont, La Bassée et Béthune.

Si la réorganisation du temps de travail est une avancée majeure pour les praticiens urgentistes, il est pertinent de s'interroger sur les enjeux et les conséquences de sa mise en place pour les établissements, et particulièrement pour le Centre hospitalier de Lens.

La réforme du temps de travail actée par la circulaire n°DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 et l'instruction n°DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015, est une évolution notable dans les conditions de travail des urgentistes (I) mais en pratique, l'objectif des 39 heures de temps clinique apparaît comme un objectif difficilement atteignable en raison du contexte actuel des établissements de santé (II).

### ***Methodologie :***

Outre des recherches bibliographiques, ce travail se fonde sur l'analyse de différents comptes-rendus de réunion, notamment de la Commission d'Organisation de la Permanence des Soins (COPS), de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), et du groupe de travail mis en place sur ce sujet au CHL. Il se fonde également sur les différentes observations faites lors de ma participation aux réunions associant les praticiens, réunions relatives au nouveau temps de travail des urgentistes.

Enfin, les entretiens non directifs avec la Directrice des affaires médicales et son équipe ont également été un support important à ce travail.



# **1 Une évolution notable du temps de travail des urgentistes pour de meilleures conditions de travail**

Face à un enchevêtrement de textes, la circulaire et l'instruction favorisent la lisibilité du temps de travail des urgentistes en opérant un découpage précis des obligations de services (1.1). Ce nouveau découpage devrait améliorer les conditions de travail des urgentistes et rendre plus attractive la profession (1.2).

## **1.1 Un nouveau découpage du temps de travail, pour une meilleure lisibilité**

### **1.1.1 Une clarification du temps de travail des urgentistes**

Plusieurs textes régissent le temps de travail des praticiens hospitaliers (PH) au niveau national, au niveau européen et au niveau local avec les règlements intérieurs des établissements.

Au niveau national ce sont le décret 2002-1421 du 6 décembre 2002 portant statut des PH, l'arrêté du 30 avril 2003 modifié par l'arrêté du 8 novembre 2013 sur la permanence des soins, ainsi que les articles R6152-27 et D6152-23-1 du code de la Santé publique qui régissent le temps de travail des praticiens. S'y ajoute aujourd'hui la circulaire du 22 décembre 2014 et l'instruction du 10 juillet 2015 propres aux praticiens urgentistes.

Au niveau européen ce sont les directives 2003/88/CE du 4 novembre 2003 et 93/104/C4 du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, qui fixent les exigences minimales applicables à l'ensemble des travailleurs et qui sont donc applicables aux praticiens hospitaliers.

Cet enchevêtrement de textes a pu rendre le temps de travail des praticiens hospitaliers complexe et peu lisible.

Ainsi, avant la circulaire du 22 décembre 2014 et l'instruction du 10 juillet 2015, le temps de travail des praticiens urgentistes était décompté soit en heures soit en demi-journées, selon les établissements. En effet, l'arrêté du 30 avril 2003<sup>7</sup> laisse la possibilité aux établissements d'organiser les services à temps médical continu en heures et non en demi-journées. Ces services sont limités aux services d'anesthésie-réanimation ; services de gynécologie-obstétrique, néonatalogie ; services de médecine d'urgences et services

---

<sup>7</sup> 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.

de réanimation<sup>8</sup>. Lorsque l'établissement n'a pas fait le choix du décompte en heure, le temps de travail des personnels médicaux de ces services est décompté en demi-journées.

Concernant le décompte en demi-journée, l'article R 6152-27 du Code de la Santé Publique (CSP) dispose que « le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois ». Le problème est qu'aucun texte ne précise la durée légale en heures d'une demi-journée de travail, en dehors du fait que le temps de travail hebdomadaire ne doit pas dépasser 48 heures. Le décompte en demi-journées paraît donc en contradiction avec la limite horaire. Dans cette limite théorique de 48 heures, et selon les services, les praticiens organisent leur travail comme il le souhaite dans la demi-journée. Ils peuvent effectuer autant du temps clinique que du temps non clinique.

En principe, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015 le décompte horaire du temps de travail est appliqué dans l'ensemble des structures d'urgences conformément à la circulaire du 22 décembre 2014.

La plupart des établissements fixent les obligations de service de leurs praticiens à 48 heures hebdomadaires. Mais, en pratique, ces 48 heures sont bien souvent dépassées. Certains urgentistes peuvent travailler jusqu'à 60 heures par semaine afin d'assurer la continuité du service. A ce titre, et suite à la plainte formulée par le SNPHAR-E (Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs – Elargi) en 2011, la Commission européenne a formulé une injonction à l'encontre de la France, dans un avis du 26 septembre 2013, lui demandant « de respecter le droit des médecins praticiens hospitaliers à une durée hebdomadaire de travail de 48 heures et à des périodes de repos minimales après la prestation d'heures supplémentaires de travail de nuit<sup>9</sup> » conformément à la directive 2003/88/CE. Cette injonction sera suivie de l'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant celui du 30 avril 2003<sup>10</sup> et prenant acte de l'avis de la commission.

Mais, pour les urgentistes, fixer les obligations de service à 48 heures était un abus d'interprétation de la directive européenne. En effet, l'article 6 de la directive 2003/88/CE

---

<sup>8</sup> Drexler A., Deniel P. « Référentiel urgences, quels impacts sur le temps de travail médical ? », *Revue hospitalière de France*, n°565 juillet-août 2015, p 14.

<sup>9</sup> Commission Européenne, Mémo 13-820, 26 septembre 2013

<sup>10</sup> Arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

du 4 novembre 2003 dispose que « la durée moyenne de travail pour chaque période de sept jours n'excède pas quarante-huit heures, y compris les heures supplémentaires ». Pour les praticiens urgentistes il s'agit là d'une limite à ne pas dépasser et non pas d'une norme à respecter. Pour cette raison, le passage aux 39 heures hebdomadaires faisait partie des principales revendications des syndicats des urgentistes.

En généralisant le décompte horaire et en fixant les obligations de service à 48 heures décomposées entre un temps clinique et un temps non clinique, la circulaire est venue clarifier l'organisation du temps de travail des médecins urgentistes.

### **1.1.2 Les apports de la réforme**

La circulaire de 2014 et l'instruction de 2015<sup>11</sup> viennent complètement réorganiser le temps de travail dans les structures d'urgences, SAMU et SMUR.

Tout d'abord, en imposant la généralisation du principe de décompte horaire pour tous les praticiens urgentistes à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015, la circulaire améliore la lisibilité du temps de travail des urgentistes. Les établissements ne peuvent plus, décompter le temps de travail des urgentistes à la demi-journée comme c'est le cas pour les praticiens hospitaliers des autres spécialités. Le passage au décompte horaire représente une garantie pour les urgentistes et permet de mieux évaluer la réalisation des obligations.

Mais l'élément marquant de cette nouvelle réglementation concerne l'organisation du temps de travail et les obligations de service.

Comme on l'a vu précédemment, le temps de travail des urgentistes est désormais décomposé entre un temps dédié aux activités cliniques postées, limitées à 39 heures hebdomadaires, et un temps non posté, clinique ou non, dans la limite de 48 heures hebdomadaires.

L'instruction, à laquelle est annexé le référentiel national de gestion du temps de travail médical, définit le travail clinique posté comme le travail « 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 »<sup>12</sup>. Ce temps clinique correspond « au temps dédié à l'accueil et à la prise en charge des patients aux urgences et UHCD, à la régulation médicale au SAMU et

---

<sup>11</sup> Circulaire n°DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 *relative aux modalités d'organisation du travail applicable dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR* et l'instruction n°DGOS/RH/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*

<sup>12</sup> Référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine

aux activités liées aux interventions SMUR<sup>13</sup> ». Dès lors si les obligations de service sont effectivement de 48 heures, seules 39 heures doivent être réalisées auprès du patient.

Au-delà des 39 heures et dans la limite de 48 heures, le praticien doit réaliser ses obligations de temps non posté, clinique ou non, qui sont lissées sur le quadrimestre. Le temps non posté, clinique ou non, comprend « des missions à vocation majoritairement collectives et institutionnelles ». Relèvent notamment de ces missions les activités liées à l'organisation et à la gestion du service, la recherche ou encore l'encadrement des étudiants. Relèvent également du temps non posté, « les obligations d'actualisation de connaissance, d'amélioration des pratiques et de formation médicales continue que comporte l'obligation de développement professionnel continu (DPC) »<sup>14</sup>. L'instruction précise que ces obligations sont propres à chaque praticien et doivent être définies individuellement par contrat.

Enfin, la circulaire et l'instruction reprennent la clause de renonciation individuelle encore appelée « Opt Out » de la directive européenne<sup>15</sup>. Elles laissent la possibilité aux praticiens de réaliser du temps additionnel au-delà des 48 heures hebdomadaires, une fois leurs obligations de service remplies (ci-dessus énoncées). Conformément aux dispositions de la directive européenne, cette possibilité doit être préalablement contractualisée et basée sur le volontariat. L'instruction précise que « le contrat est signé entre le praticien et le chef de service, visé par le chef de pôle et par le directeur d'établissement ». Avec ce dispositif on reconnaît et on valorise le temps supplémentaire réalisé par les praticiens.

Concrètement pour les directions des affaires médicales, cela suppose de contrôler la réalisation des obligations de services des praticiens sur le quadrimestre, à l'aide des tableaux de service, pour pouvoir déclencher le paiement du temps additionnel.

Néanmoins, ce dispositif de temps additionnel doit rester temporaire puisque le référentiel indique « qu'une fois les effectifs cibles atteints, la mise en œuvre des principes posés par le présent référentiel ne doit pas générer, hors circonstances exceptionnelles, de temps de travail additionnel. »<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> Drexler A., Deniel P. « Référentiel urgences, quels impacts sur le temps de travail médical ? », *Revue hospitalière de France*, n°565 juillet-août 2015.

