



**EHESP**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2020 –

**« LA DIRECTIVE 2003/88/CE SUR LE TEMPS DE  
TRAVAIL DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ  
ET MÉDICO-SOCIAUX EN FRANCE »**

– Groupe n° 22 –

- COLAS Alexandre
- GENES Isabelle
- LUCREZIA Jean
- MEILLEUR Lisa
- MORIZOT Jonathan
- PERRU-MIGNOT
- TESSIER Alice
- TRAVERS Anne

*Animateur*  
*CORON Gaël*





---

## Remerciements

---

Les membres du groupe souhaitent remercier leur animateur Gaël Coron qui, par le choix de ce sujet, a dirigé notre attention sur les détails techniques et politiques de l'organisation du temps de travail des professionnels du social et de la santé, ainsi qu'à l'enchevêtrement des corpus normatifs européens et nationaux en la matière. Nous le remercions également pour sa disponibilité, sa bienveillance, son accompagnement et ses conseils avisés.

Nous tenons de la même manière remercier l'ensemble des personnes, professionnels et représentants institutionnels, qui, en ces temps pourtant marqués par l'urgence de la crise, ont accepté de nous recevoir et de répondre à nos questions : directeurs d'hôpitaux, directeurs des soins, directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, représentants des organisations syndicales, enseignants-chercheurs, éditeurs de logiciels, et l'ensemble des personnes ayant collaboré à ce travail.

L'ensemble de ces échanges a fourni à notre groupe aussi bien la matière de notre réflexion que l'angle d'analyse avec lequel nous avons jugé utile d'appréhender ce sujet.

---

## S o m m a i r e

---

Liste des sigles utilisés.....	
Méthodologie d'enquête.....	
<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Tant sur le plan de la règle juridique que sur le plan des pratiques professionnelles, les garanties apportées au travailleur par la directive de 2003 font l'objet d'une application contrastée dans les établissements.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Sur le plan juridique, la directive de 2003 protège tous les travailleurs mais s'applique de manière spécifique dans les hôpitaux et établissements médico-sociaux.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 La Directive de 2003 garantit certaines protections aux travailleurs dans un contexte où l'Europe sociale peine à s'affirmer.....	3
1.1.2 Si, aux termes de la directive, les établissements de santé peuvent déroger aux protections accordées aux travailleurs, le droit français n'a pas fait le même usage de ces dérogations pour le personnel médical et le personnel non médical...	6
<b>1.2 Dans la pratique, la directive reste peu connue dans les établissements et des difficultés d'application persistent .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Des écarts persistants à la règle européenne existent en pratique : certains sont occasionnels, d'autres sont plus systématiques.....	9
1.2.2 Ces écarts sont cependant peu étudiés et parfois difficilement quantifiables .....	11
<b>2 Si les écarts aux règles européennes ont des origines multiples selon les professions, leur résorption repose sur un cadre national clarifié et une applicabilité locale souple .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Les causes des écarts observés dans les pratiques diffèrent pour le PNM et pour le PM.....</b>	<b>14</b>
2.1.1 Pour le PNM, les écarts constatés ont des origines multiples : continuité de service public, caractère sous tension de certains corps, culture professionnelle..	15
2.1.2 Pour le PM, la maîtrise du temps de travail médical se heurte à des obstacles statutaires, organisationnels et culturels forts .....	17

<b>2.2</b>	<b>Face aux solutions organisationnelles possibles et respectueuses du temps de travail, les questions du portage politique et du desserrement des contraintes sur les ressources locales appellent à une réforme d'ampleur.....</b>	<b>19</b>
2.2.1	Plusieurs pistes peuvent être envisagées au niveau national afin de respecter davantage les impératifs de temps de travail et de limiter l'impact d'une condamnation en manquement .....	20
2.2.2	Au niveau local certaines solutions peuvent être envisagées, en tenant compte du contexte de l'établissement .....	25
	<b>Conclusion.....</b>	<b>28</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>29</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>XXXV</b>
	<b>Annexe n° 1 : Synthèse des entretiens réalisés.....</b>	<b>XXXVI</b>
	<b>Annexe n° 2 : Entretiens : constatations des écarts .....</b>	<b>XXXVII</b>
	<b>Annexe n° 3 : Retranscription d'un panel des entretiens .....</b>	<b>XXXVIII</b>
	<b>Annexe n° 4 : Analyse juridique de l'impact de la directive de 2003/88/CE sur la situation juridique et statutaire des PH en France .....</b>	<b>LIII</b>
	<b>Annexe n° 5 : Extraits du rapport de l'IGAS n° RM2011-099P concernant le cumul d'activité dans la fonction publique hospitalière.....</b>	<b>LV</b>
	<b>Annexe n° 6 : Revue de la littérature médicale .....</b>	<b>LVI</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ASE : Aide Sociale à l'Enfance  
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles  
CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail  
CJUE : Cour de Justice de l'Union Européenne  
CME : Commission Médicale d'Etablissement  
CSE : Comité Social et Economique  
CSP : Code de la Santé Publique  
CS : Cadre de Santé  
DAM : Directeur-trice des Affaires Médicales  
DRH : Directeur-trice des Ressources Humaines  
DS : Directeur-trice des Soins  
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
EWTD : European Working Time Directive  
FPH : Fonction Publique Hospitalière  
HS : Heures Supplémentaires  
IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat  
IFAQ : Incitation Financière pour l'Amélioration de la Qualité  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
ISNI : Intersyndicale Nationale des Internes  
MIP : Module Interprofessionnel  
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie  
PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
PM : Personnel Médical  
PNM : Personnel Non Médical  
PH : Praticien Hospitalier  
RH : Ressources humaines



---

## Méthodologie

---

C'est dans un contexte de crise sanitaire obligeant à un confinement que le module interprofessionnel (MIP) 2020 s'est déroulé, nécessitant une révision du calendrier et à une absence de rencontre sur le site de l'EHESP de notre groupe et de notre animateur Gaël Coron, enseignant-chercheur à l'EHESP département sciences humaines, sociales.