<sup>14</sup> Référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine

<sup>15</sup> Directive européenne 2003/88/CE du 4 novembre 2003 *concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail*. Cette directive fixe les exigences minimales applicables à l'ensemble des travailleurs.

Cette nouvelle réglementation s'applique exclusivement aux praticiens urgentistes, ce qui génère de fait une inégalité de traitement au sein du corps médical et soulève des contestations.

### **1.1.3 Une discrimination entre praticiens hospitaliers**

La réforme du temps de travail s'applique aux « praticiens hospitaliers des structures d'urgences, SAMU et SMUR », c'est-à-dire aux seuls praticiens urgentistes. Les praticiens hospitaliers des autres spécialités ne sont pas concernés.

A l'annonce de la réforme, la conférence des présidents de Commission Médicale d'Etablissement (CME) s'était déclarée contre les propositions formulées, déplorant des mesures catégorielles, au motif que cette réforme créerait une inégalité entre praticiens hospitaliers.

Les médecins urgentistes voient leurs obligations de service cliniques limitées à 39 heures alors que les autres spécialités continuent de travailler dix demi-journées par semaine dans la limite de 48 heures hebdomadaires, y compris pour les services à temps médical continu autorisés à être décomptés en heures, comme les services d'anesthésie-réanimation, les services de gynécologie-obstétrique et néonatalogie ainsi que les services de réanimation. En outre, la généralisation du décompte horaire, qui représente un réel avantage pour la reconnaissance du temps effectué, ne vaut que pour les urgentistes et ne concerne pas les autres services à temps médical continu. C'est un écart évident entre praticiens hospitaliers qui ne peut que soulever des contestations dans les rangs des non bénéficiaires.

Le syndicat SNPHAR (Syndicat National Des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs) a d'ailleurs appelé le gouvernement « à *appliquer des mesures similaires aux autres spécialités dont le travail est lui aussi fortement contraint par des organisations de travail rigides comme les blocs opératoires mais aussi tous les autres plateaux techniques afin de ne pas créer de dissension au sein de la communauté médicale* ». Ces tensions ne doivent pas être négligées puisqu'elles pourraient aboutir, à terme, à une réforme du temps de travail généralisée à tous les praticiens hospitaliers,.

Il semble que ces contestations aient été entendues puisque la Ministre de la santé a stipulé dans la circulaire, qu'elle entend « poursuivre le travail pour aboutir à des mesures

---

<sup>16</sup> Directive européenne 2003/88/CE du 4 novembre 2003 *concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail*. Cette directive fixe les exigences minimales applicables à l'ensemble des travailleurs.

convergentes avec les autres spécialités<sup>17</sup> ». Elle vise notamment les spécialités « présentant des sujétions comparables liées à la prédominance d'activités en travail posté et en permanence des soins<sup>18</sup> ».

Mais n'oublions pas que cette réforme résulte de la volonté d'améliorer les conditions de travail particulières des urgentistes.

## **1.2 Vers une amélioration des conditions de travail favorisant l'attractivité de la profession**

### **1.2.1 Une réponse aux conditions de travail dégradées**

Les services d'urgences sont des services particuliers au sein des hôpitaux. A la différence des autres services, les médecins urgentistes sont tenus d'assurer la permanence des soins. Cet impératif les oblige à réaliser fréquemment des gardes les nuits, les week-ends et les jours fériés, provoquant ainsi un rythme de travail décalé.

Les praticiens urgentistes sont aussi confrontés à un afflux de patients toujours plus important. Dans son rapport sur la territorialisation des activités d'urgences, Jean Yves Grall relève qu'il y a eu « plus de 18 millions de passages dans les services d'urgences en 2013 soit 1 français sur 3,5 contre 1 français sur 8 en 1990<sup>19</sup> ».

Pour Carine Vassy, plusieurs facteurs interviennent dans cette évolution. Selon elle, les services d'urgences sont appréciés pour leur « professionnalisme et leur technicité<sup>20</sup> ». La proximité d'un plateau technique rassure les patients, y compris ceux qui n'en n'ont pas nécessairement besoin. L'accessibilité des urgences 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, compense les lacunes du milieu libéral qui n'assurent pas la permanence des soins. Enfin, il y a un facteur économique non négligeable pour les patients, le tiers payant qui est en mis en œuvre aux urgences.

Cette hausse continue de patients entraîne fatigue, tension et démotivation des urgentistes, d'autant plus qu' ils travaillent bien souvent en sous effectif, dans des locaux pas forcément adaptés à l'importance de la patientèle.

---

<sup>17</sup> Circulaire n°DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 *relative aux modalités d'organisation du travail applicable dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR*

<sup>18</sup> *Ibid*

<sup>19</sup> Grall J-Y., Rapport sur la territorialisation des activités médicales, Juillet 2015, p11.

<sup>20</sup> Vassy C., « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements* 2/2004 (n° 32), p. 67-74

De plus, la pratique médicale des urgentistes s'éloigne de leur formation. Celle-ci « s'attache à la prise en charge des urgences vraies et ne prépare pas à l'accueil et la prise en charge « industrielle » d'une majorité de situations variées, sans rapport avec l'urgence ». <sup>21</sup>

Jean Yves Grall constate que les usagers ont de plus en plus recours aux urgences pour des motifs qui n'en relèvent pas. Seuls 10% des cas sont des cas graves, dont la moitié sont des urgences vitales <sup>22</sup> .

Ces différents facteurs ajoutés à la violence et à l'impatience de certains patients ou de certaines familles de patients font du métier d'urgentiste un métier sous tensions, parfois à risque, soumis à des horaires difficiles et contraint par la nécessité d'assurer la permanence des soins.

En plus des tensions internes au service, les urgentistes sont également confrontés à des tensions entre services, notamment lorsqu'il s'agit de trouver des lits pour des personnes poly-pathologiques ne relevant d'aucune spécialité en particulier. Carine Vassy décrit ces situations comme « un marché, sur lequel les patients ont plus ou moins de valeur en fonction des caractéristiques » <sup>23</sup> . Ainsi, les urgentistes consacrent une part importante de leur travail en aval à chercher des lits pour leurs patients. C'est un réel problème pour les équipes du Centre Hospitalier de Lens car les autres spécialités ont tendance à refuser les patients présentant des poly-pathologies dans leur service. Or ces patients, souvent des personnes âgées, fragiles, représentent une part importante de l'activité des urgences; leur trouver un lit dans l'hôpital relève parfois du défi.

Réduire le temps de travail clinique des urgentistes est une manière de préserver les praticiens urgentistes de l'environnement dans lequel ils travaillent. Toutefois, même si cette réduction paraît nécessaire, elle ne suffira pas à améliorer les conditions de travail.

### **1.2.2 Une amélioration des conditions de travail en lien avec l'objectif d'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital**

---

<sup>21</sup> Grall J-Y., Rapport sur la territorialisation des activités médicales, Juillet 2015, p11.

<sup>22</sup> Grall J-Y., Rapport sur la territorialisation des activités médicales, Juillet 2015, p14

<sup>23</sup> Vassy C., « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements* 2/2004 (n° 32), p. 67-74

La conception du métier de médecin évolue avec la société. A l'heure actuelle, il n'est plus question, comme cela l'a été longtemps, pour les jeunes praticiens de consacrer leur vie à leur métier. Ils réclament une meilleure conciliation entre vie privée et vie professionnelle, et n'acceptent plus de multiplier les gardes, les astreintes et de travailler 60 ou 70 heures par semaine.

Cette nouvelle conception s'applique de plein fouet à la profession de médecin urgentiste. Si l'on veut attirer de jeunes médecins vers l'hôpital, il est nécessaire de rendre plus attractives les professions médicales à l'hôpital et particulièrement celles des urgences.

La réorganisation du travail des urgentistes va dans le bon sens. Mais la profession reste insuffisamment attractive. En effet, la réduction du temps de travail ne se fera pas sans une augmentation des effectifs. La diminution du temps de travail clinique entraîne mécaniquement une hausse d'effectif pour pouvoir assurer le service. Or actuellement, il est difficile de recruter des urgentistes, faute de candidats.

Dans son discours du 6 juin 2013, le président de SAMU-urgences de France, Marc Giroud plaçait l'attractivité du métier d'urgentiste comme l'une des 3 priorités de SAMU-urgences de France. Selon lui, le règlement de la question de l'aval (recherche de lits) des urgences est une des causes majeures de pénibilité induite et donc « de désamour des jeunes médecins à l'égard de la médecine d'urgence »<sup>24</sup>. A cela s'ajoute que les urgentistes travaillent « dans des conditions de plus en plus difficiles, avec des effectifs médicaux et non médicaux le plus souvent inadaptés à l'activité; ce qui rend inaccessible toute activité non postée d'investissement dans la vie de l'établissement et du service, de formation continue et de recherche clinique, pourtant indispensables à la qualité et au progrès »<sup>25</sup>. A ce constat, la réforme du temps de travail répond en dégagant du temps dédié aux activités non postées au-delà de 39 heures et dans la limite de 48 heures hebdomadaires. Ce sont donc 9 heures hebdomadaires qui doivent être consacrées au temps non posté. Pour Jean Yves Grall, « la désignation des activités non cliniques pourrait être un facteur d'amélioration de l'attractivité pour les jeunes praticiens en leur offrant des perspectives bien identifiées »<sup>26</sup>.

C'est en tout cas ce que recherche la nouvelle réglementation, puisque l'instruction précise que le temps non posté pour les praticiens est essentiel à l'attractivité dans la durée de leur exercice professionnel, à la qualité des soins, à l'amélioration continue de leurs pratiques ainsi qu'à leur implication dans la vie institutionnelle<sup>27</sup>.

---

<sup>24</sup> Discours de Marc GIROUD, Président de Samu-Urgences de France, au Congrès Urgences, le 6 juin 2013, en présence de la Ministre de la Santé, *Samu-de-France.fr*

<sup>25</sup> *Ibid*

<sup>26</sup> Grall J-Y., Rapport sur la territorialisation des activités médicales, Juillet 2015, p18



De façon plus générale la clarification du temps de travail et les nouvelles modalités d'organisation du travail des urgentistes sont un atout pour la profession mais le pari d'attractivité de la profession est-il pour autant gagné ?

Dans la circulaire du 22 décembre 2014, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droit des femmes, Madame Marisol Touraine a commandé au sénateur Monsieur Jacky Le Menn un rapport sur l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital. Dans ce rapport remis à la ministre en novembre 2015, Jacky Le Menn formule 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins de pratiquer à l'hôpital public, et à leurs aînés d'y rester. Pour le moment ce rapport n'a pas fait suite.

En parallèle, la mise en place d'un DES peut potentiellement neutraliser en partie les effets positifs de la nouvelle réglementation sur l'attractivité, même si selon le Dr Diesnis, les internes y sont plutôt favorables<sup>28</sup>. Madame Isabelle Catala, médecin urgentiste, évoque la question de la perte de possibilité de réorientation. En choisissant de reconnaître l'urgence comme une spécialité, ne va-t-on pas perdre « des vocations de médecins qui souhaitent travailler seulement quelques années aux urgences et qui vont être contraints de choisir une autre spécialité ? »<sup>29</sup>

### **1.2.3 Le CHL : un établissement réactif quant à la mise en place de la réforme**

Comme vu précédemment, le Centre hospitalier de Lens est le plus gros établissement du Pas-de-Calais. Il couvre une population de 600 000 personnes. Le service des urgences du Centre hospitalier de Lens comprend un service d'accueil des urgences, deux lignes de SMUR, et une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Il accueille autant les urgences pédiatriques que les urgences adultes et comptabilise environ 62 000 passages annuels. A l'heure actuelle 18,6 équivalents temps pleins médecins permettent d'assurer cette offre de soins quand il en faudrait 25,60 pour mettre en place la réforme des 39 heures<sup>30</sup>.

---

<sup>27</sup> 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

<sup>28</sup> *Ibid*

<sup>29</sup> Dr Catala I., « Urgentiste : une reconversion envisagée dès le début des études », *Medscape.fr*, 19 juin 2015

<sup>30</sup> Cf annexe « Maquette de service »

Avant la parution de la circulaire de 2014, le service des urgences du CHL était fortement sous tension. La médecine du travail a identifié et reconnu plusieurs praticiens en situation de « burn out », ce qui révèle des conditions de travail très dégradées .

Manque d'effectif mais aussi hausse de l'activité des urgences, le service des urgences du Centre hospitalier de Lens (CHL) ne fait pas exception. Comme au niveau national, le nombre de passages aux urgences n'a pas cessé de croître. Il est passé de 37 940 en 2005 à 47 500 en 2010 pour atteindre les 62 000 aujourd'hui<sup>31</sup>.

Les contraintes horaires, le travail sous pressions, les tensions avec les autres services, l'inadaptation de la structure au flux de patients actuel. - les brancards sont placés dans les couloirs faute de place- , tous ces éléments étaient bien présents au CHL . La construction du nouvel hôpital qui proposera des locaux mieux adaptés à horizon 2020 est un élément de réponse .

Malgré l'absence de délai d'application, le CHL a décidé de mettre la réforme du temps de travail en place rapidement alors que de nombreux établissements repoussent le calendrier d'application, en raison notamment du manque d'effectif et du coût que représente la réforme.

Au CHL la pression médicale a poussé l'établissement à appliquer la réforme dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Cette mise en place a immédiatement apaisé les tensions au sein du service. Mais en pratique, cette réforme s'avère difficile à mettre en place en raison notamment du contexte budgétaire. Il est nécessaire de faire des ajustements, et l'exemple du CHL le montre.

---

<sup>31</sup> Chiffres issus de la Charte de fonctionnement du SAU et du SMUR du Centre hospitalier de Lens

## **2 39 heures de temps clinique : un objectif difficilement atteignable dans l'immédiat**

Le nouveau temps de travail des urgentistes pose plusieurs difficultés pratiques. Ce sont surtout des contraintes structurelles et conjoncturelles communes à la majorité des établissements qui empêchent la mise en place effective des 39 heures de temps clinique (2.1). Le CHL étant confronté à ces difficultés, de nombreuses adaptations ont été proposées pour pouvoir mettre en place le nouveau temps de travail (2.2).

### **2.1 L'objectif des 39 heures contraint par des problèmes structurels et conjoncturels**

#### **2.1.1 Des recrutements limités par le contexte budgétaire contraint**

Le passage de 48 heures à 39 heures de temps clinique suppose nécessairement le recrutement de praticiens supplémentaires. La FHF affirme qu'avec « le texte paru le 20 juillet 2015, c'est près de 20% du temps de travail des urgentistes qui est neutralisé<sup>32</sup> ». Ce temps doit être compensé par des recrutements qui représentent nécessairement un coût supplémentaire pour les établissements.

Il est difficile d'évaluer précisément ce surcoût. En effet dans le secteur hospitalier cohabitent plusieurs statuts, des situations particulières et des avantages très variables. Une enquête de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2009<sup>33</sup> le montre très bien. Sur quel statut seront recrutés les futurs praticiens urgentistes et à fortiori quelle sera leur rémunération, on ne peut pas le prédire. En revanche, le coût moyen d'un praticien hospitalier est estimé, à l'hôpital de Lens, à environ 110 000 euros chargés par an, ce qui permet une estimation de la charge financière.

Lors de la parution de l'instruction sur le temps de travail des urgentistes, les présidents des CME des centres hospitaliers et la Fédération hospitalière de France (FHF) ont contesté la réforme notamment en raison de son coût. La FHF a estimé le surcoût de la réforme à 90 millions d'euros. A l'hôpital de Lens, ce surcoût a été estimé pour l'année,

---

<sup>32</sup> FHF, « Temps de travail des urgences : dépenser plus pour économiser plus ? », Communiqué de presse, <http://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Temps-de-travail-des-urgences-dépenser-plus-pour-économiser-plus>

<sup>33</sup> « Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitalier », IGAS, 2009

avec les adaptations apportées<sup>34</sup>, à plus de 500 000 euros chargés<sup>35</sup> alors que le CHL comme l'ensemble des autres établissements, confrontés à un plan d'économie important, veille à contenir les dépenses sinon à les réduire. Ce coût supplémentaire est fort malvenu.

Pour la période 2015-2017 le gouvernement a prévu 10 milliards d'euros d'économies sur les dépenses d'assurances maladie<sup>36</sup>. Dans ce plan d'économie les établissements publics de santé en supportent 3 milliards. Dans un contexte budgétaire contraint, la masse salariale, qui représente près de 70 % du budget des établissements, est un levier important pour réaliser ces économies. Le gouvernement escompte d'ailleurs une économie de 860 millions d'euros de la maîtrise de la masse salariale .

La réorganisation du temps de travail des praticiens urgentistes va à contre-sens de la politique gouvernementale de réduction des dépenses. Cette réforme est en totale contradiction avec les objectifs d'économie fixés par le gouvernement. Selon la FHF l'instruction de 2015 « *pose une nouvelle fois la question de la cohérence de la politique gouvernementale qui, d'un côté demande des efforts très rudes aux hôpitaux et, de l'autre, multiplie les annonces qui alourdissent les dépenses et rendent plus difficiles encore la gestion des équipes hospitalières*<sup>37</sup> ». Dans ce contexte, on peut légitimement regretter l'absence d'accompagnement budgétaire pour les établissements, dans la mise en place de la réforme du temps de travail des urgentistes.

Ceci constaté, certains praticiens des autres services craignent de pâtir de la revalorisation des effectifs d'urgences, accentuant les tensions au sein du corps médical. Voici un exemple de ces tensions au sein de l'AP-HP. Le professeur Stanislas Chaussade, président de la commission médicale d'établissement du groupement hospitalier Cochin, Broca, Hôtel Dieu, avait menacé de ne pas appliquer le plan d'économie de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). En effet, selon ses propos, l'AP-HP prévoyait la création de 26 postes aux urgences pour un coût de 3 millions d'euros, alors que plus de 4 millions d'euros d'économies étaient demandés sur le

---

<sup>34</sup> Voir 2.2 La contractualisation des obligations de services : les propositions apportées au Centre hospitalier de Lens

<sup>35</sup> Annexe 6 : *Estimation surcoût urgences 2015/2016*

<sup>36</sup> Site gouvernement.fr <http://www.gouvernement.fr/affiche/185-20140416-10-milliards-d-euros-d-economies-sur-les-depenses-de-l-assurance-maladie>

<sup>37</sup> FHF, « Temps de travail des urgences : dépenser plus pour économiser plus ? », Communiqué de presse, <http://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiques-de-presse/Temps-de-travail-des-urgences-depenser-plus-pour-economiser-plus>

personnel pour 2015. Selon lui « *S'il manque des effectifs aux urgences, il faut les mettre, mais pas en déshabillant les autres services (...) sans concertation* »<sup>38</sup>. Ces propos sont significatifs de la crainte qu'a pu générer et que génère encore aujourd'hui la réforme.

L'aspect financier de la réforme n'est pas la seule limite à son application, la pénurie de praticiens pour les urgences rend difficile sa mise en place.

### **2.1.2 Une profession confrontée à la pénurie de praticiens**

Une autre problématique existe dans le recrutement de nouveaux urgentistes. Comme on a pu le voir précédemment, le métier d'urgentiste est considéré comme peu attractif par les étudiants, en raison de conditions de travail difficiles. Ce manque d'attractivité est bien évidemment préjudiciable à la mise en place de la réforme.

De façon générale, si on regarde la démographie médicale, elle est plutôt croissante. Avec 281 087 médecins inscrits au tableau de l'Ordre en 2014, la France n'a jamais compté autant de médecins. Le problème n'est donc pas tant le nombre de médecins que leur répartition sur le territoire et dans les spécialités. Certaines spécialités sont plus appréciées que d'autres, de même que certains territoires sont plus attractifs que d'autres.

Concernant la médecine d'urgence, une étude menée par l'Appel Médical<sup>39</sup> entre mai 2013 et septembre 2013 fait apparaître une pénurie de médecins urgentistes dans l'ensemble des établissements de santé français. Elle relève une hausse de plus de 40% des offres de postes vacants. Selon Christophe Bougeard, directeur général d'Appel Médical, les urgentistes représentent la spécialité la plus recherchée par les établissements de santé<sup>40</sup>. Pour lui « *ces résultats témoignent de la difficulté du métier, caractérisé par un turn-over plus important que la moyenne. En cause notamment, l'engorgement des services d'urgences, qui rend la question des effectifs et des moyens financiers encore plus cruciale. Exposés à des situations souvent stressantes, les urgentistes doivent parer au plus pressé tout en gérant l'impatience – et parfois la violence – de certains patients ou leurs familles. Ce contexte incite peut-être certains médecins à se détourner de cette spécialité, d'où une pénurie accrue* ». D'autre part, l'Atlas de la démographie médicale 2015 montre que la population médicale en général

---

<sup>38</sup> Propos tirés de la presse écrite

<sup>39</sup> L'Appel Médical, filiale du Groupe Randstad France, est le N°1 du recrutement et du travail temporaire médical, paramédical et pharmaceutique en France depuis plus de 40 ans.

<sup>40</sup> « Pénurie de médecins : plus de 300 urgentistes manquent à l'appel de la rentrée », Caducee.net, 18 septembre 2013

est vieillissante. Ainsi « 26,4% des inscrits au tableau ont plus de 60 ans, 23% du total sont retraités et cette proportion augmente<sup>41</sup> ». Ce vieillissement est un facteur de maintien de la pénurie de praticien.

Le nombre de médecins étant plus que satisfaisant, il est nécessaire et essentiel de travailler sur l'attractivité de la profession. Mais si la réforme du temps de travail avance dans ce sens, les effets positifs ne seront en pratique visibles que dans plusieurs années. C'est un cercle vicieux : le manque d'attractivité de la profession engendre une pénurie de médecins qui limite le recrutement de nouveaux urgentistes permettant d'atteindre les effectifs cibles, ce qui limite à son tour les effets de la réforme sur l'amélioration des conditions de travail et l'attractivité de la profession. Concrètement, lorsque l'établissement réussit à recruter un nouveau praticien, ce recrutement vient souvent compenser le départ d'un autre praticien plutôt que d'augmenter les effectifs : le turn-over est en effet très important chez les urgentistes. La profession se féminise, les établissements sont aussi amenés à compenser les arrêts liés aux congés maternité qui ne sont pas prévisibles. Actuellement au CH de Lens, les quelques recrutements effectués ne vont pas augmenter les effectifs mais compensent les départs.

### **2.1.3 Une réglementation inégalement appliquée sur le territoire qui pose question**

A côté des difficultés de recrutement, le problème du financement, une autre difficulté apparaît qui est l'inégalité de la mise en place de la réforme sur l'ensemble du territoire. Nous allons vers des incohérences alors que l'on instaure des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), et nous installons une inégalité au sein même de la profession d'urgentistes.

L'absence de calendrier pour mettre en place la nouvelle réglementation favorise cette inégalité d'application. Cela laisse aux établissements le temps de définir les maquettes organisationnelles, de calculer les effectifs cibles et de définir et contractualiser les missions non postées, mais retarde l'application de la réforme.

Pour la FHF la mise en œuvre de la réforme ne peut être que progressive et doit se faire en fonction des ressources médicales disponibles. Il faut donc établir une phase transitoire pour adapter progressivement les effectifs.

Les problématiques liées au financement et au recrutement des personnels ne se poseront pas de la même façon dans tous les établissements. Elles risquent de générer,

---

<sup>41</sup> « Le conseil national de l'Ordre des médecins lance le débat sur les idées reçues de la démographie médicale », 16/06/2015, Conseil national de l'Ordre des médecins

dans un premier temps, une application différente de la circulaire suivant les établissements de santé qui l'auront mise en place.

Ainsi, la négociation mise en place à Lens répond à un contexte local particulier, elle ne sera pas la même dans un autres établissement qui connaîtra d'autres difficultés.

Par ailleurs, si les établissements sont en principe tenus d'appliquer la circulaire et l'instruction, en pratique l'absence de délai leur permet d'attendre et de retarder le plus possible sa mise en œuvre. Le Centre hospitalier de Lens est actuellement l'un des seuls sur le territoire à avoir mis en place la réforme. Les établissements voisins et leurs urgentistes commencent à se renseigner sur ce qui y a été négocié. Ainsi des inégalités naissent entre les établissements qui ont mis en place la réforme et les établissements qui ne l'ont toujours pas mise en place. Cette situation peut favoriser un « dumping social » dans le sens où des praticiens peuvent être attirés par les établissements où le processus d'application du nouveau temps de travail est en marche.

Dans le cadre des GHT il faudra veiller à harmoniser les pratiques. Pour ce qui concerne le GHT de l'Artois, seuls le CHL et le Centre hospitalier de Béthune ont des services d'urgences. Le CH de Béthune n'ayant pas encore engagé de négociation pour l'application de la réforme, le CHL va tenter d'y faire appliquer ce qui y a été négocié pour éviter un traitement inégal des praticiens au sein du même groupement, d'autant plus qu'il est envisagé de mettre en place une équipe de SMUR commune entre Lens et Béthune. Une harmonisation des pratiques paraît essentielle au sein des GHT.

Enfin, comme le précise la FHF, « cette réforme répond à une approche globale et doit être menée en cohérence avec les démarches de réorganisation territoriale des services d'urgences »<sup>42</sup>. D'ailleurs, l'instruction du 10 juillet 2015 relève que « Les objectifs de ces deux démarches sont fortement complémentaires et leur mise en œuvre doit s'envisager de manière coordonnée. Elles sont fondatrices [...] 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 ». La réorganisation territoriale est donc un soutien nécessaire à la réforme. A ce titre, la Ministre de la santé a confirmé « la nécessité d'engager au préalable des réorganisations territoriales puis des réorganisations internes aux établissements afin de

---

<sup>42</sup> « Temps de travail des urgentistes : instruction du 10 juillet 2015 », FHF, <http://federation.fhf.fr/en/Actualites/Ressources-humaines/Gestion-du-personnel-medical/Temps-de-travail-des-urgentistes-instruction-du-10-juillet-2015>

permettre la mise en œuvre des nouvelles dispositions sur le temps de travail des urgentistes<sup>43</sup> ».

On peut donc se demander s'il n'aurait pas mieux fallu engager la réorganisation territoriale des services d'urgences en amont, et proposer une réforme du temps de travail des urgentistes une fois cette réorganisation réalisée. Or pour le moment, les mesures proposées par le rapport sur la territorialisation des activités d'urgences sont restées au stade des propositions. En tous les cas, on peut conseiller aux établissements de préférer agir en cohésion avec l'ensemble des établissements du territoire et de prendre le temps de bien y réfléchir.

Pressé par les praticiens, le CHL a décidé de s'engager dans cette réforme dès janvier 2016. Dans ce cadre, il était nécessaire de proposer des adaptations à la réglementation afin de pouvoir la mettre en place progressivement sans compromettre la qualité des soins et le dispositif de permanence des soins. De l'expérience du CHL on peut relever quelques préconisations.

## **2.2 La contractualisation des obligations de services : les propositions apportées au Centre hospitalier de Lens**

### **2.2.1 Définition des obligations : temps non clinique ou temps non posté ?**

Avec la réorganisation du temps de travail, les urgentistes voient leurs obligations de service décomposées. La circulaire du 22 décembre 2014 parle de « travail clinique » et d' « activités non cliniques », alors que l'instruction et le référentiel parlent de « travail clinique posté » et de « travail non posté, clinique ou non ». Cette différence pose un problème de définition. En effet, les « activités non cliniques » et le « travail non posté clinique ou non » ne recouvrent pas les mêmes réalités. Dans la mise en place de la réforme, c'est à l'attaché de travailler sur cette définition et de délimiter le champs des activités non postées en accord avec sa direction.

Le référentiel national de gestion du temps de travail médical, applicable dans les structures de médecine d'urgence, du 10 juillet 2015, précise que les activités non postées « comprennent des missions contractualisées avec chaque praticien, en lien avec

---

<sup>43</sup> « Temps de travail des urgentistes : la FHF et les Conférences obtiennent des engagements du Gouvernement », communiqué de presse FHF, <http://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Temps-de-travail-des-urgentistes-la-FHF-et-les-Conferences-obtiennent-des-engagements-du-Gouvernement>



les activités du service ». Il est donc nécessaire de bien définir les missions que comprennent les activités non postées. Or, il y a un doute. Si on parle de travail non clinique, celui-ci comprend l'ensemble des activités autres que les activités cliniques, c'est-à-dire toutes les activités qui ne sont pas consacrées à la prise en charge médicale du patient. Si on parle maintenant de temps non posté, clinique ou non, il peut s'agir d'activités consacrées à la prise en charge du patient puisqu'elles peuvent être cliniques. On voit bien ici toute la difficulté.

Si on prend l'exemple des Activités d'Intérêts Général (AIG) régies par l'article R 6152-30 du Code de la Santé Publique (CSP), ce sont des « activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation présentant un caractère d'Intérêt Général (IG) au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'action de vigilance, de travail en réseau [...] ou auprès d'organismes à but non lucratifs présentant un caractère d'IG et concourant aux soins ou à leur organisation. » Ces activités peuvent être autant liées aux soins qu'être institutionnelles. Dans cet exemple, le « temps non posté, clinique ou non », comprend l'ensemble des AIG, alors que le « temps non clinique » exclue les AIG liées aux soins.

L'association des médecins urgentistes de France parle quant à elle de temps *texturant* évitant ainsi les problèmes d'interprétation. Elle le définit comme le temps « dédié aux processus adjacents aux soins, médicaux et paramédicaux ; processus qui ont un impact sur la qualité des soins prodigués à la population ». Elle exclue de ce temps texturant les AIG<sup>44</sup>.

Faute de clarification, le Centre hospitalier de Lens a décidé de se fier à l'instruction et au référentiel en parlant de temps non posté, qui en principe inclut les AIG, pour définir les missions propres à chaque praticien, comprises dans ce temps non posté.

Le CHL a établi un listing non exhaustif des activités non postées sur la base de la définition, complété par les retours des médecins<sup>45</sup>.

L'instruction précise que le temps non posté exclut le temps consacré à la fonction de chef de service ainsi que le temps consacré à l'exercice de mandats syndicaux.

Les missions relatives au temps non posté doivent faire l'objet d'un contrat avec chaque praticien. Le référentiel précise que ce « contrat doit être signé entre le praticien et le chef de service, visé par le chef de pôle et par le directeur d'établissement ». Toutefois, des questions se posent. Le praticien est-il tenu par les obligations non postées stipulées au contrat ou peut-il réaliser des obligations non postées autres que celles du contrat ? En

---

<sup>44</sup> Didier S., « Mode d'emploi Du référentiel national De répartition et de gestion Du temps de travail applicable dans les structures d'urgence » *AMUF*, 16/05/2015.

<sup>45</sup> Cf Annexe 4 : *Listing TNC*

effet, le praticien peut être amené à réaliser des actions relevant du temps non posté, qui ne sont pas stipulées dans son contrat. Dans ce cas il semble inopportun de ne pas les comptabiliser dans les obligations. Les établissements doivent se montrer plutôt souples quand à cet aspect.

A côté de la contractualisation des obligations non postées il a fallu trouver des solutions pour adapter la réglementation aux effectifs actuels tout en prenant en compte les difficultés financières et les difficultés de recrutement.

## **2.2.2 La nécessaire adaptation des textes par rapport aux effectifs**

Pour pouvoir mettre en place le nouveau temps de travail au sein des services d'urgences, le CHL a proposé certains ajustements par rapport à la réglementation. L'instruction précise en effet que « la nature et l'organisation du travail clinique posté et des activités non postées doivent être définies [...] en fonction des besoins en temps clinique posté issus des maquettes d'organisation des activités médicales ». Cette disposition laisse la possibilité aux établissements de procéder à certaines adaptations.

Concernant la généralisation du décompte horaire, celui-ci est déjà mis en place pour les praticiens urgentistes au Centre hospitalier de Lens. Il n'y a donc pas eu de changement sur ce point.

La difficulté concerne principalement la réorganisation du temps de travail qui décompose les obligations de service en 39 heures de temps clinique et en temps non posté dans la limite de 48 heures.

Actuellement, le CHL compte 18,6 Equivalents Temps Plein (ETP) pour les médecins urgentistes. Après refonte des maquettes organisationnelles, pour une base de 39 heures clinique, le service des urgences de Lens nécessiterait pour fonctionner normalement 25,6 ETP<sup>46</sup>. Il est donc impossible à l'heure actuelle de mettre en place les 39 heures. C'est pourquoi la Direction des Affaires Médicales (DAM) a négocié avec les médecins urgentistes une mise en place progressive du nouveau temps de travail. Ainsi après une phase de négociation entre les urgentistes et la Direction des Affaires Médicales (DAM) un compromis a été trouvé permettant d'adapter la nouvelle réglementation au contexte du CHL.

---

<sup>46</sup> Annexe 1 : *Maquette organisationnelle*, 39h

La DAM et les praticiens urgentistes se sont mis d'accord sur un temps clinique à 44 heures, le delta entre 39 et 44 étant rémunéré sur la base d'une demi-plage de temps additionnel de jour.

Toutefois, sur une base de 44 heures, les effectifs actuels restent insuffisants puisqu'il faudrait 22,73 ETP<sup>47</sup>. Pour combler ce déficit l'établissement doit recourir à des intérimaires ou demander au personnel médical de réaliser du temps additionnel conformément aux dispositions de l'instruction et de la directive européenne. Pour inciter les praticiens urgentistes de l'hôpital à réaliser du temps supplémentaire, il a été convenu que ces derniers, en cas de nécessité de service, et une fois leurs obligations remplies, avaient la possibilité de réaliser du temps additionnel (TA). Ce TA est soit rémunéré par demi-plage de temps additionnel de jour, majoré de 20%, soit récupéré. La majoration de 20% est acceptée par l'établissement, puisqu'elle évite le recours aux intérimaires, aussi coûteux mais plus aléatoire en terme de disponibilité et d'adaptation à la structure et aux équipes.

Relativement au temps de travail non posté, après négociation, et de façon temporaire, celui-ci a été réduit à 4 heures hebdomadaires lissées sur le quadrimestre. Chaque praticien doit donc réaliser individuellement 4 heures hebdomadaires, faute de quoi les obligations de service ne seront pas considérées comme remplies.

C'est une phase transitoire. La direction des affaires médicales s'est engagée à procéder à des recrutements pour les services d'urgences, afin d'atteindre l'effectif cible de 25,6 ETP. Une réévaluation annuelle du dispositif est prévue.

La négociation a été validée par la Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins (COPS) et par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) conformément aux dispositions de la circulaire et de l'instruction. Elle pose néanmoins plusieurs difficultés pratiques dans son suivi.

### **2.2.3 Les préconisations relatives à la répartition et à l'évaluation des obligations**

Si l'instruction prévoit que seules les obligations liées au temps non posté sont contractualisées, en pratique il a fallu mettre en place un contrat global d'organisation du temps de travail explicitant l'ensemble des obligations du praticien (voir ci-dessus). Les difficultés soulevées lors de cette contractualisation permettent de dégager différentes recommandations pour les établissements qui seraient dans une situation comparable à celle du CHL.

---

<sup>47</sup> Annexe 2 : *Maquette organisationnelle, 44h*

La nouvelle réglementation sur le temps de travail laisse la possibilité aux établissements de moduler les obligations afin de « mieux répondre aux besoins collectifs et aux aspirations individuelles »<sup>48</sup>. Le référentiel sur le temps de travail précise : « des modalités différentes d'organisation et de répartition du temps de travail peuvent être envisagées, privilégiant une approche collective ». Les praticiens urgentistes du CHL n'ont pas souhaité privilégier une telle approche. Dès lors, ils sont tenus d'effectuer chacun individuellement 44 heures de temps clinique posté et 4 heures de temps non posté, clinique ou non. Or, certains praticiens réalisent beaucoup d'activités dites non postées quand d'autres n'en réalisent pas du tout. Ce constat soulève plusieurs questions : quid des praticiens qui dépasseraient leurs obligations de temps non posté et inversement pour les praticiens qui ne réaliseraient pas leurs obligations ou qui ne souhaitent pas faire de temps non posté. Dans ce contexte, envisager une approche collective paraît plus opportun puisqu'elle permet d'apprécier les obligations sur l'ensemble de l'équipe et non pas individuellement et donc de diluer les particularités individuelles.

Le référentiel ne fait état d'aucune précision concernant les praticiens qui effectueraient trop ou pas assez de temps non posté. On déduit de sa lecture que seul le temps clinique posté peut générer du temps additionnel.

Si le praticien ne remplit pas ses obligations de temps non posté, il a été décidé, au CHL, qu'une réduction à due proportion serait effectuée sur le temps additionnel clinique réalisé et à défaut sur les RTT (réduction du temps de travail) et les congés annuels<sup>49</sup>. Pour ceux qui dépassent leurs obligations de temps non posté, il a été convenu que le surplus pourrait être récupéré. Le suivi des obligations n'en est que plus délicat, tâche qui revient à l'attaché d'administration hospitalière.

Pour les praticiens qui ne souhaitent pas faire de temps non posté, le temps normalement dédié aux activités non postées devant être au titre des activités cliniques suite à la négociation, ils devraient faire 48 heures de temps clinique posté. Cette solution complexifie la lisibilité du temps de travail : si chacun doit en principe réaliser du temps non posté, en pratique certains pourront en être exemptés. Il n'y a plus égalité de traitement pour tous les urgentistes.

La question du suivi des obligations et leur évaluation est fondamentale dans le système. Le référentiel prévoit de donner le contrôle des obligations non postées au chef de service, et non aux Affaires Médicales. Il est essentiel que le chef de service fasse ce

---

<sup>48</sup> Référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence, 10 juillet 2015

<sup>49</sup> Annexe 3 : *Contrat d'organisation du temps de travail au sein des services d'urgences*

suivi, sans complaisance, afin que les Affaires médicales puissent se reposer sur ses résultats en toute confiance et évaluer précisément le respect des obligations de chacun. Ce système précis et complexe ne fonctionnera que s'il existe entre le chef de service et la DAM de bonnes relations basées sur la confiance.

D'autre part, seul le suivi des obligations au quadrimestre est mentionné dans l'instruction ; la DAM du CHL procède également à une évaluation annuelle. En effet, de cette évaluation dépend le versement du temps additionnel. Une évaluation annuelle est plus adaptée puisque les activités non postées ne sont pas réparties régulièrement sur l'année. Pour cela, un tableau relevant les obligations réalisées et celles qui restent à faire est mis en place. Communiquer ce tableau régulièrement aux praticiens permet de les informer et des les impliquer ; il est essentiel qu'ils se responsabilisent sur le suivi de ces obligations, qui conditionnent la bonne répartition du temps de travail.

La mise en place du nouveau temps de travail nécessite un suivi important, notamment parce que la réalisation de temps additionnel est conditionnée à la réalisation effective de l'ensemble des obligations postées et non postées des praticiens. Or, l'adaptation de la réglementation au contexte local peut considérablement complexifier le dispositif. Ces adaptations augmentent la charge de travail des directions des affaires médicales et particulièrement des attachés travaillant dans ces directions. Dans leur réflexion pour la mise en place de la nouvelle réglementation, passant ou non par des négociations, les établissements doivent tenir compte des difficultés induites sur le suivi du temps de travail, celui-ci s'orientant facilement vers ce qu'on appelle communément « une usine à gaz ».

Enfin, on peut conseiller très concrètement aux établissements qui n'ont pas encore mis en place la réforme de l'envisager globalement sur leur territoire d'intervention, afin d'intégrer toutes les particularités locales.



## Conclusion

La circulaire du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicable dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR, et l'instruction du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence ont été diversement accueillies dans le secteur sanitaire.

Si la réorganisation du temps de travail des urgentistes a été saluée par les syndicats qui y voient une avancée majeure pour les praticiens urgentistes et les services d'urgences, en revanche, les autres spécialités y voient une mesure discriminatoire, les établissements eux se demandent comment mettre en place une réforme aussi coûteuse dans un contexte budgétaire contraint.

La pénurie de praticiens hospitaliers, particulièrement pour la médecine d'urgence, et le contexte budgétaire restreint empêchent d'appliquer en l'état cette instruction. Cela explique qu'un an après sa parution, les établissements ne l'ont pas tous encore mise en place. Cette non application est révélatrice des difficultés que la réforme soulève. Dans certains établissements comme le CHU de Clermont Ferrand, les praticiens urgentistes n'envisagent pas d'application avant une réorganisation profonde des urgences<sup>50</sup>, dans d'autres établissements, des tensions se font ressentir, et la colère monte à l'égard des directions qui ne mettent pas en place la réforme. C'est le cas par exemple à Versailles où les urgentistes réclamaient à l'occasion d'une grève engagée le 9 juin 2016 la mise en place du référentiel<sup>51</sup>.

Les objectifs de la réforme sont louables. En délimitant clairement le temps de travail des urgentistes et en mettant en place des plages de temps non clinique, la réforme vise à améliorer les conditions de travail des urgentistes, fortement dégradées, à rendre plus attractive la profession notamment pour les jeunes praticiens et à limiter le turn-over important dans ces services.

Mais, si la nécessité de cette réforme ne peut être contestée, en pratique, on l'a vu, beaucoup d'éléments jouent en sa défaveur, et son adaptation peut au contraire rendre le temps de travail des urgentistes difficilement lisible.

---

<sup>50</sup> Dimitri S., « Le temps de travail des urgentistes : une révolution culturelle aux impacts organisationnel et financier majeurs », *mémoire de l'EHESP*, 2015

<sup>51</sup> AMUF, « Soutien aux urgentistes de Versailles », communiqué de presse, 09 juin 2016, disponible sur [amuf.fr](http://amuf.fr),

La nouvelle organisation résulte d'un accord entre les syndicats et le ministère de la Santé, intervenu au terme d'une grève nationale de 24 heures, que certains qualifient d' « éclair », fin 2014. On peut légitimement se demander si cette réforme n'a pas été prise dans la précipitation pour interrompre une grève qui menaçait la période des vacances de Noël . Elle pêche par l'absence d'une approche globale. Réorganiser l'ensemble du système des urgences et l'interconnection avec la médecine libérale, redéfinir la territorialisation des activités d'urgences en amont aurait facilité l'application du nouveau temps de travail des acteurs du secteur, en tendant vers une uniformisation.

Cette réforme crée aussi une distinction entre les médecins urgentistes et les autres praticiens hospitaliers pour qui les obligations de temps clinique restent maintenues à 48 heures hebdomadaires. Au niveau national comme au niveau local des tensions surgissent face à cette inégalité. Ces tensions ne doivent pas être négligées puisqu'elles pourraient provoquer, à terme, une généralisation de la réforme à tous les praticiens hospitaliers, avec les conséquences financières associées, importantes pour les établissements hospitaliers.

Globalement, si cette réforme marque une avancée importante pour les praticiens urgentistes, elle est certainement intervenue précipitamment dans un contexte difficile qui ne facilite pas son application.







---

## Sources et Bibliographie

---

### Ouvrages et Articles :

Danet F., « La médecine d'urgence : de la dégradation à la démocratisation de l'hôpital », *Communication et organisation*, 29 | 2006, 172-184.

Danet F., « La médecine d'urgence. Du sale boulot à l'expansion sans limite », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 2/2008 (Numéro 78), p. 67-78

Vassy C., « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements* 2/2004 (n° 32), p. 67-74

Drexler A., Deniel P., « Référentiel urgences, quels impacts sur le temps de travail médical ? », *Revue hospitalière de France*, n°565 juillet-août 2015.

Carrasco V., « L'activité des services d'urgences en 2004 », *DRESS, Etudes et Résultats*, N° 524 septembre 2006

Moquet-Anger M-L., « Droit hospitalier » 3<sup>e</sup> éd., 2014.

Storme D., « Mode d'emploi Du référentiel national De répartition et de gestion Du temps de travail applicable dans les structures d'urgence » *AMUF*, 16/05/2015.

Storme D., « Le travail clinique posté et le travail non posté, clinique ou non, ce dernier sera nommé travail texturant (TXT) », *Amuf*, 01/10/2015

FHF, « Temps de travail des urgentistes : instruction du 10 juillet 2015 », FHF disponible sur fhf.fr

FHF, « Temps de travail des urgentistes : la FHF et les Conférences obtiennent des engagements du Gouvernement », communiqué de presse FHF disponible sur fhf.fr

FHF, « Temps de travail des urgences : dépenser plus pour économiser plus ? », communiqué de presse FHF, disponible sur fhf.fr

Haroche F., « Réforme du temps de travail des urgentistes : une "ségrégation" entre praticiens hospitaliers ? », 30/07/2015, *Journal international de médecine*

« Pénurie de médecins : plus de 300 urgentistes manquent à l'appel de la rentrée », 18 septembre 2013, *caducee.net*

Conseil national de l'Ordre des médecins, « Le conseil national de l'Ordre des médecins lance le débat sur les idées reçues de la démographie médicale », 16/06/2015.

## **Textes législatifs et réglementaires**

Code de la Santé Publique

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

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

Référentiel national de gestion du temps de travail

Commission Européenne, Mémo 13-820, 26 septembre 2013

Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière

Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale

Décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics

### **Rapports/Enquêtes :**

Grall J-Y., « Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences », juillet 2015

Le Menn J., Chalvin P. « Rapport sur l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital », novembre 2015

Dimitri S., « Le temps de travail des urgentistes : une révolution culturelle aux impacts organisationnel et financier majeurs », *mémoire de l'EHESP*, 2015

« Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitalier », IGAS, 2009

Enquête nationale AMUF 2011 : « Médecins Urgentistes, quel avenir ? », 21 octobre 2011

### **Sites internet :**

[www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

[www.amuf.fr](http://www.amuf.fr)

[www.medscape.fr](http://www.medscape.fr)

[www.europa.eu](http://www.europa.eu)

[www.jim.fr](http://www.jim.fr)

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Maquette organisationnelle 39 heures

Annexe 2 : Maquette organisationnelle 44 heures

Annexe 3 : Contrat d'organisation du temps de travail au sein des services d'urgences

Annexe 4 : listing TNC

Annexe 5 : Tableau de suivi

Annexe 6 : Estimation surcoût urgences 2015/2016



## Annexe 2 : Maquette organisationnelle 44 heures

### temps de travail de 44h uniquement hebdoo SANS la filière rapide

MEDICONS	Secteur	Filière	UHGCD	USC	SMUR 1	SMUR 2	TOTAL	Semaine				Dimanche et jours fériés				Semaine type	Année type				
								matin	après-midi	18h-22h	nuit	matin	après-midi	18h-22h	nuit						
	Lourd							1	1	1	1	1	1	1	1						
	Léger							2	2	2	2	2	2	2	2						
	Rapide							1	1	1	1	1	1	1	1						
								0	0	0	0	0	0	0	0						
								0	0	0	0	0	0	0	0						
								1	1	1	1	1	1	1	1						
								0	0	0	0	0	0	0	0						
								0	0	0	0	0	0	0	0						
								1	1	1	1	1	1	1	1						
								1	1	1	1	1	1	1	1						
								1	1	1	1	1	1	1	1						
								3	3	3	3	3	3	3	3						
								7	7	7	7	7	7	7	7						
								35	35	12	30	20	12	30	20	12	30				
								112								92	82	734	3827286		
								Internes													
								Secteur													
								Filière													
								SMUR													
								TOTAL													
								2								1		2			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			
								1								1		1			



## **Annexe 3 : Contrat d'organisation du temps de travail au sein des services d'urgences**



Centre Hospitalier de Lens

### **CONTRAT D'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL AU SEIN DU SERVICE DES URGENCES**

**Dr X**

---

Vu l'arrêté du 08 Novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 Avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes

Vu la circulaire DGOS/2014/359 du 22 Décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgence-SAMU-SMUR,

Vu l'instruction 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,

Il est convenu ce qui suit entre :

- Monsieur Edmond MACKOWIAK, directeur du Centre Hospitalier de LENS,
- Monsieur le Docteur X, praticien hospitalier temps plein au sein de l'unité médicale des Urgences,
- Monsieur le Docteur Etienne LE JOUBIOUX, praticien hospitalier temps plein, Responsable de l'Unité médicale des urgences,
- Monsieur le Docteur Laurent TRONCHON, praticien hospitalier temps plein, Chef du Pôle ARUMP,

#### **Préambule :**

L'instruction du 10 juillet 2015 décompose le temps de travail au sein des services d'urgence en activités cliniques postées et en activités non postées, cliniques ou non, réparti comme suit : 39 heures de travail clinique posté et un forfait de travail non posté, dans la limite de 48 heures hebdomadaires en moyenne au quadrimestre.

Conformément à l'instruction et aux vues des nécessités de service, des modalités alternatives ont été proposées après concertation avec l'unité médicale des Urgences, le chef de pôle ARUMP et la direction des Affaires Médicales et suivant les recommandations de la collégiale des urgentistes.

Il a été décidé, durant une phase transitoire, de définir les obligations de temps clinique à 44h hebdomadaires et les activités non cliniques à ½ journée hebdomadaire, lissées sur le quadrimestre.



Cette étape intermédiaire au passage des 39h et 2 ½ journées hebdomadaires tel que définie par l'instruction sera révisée en fonction de l'ajustement des effectifs du service par rapport aux effectifs cibles (**2016** : 18.7 ETP au lieu de 25.60 ETP cible)

### **Article 1 : Définition des obligations de service pour l'année 2016**

Le Dr X s'engage à réaliser 44 heures de travail clinique posté et ½ journée de travail non posté, clinique ou non, dans la limite de 48 heures hebdomadaires.

Sur la base du volontariat et afin d'assurer la continuité des soins le Dr X peut réaliser du temps additionnel (Cf article 5).

Le travail posté 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.

Le travail non posté (clinique ou non) correspond à des missions spécifiques qui dépendent de chaque praticien et qui sont contractualisées individuellement à l'article 2 du présent contrat. Une liste des activités non postées est jointe en annexe.

Conformément à l'instruction du 10 juillet 2015 sont exclus du temps non posté « Le temps consacré aux fonctions de chef de service » et « Le temps consacré à l'exercice de mandats syndicaux ».

Pour l'année 2016, sur la base des 44h cliniques et ½ journée non clinique hebdomadaire, les obligations d'un PH temps plein sont définies comme suit :

✓1<sup>er</sup> quadrimestre : 739h12 de temps posté et 17 ½ plages de temps non posté

✓2<sup>ème</sup> quadrimestre : 756h48 de temps posté et 18 ½ plages de temps non posté

✓3<sup>ème</sup> quadrimestre : 730h24 de temps posté et 17 ½ plages de temps non posté

➤ Soit un temps annuel de 2225.84h de temps posté et 52 ½ plages de temps non posté

Pour les praticiens à temps partiel ces obligations sont proratisées à due proportion.

En lien avec le problème de démographie actuel, il est proposé, de façon transitoire, d'opérer un transfert entre les obligations postées et non postées, tout en respectant au minimum 70% des obligations non postées soit 12 ½ journées pour chaque quadrimestre.

Les 30 % non réalisés au titre du temps non posté doivent l'être au titre du temps clinique. Ce temps clinique ne génère pas de temps additionnel.

### **Article 2 : identification des obligations non postés du Dr X**

Les activités non postées identifiées sont :

○ *Au titre des activités cliniques non postées :*

- Représentant aux commissions CACNP et COPIL DISH (notamment DPI)

- Référent des internes et externes, et de la filière traumatologique rapide
- o *Au titre des activités non cliniques non postées :*
  - FMC/DPC
  - ...

Cette liste est indicative et non exhaustive, d'autres activités peuvent être réalisées par le praticien au cours de l'année.

### **Article 3 : Comptabilisation annuelle du temps de travail non posté**

Conformément aux dispositions de l'instruction du 10 juillet 2015, le temps de travail non posté ne génère pas de temps additionnel.

Les obligations liées au temps de travail non posté sont comptabilisées en moyenne au quadrimestre.

Un décompte annuel sera effectué afin de déterminer si le praticien a rempli ces obligations sur l'année (TC + TNC).

Dès lors, 3 situations sont possibles :

- Les obligations ont été remplies
- Les obligations ont été remplies et dépassées : le TNC ne générant pas de temps additionnel, le surplus devra être récupéré.
- Les obligations n'ont pas été remplies : dans ce cas une déduction à due proportion sera effectuée sur le temps additionnel clinique à défaut, sur les RTT et les CA.

Si, en dehors du temps qu'il consacre au développement professionnel continu, le praticien ne fait pas de temps non clinique, le temps en principe consacré aux obligations non cliniques doit, dans cette hypothèse, être basculé en temps clinique sans que cela ne génère de temps additionnel dans la limite de 48 heures.

Chaque situation sera étudiée au cas par cas.

### **Article 4 : Valorisation du temps de travail clinique au-delà de 39 heures**

Le présent contrat organise les activités cliniques sur 44 heures au lieu de 39 heures. Dès lors, et conformément à ce qui a été convenu, le delta entre 39 et 44 heures est rémunéré sur la base d'une demi-plage de temps additionnel de jour.

### **Article 5 : Modalités relatives au temps additionnel**

#### **5.1 Recours au temps de travail additionnel**

En cas de nécessité de service le praticien peut, sur la base du volontariat, réaliser du temps de travail additionnel une fois ses obligations de service remplies.

Le temps de travail additionnel peut être prévisible ou ponctuel.

Pour rappel, le praticien est réputé avoir accompli ses obligations de service lorsqu'il a travaillé 44 heures en temps clinique posté et rempli les objectifs assignés dans le cadre des missions spécifiques contractualisées.

### ***5.2 Engagement pour effectuer du temps de travail additionnel au-delà de 48 heures***

Pour l'année 2016, Le Dr X s'engage à effectuer à minima (nombre) demi-journées de temps de travail additionnel, à la fois prévisionnel et ponctuel (événements non programmés)

### ***5.3 Valorisation du temps de travail additionnel***

Les heures de travail clinique posté réalisées au-delà des 44 heures cliniques en moyenne par quadrimestre, sont cumulées par plages de cinq heures et converties en demi-périodes de temps de travail additionnel. Elles sont, au libre choix du praticien, soit rémunérées chacune à hauteur d'une demi-période de temps de travail additionnel de jour majorée de 20%, soit récupérées.

Les plages de temps additionnel effectivement réalisées sont décomptées par la direction des affaires médicales en fonction des tableaux de service signés par le chef de service.

Lorsque l'effectif cible est atteint, le service ne doit plus générer de temps additionnel sauf circonstances exceptionnelles.

### **Article 6 : Contrôle et validation des obligations**

Le Dr X indique dans les tableaux de service ses plages de temps non posté dites « TNC », et fournit les éléments permettant d'attester de la réalisation de ses missions.

La réalisation des activités non postées est validée tous les quadrimestres par le responsable de service.

Dans un souci de meilleure gestion et dans le cadre de la certification des comptes, visée à l'article L6145-16 du Code de la Santé Publique, le Responsable du service transmet à la Direction des affaires médicales les justificatifs liés aux obligations de services et notamment ceux liés aux activités non postées.

Le Responsable du service reçoit le détail des activités réalisées par le praticien, et y appose sa signature pour la prise en compte dans le calcul du temps additionnel. Une copie de cette liste est transmise pour information au chef de pôle.

L'évaluation du TNC est réalisée annuellement par le responsable de service, tant au niveau quantitatif (*cf* art 3) qu'au niveau qualitatif.

**Article 7 : Durée et renouvellement du contrat**

Le présent contrat est signé pour une période d'un an à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016

Le contrat est renouvelé annuellement de façon expresse.

**Article 8 : Révision du contrat**

Le présent contrat peut être révisé par avenant si les nécessités de service le justifient.

Fait à

Le

Les signataires :

Le responsable du service,

Dr ...

Le praticien,

Dr ...

Visa du chef de pôle en date du  
du

Visa du directeur de l'établissement en date

## **Annexe 4 : listing TNC**

### ***Temps non posté clinique :***

- Formation médicale continue (FMC)
- Revue de morbi-mortalité (RMM)
- Comité de retour d'expérience (CREX)
- Evaluation des pratiques professionnelles (EPP)
- Suivi des évènements indésirables
- Plages de consultation « La PASS »
- Gestion des plaintes
- Elaboration des protocoles
- Enseignement dans les différents services
- Rédaction des procédures de soins
- Réunions scientifiques
- AIG

### ***Temps non posté non clinique***

- Participation aux différentes instances
- Mission de conseil ou d'appui dans les administrations publiques, les établissements privés participant au SPH ou des organismes à but non lucratif ayant un caractère d'IG et concourant aux soins ou à leur organisation (art 11 décret 29 déc 1982)
- Participation à des groupes de travail
- Réunions extérieures (ARS, Préfecture)
- Référent planning (élaboration tableaux de garde, plannings)
- Participation aux instances de coordination de la gestion des crises sanitaires
- Encadrement étudiants/internes
- Activité de recherche/de qualité
- Contribuer aux travaux de recherche, et d'enseignement universitaire
- AIG (art R6152-30 CSP)
- Contribution à des actions de vigilance
- Suivre et analyser l'activité
- Recensement de données (ex : RéAC registre électronique des arrêts cardiaques)
- Participation aux jurys de concours

### ***Exclusion du TNC :***

- Transmission
- Codage
- Rédaction courriers ALD
- Rédaction des courriers de décès
- Mails
- Réunions d'UHCD
- Relecture des dossiers

## Annexe 5 : Tableau de suivi

NOM	SUIVI TA 1ER QUADRIMESTRE SERVICE DES URGENCES																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	SOMME TEMPS TRAVAIL EFFECTIF (neutralisatio n ca + tt)
	0	33,6	33,6	33,6	33,6	28,8	19,2	48	33,6	33,6	0	0	28,8	28,8	28,8	33,6	28,8	446,4
	70,8	38	28,8	0	57,6	23,6	0	23,6	0	9,6	33,6	57,2	57,6	57,2	0	24	61,6	543,2
	19,2	19,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38,4
	57,6	9,6	56,8	43,2	47,6	43,2	66	33,6	37,6	61,6	43,2	24	24	0	0	24	57,6	629,6
	23,6	48	34	57,6	0	57,6	57,6	28,8	67,2	0	67,6	33,6	24	47,6	47,2	52,8	9,6	656,8
	28,8	28,6	48	68	48	33,6	0	58	24	48	24	43,2	24	0	48	28,6	24	576,8
	37,6	9,6	48	67,2	24	68	48	32,8	24	0	72	33,6	38	68	48	14,4	33,6	666,8
	48	37,6	0	57,6	33,6	67,2	67,6	33,6	33,6	0	57,2	33,6	48	48	24	43,2	43,2	676
	33,2	43,2	56,8	47,2	38,8	0	57,6	52,8	33,6	0	43,2	43,2	57,6	43,2	10	19,6	43,2	623,2
	43,2	56,8	43,2	43,2	9,6	47,2	42,4	9,6	37,2	47,2	37,6	48	19,2	0	61,6	24	48	618
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26,4	44	70,4
	0	9,6	52	52,8	43,2	38,4	0	24	47,2	47,6	33,6	43,2	34	57,6	52,8	24	43,2	603,2
	48	33,6	52,8	0	57,2	56,8	48	56,8	53,6	67,2	43,2	37,6	37,6	43,2	77,2	33,6	0	746,4
	52,4	62	32,4	48	48	28,8	48	48	4,8	43,2	0	72	38,4	52	48	48	28,8	702,8
	19,2	58	33,6	0	43,2	48	56,8	43,6	33,6	67,2	37,6	43,2	19,6	57,6	0	56,4	29,6	647,2
	43,2	33,6	57,6	0	67,2	33,6	47,2	33,6	62,8	43,2	0	0	57,2	71,2	48	76,8	43,2	718,4
	47,2	53,2	43,2	48	14	24	0	48	48	48,4	14	24	38,4	0	57,2	33,6	38,4	579,6
	28,8	24	0	34	24	0	43,6	33,6	38	24	24	52	29,2	33,6	0	38,4	33,6	460,8
	53,2	43,2	44	47,2	43,2	48	0	43,2	33,6	43,2	52,8	23,6	33,6	0	66	19,2	33,6	627,6
Somme :	654	641,4	664,8	647,6	632,8	646,8	602	651,6	612,4	584	583,6	612	609,2	608	616,8	620,6	644	10631,6



**NOM**

**TEMPS CLINIQUE**

**TEMPS NON CLINIQUE**

SOMME CA, RTT, MAL, MATE EN JOURNE ES PRIS AU QUAD	SEMAINES A TRAVAILLER NEUTRA CA ET RTT. PRISE EN COMPTE DES TPS PART	OBL calculés sur 39h (a)	TEMPS CLINIQUE calculé sur 44 H (b)	TEMPS DE TRAVAIL EFFECTIF SUR BASE 44 H (c)	TC > 39 h (d) = (c - a)	TC > 44 h (e) = (c - b)	TA EN HEURES entre 39 et 44 h (f) = (d - e)	CONVEN PLAGES DU TA ENTRE 39h ET 44h (g) = f/5 (plages de 5 heures)	COUT TA ENTREE 39h et 44h	CONV EN PLAGE S DU TA >44h (h)=e/5 (plages de 5 heures)	COUT TA >44h	TOTAL COUT TA DU QUAD	OBL TNC	FM réalisées	TNC REALIS ES	EC OBI - T
9	8,4	318,8	360,8	446,4	127,6	85,6	42	8,4	1 333 €	17,12 heures)	3 261 €	4 594 €	8,2	0	0	0
24,5	12,1	463,1	523,6	543,2	80,1	19,6	60,5	12,1	1 921 €	3,92	746 €	2 667 €	11,9	14	6	6
79,5	1,1	34,1	39,6	38,4	4,3	-1,2	0	0	0 €	0	0 €	0 €	0,9	0	1	1
13	14,4	552,8	624,8	629,6	76,8	4,8	72	14,4	2 286 €	0,96	182 €	2 468 €	14,2	0	1	1
12	14,6	500,6	633,6	656,8	96,2	23,2	73	14,6	2 318 €	4,64	884 €	3 202 €	14,4	17	12	12
18,5	13,3	509,9	576,4	576,8	66,9	0,4	66,5	13,3	2 111 €	0,08	15 €	2 126 €	13,1	0	6	6
11	14,8	568,4	642,4	666,8	98,4	24,4	74	14,8	2 349 €	4,88	929 €	3 278 €	14,6	5	5	5
15	14	537,2	607,2	676	138,8	68,8	70	14	2 222 €	13,76	2 621 €	4 843 €	13,8	11	1	1
15	14	537,2	607,2	623,2	86	16	70	14	2 222 €	3,2	609 €	2 831 €	13,8	0	0	0
14	14,2	545	616	618	73	2	71	14,2	2 254 €	0,4	76 €	2 330 €	14	0	2	2
76	1,8	61,4	70,4	70,4	9	0,00	9,00	1,80	285 €	0,00	0 €	285 €	1,6	0	0	0
17,5	13,5	517,7	585,2	603,2	85,5	18	67,5	13,5	2 143 €	3,6	685 €	2 828 €	13,3	0	8	8
10	15	576,2	651,2	746,4	170,2	95,2	75	15	2 381 €	19,04	3 627 €	6 008 €	14,8	17	0	0
5	16	615,2	695,2	702,8	87,6	7,6	80	16	2 540 €	1,52	289 €	2 829 €	15,8	0	20	20
11	14,8	568,4	642,4	647,2	78,8	4,8	74	14,8	2 349 €	0,96	182 €	2 531 €	14,6	17	0	0
6	15,8	607,4	686,4	718,4	111	32	79	15,8	2 508 €	6,4	1 219 €	3 727 €	15,6	20	0	0
19	13,2	506	572	579,6	73,6	7,6	66	13,2	2 095 €	1,52	289 €	2 384 €	13	1	12	12
18	10	381,2	431,2	460,8	79,6	29,6	50	10	1 587 €	5,92	1 127 €	2 714 €	9,8	6	17	17
13	14,4	552,8	624,8	627,6	74,8	2,8	72	14,4	2 286 €	0,56	106 €	2 392 €	14,2	0	2	2
Somme :							1171,5	234,3	37 190 €	88	16 847 €	54 037 €				

Annexe 6 : Estimation surcoût urgences 2015/2016

ESTIMATION SURCOUT URGENCES 2015/2016

	Mercenaires		TAJ		Bonus garde		SOMME	
	brut	chargé	brut	chargé	brut	chargé	brut	chargé
2015	23 480 €	34 515 €	28 991 €	42 617 €	79 705 €	117 166 €	132 175 €	194 298 €
Proj 2016	154 451 €	210 925 €	162 657 €	239 106 €	54 146 €	79 594 €	371 254 €	529 625 €
<b>Surcoût</b>	<b>130 971 €</b>	<b>176 410 €</b>	<b>133 666 €</b>	<b>196 489 €</b>	<b>-25 559 €</b>	<b>-37 572 €</b>	<b>239 079 €</b>	<b>335 327 €</b>
Prev EPRD	195 532 €	251 048 €	137 523 €	203 534 €	63 510 €	93 995 €	396 565 €	548 577 €
Ecart EPRD / Proj 2016	-41 081 €	-40 123 €	25 134 €	35 572 €	-9 364 €	-14 401 €	-25 311 €	-18 952 €



**Attaché d'Administration Hospitalière**

Promotion 2016

**Le temps de travail des urgentistes : un challenge pour les établissements de demain**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

**Résumé :**

La circulaire ministérielle n°DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences du type SAMU-SMUR pose trois principes : la généralisation du temps continu ; la mise en place d'un référentiel national de temps de travail des urgentistes basé sur 39 heures de temps clinique et d'un forfait de temps non clinique dans la limite de 48 heures hebdomadaires ; et enfin l'adaptation territoriale des organisations de l'urgence.

L'instruction n°DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 et le référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence viennent préciser cette circulaire.

Le temps de travail clinique des médecins urgentistes passe de 48 heures à 39 heures hebdomadaires. Si ce changement marque un tournant important pour les urgentistes et constitue notamment une amélioration de leur conditions de travail, ce qui renforce l'attractivité de leur profession, plus d'un an après la parution de l'instruction, les établissements ne l'ont pas tous encore mise en place.

Ce mémoire relève les avantages et les inconvénients de cette réforme et explicite l'ensemble des difficultés rencontrées dans la mise en place par les établissements, particulièrement par le Centre Hospitalier de Lens, impact budgétaire non négligeable de la réforme dans un contexte difficile, démographie médicale défavorable, ou encore inégalité de traitement entre praticiens, etc...

L'expérience du Centre hospitalier de Lens, même si on dispose de peu de recul, permet de dégager des recommandations dans la mise en place de ce nouveau temps de travail.

**Mots clés :**

Temps de travail des urgentistes, urgentistes, praticiens urgentistes, praticiens hospitaliers, organisation du temps de travail, réorganisation, services d'urgences,

*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.*