Malgré cette contrainte organisationnelle de la réalisation d'un rapport exclusivement à distance, le groupe a abordé ce MIP comme un travail collectif interdisciplinaire entre les élèves fonctionnaires issus de quatre filières différentes (AAH, DH, D3S, DS). Cette interfiliarité a favorisé la richesse des échanges. Compte tenu d'un terrain d'étude ouvert et complexe, assorti d'une impossibilité d'une rencontre physique de l'ensemble du groupe, le travail a été initié en amont des dates prévisionnelles par le biais d'échanges via des logiciels de communication à distance.

Des temps intermédiaires avec l'animateur ont permis de faire le point et de réajuster le travail de recherche. Le périmètre de l'étude, défini conjointement, a permis de répartir l'ensemble du travail au sein du groupe. Des outils numériques partagés ont été élaborés afin de faciliter le suivi de l'avancée de nos recherches respectives.

Afin de cerner le champ de la recherche, un travail d'appropriation par la littérature a été réalisé. Différents documents ont été exploités tels que des textes législatifs, des revues professionnelles, des articles scientifiques, des articles de presse. Ce temps de lecture aura également permis d'identifier les personnes à interroger et d'élaborer une grille d'entretien.

Les entretiens ont été menés auprès de directeurs d'hôpitaux, directeurs des soins, directeurs de structures sanitaires et sociales, représentants des organisations syndicales, enseignants-chercheurs, et éditeurs de logiciels. Ceux auprès d'acteurs institutionnels ont été difficiles à réaliser voire n'ont pu avoir lieu, du fait du contexte de crise sanitaire où beaucoup étaient activement mobilisés.

Ces entretiens se sont déroulés soit en présentiel, soit par téléphone. Ils ont duré en moyenne quarante-cinq minutes et ont fait l'objet d'un enregistrement audio après autorisation des interviewés. Ils ont donné lieu à des comptes rendus qui ont servi à définir

les écarts et les causes dans la mise en œuvre de la Directive 2003/88/CE dans les établissements de santé sur le territoire français.

Par la suite, le travail de rédaction a été réparti selon des binômes d'élèves constitués. Le travail de relecture, d'harmonisation et de mise en page a été réalisé par l'ensemble du groupe.

La contrainte liée au confinement n'a pas permis au groupe de pouvoir se rencontrer physiquement et tout le travail a été réalisé à distance. Malgré un calendrier modifié sur un temps allongé, le manque de synchronisation des périodes de disponibilité commune a ajouté une réelle complexité à la réalisation de ce travail.

Pour autant, le groupe a réussi à faire preuve d'adaptabilité et à maintenir un lien et des échanges les plus réguliers possibles afin d'être en mesure de rédiger et de présenter ce rapport.

## Introduction

Dans son arrêt du 14 mai 2019 CCOO contre Deutsche Bank SAE<sup>1</sup>, la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) a jugé que les employeurs devaient mettre en place un système de mesure du temps de travail journalier de leurs employés afin que les États-membres soient en mesure de contrôler ce temps de travail, conformément à la directive 2003/88/CE. Ce récent arrêt rappelle aux États-membres que cette directive, souvent méconnue, et déjà ancienne puisqu'elle n'a pas été révisée depuis 2003, reste d'une actualité particulière dans l'organisation du temps de travail.

Les directives européennes sont des actes juridiques adoptés par les institutions européennes. Leur objectif est d'harmoniser les législations des États-membres de l'Union européenne. Elles lient par conséquent les États-membres et sont d'application obligatoire. Ainsi la directive 2003/88/CE sur le temps de travail doit être obligatoirement mise en œuvre dans les pays qu'elle vise, dont la France. Concernant tous les travailleurs, son champ d'application couvre également les établissements de santé et médico-sociaux, sur lesquels nous avons choisi de centrer notre analyse.

Les principales dispositions de cette directive (temps de repos garantis, durée maximale du temps de travail, encadrement du travail de nuit...) soulèvent des enjeux de qualité de vie au travail pour les professionnels de santé, mais aussi de qualité des soins et de service rendu à la population. Ces enjeux de terrain rencontrent en outre des enjeux de nature politique et économique pour les États-membres à qui, il revient de financer un secteur sanitaire et social dont les coûts doivent rester maîtrisés. Par ailleurs, sur le plan juridique, tout écart du droit national à cette directive européenne expose l'État-membre concerné à un risque de condamnation pour manquement par la CJUE.

La France – n'ayant pas directement transposé ce texte<sup>2</sup> – se situe dans une situation particulière vis-à-vis de la directive, ce qui justifie en soi qu'une réflexion centrée sur le

---

<sup>1</sup> <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=214043&pageIndex=0&docla>

<sup>2</sup> La France est, au côté de Malte, le seul État-membre à n'avoir pas fourni de textes de transposition à la Commission européenne dans le cadre de la mise en œuvre de cette directive, ayant eu pour position que son droit national contenait des dispositions antérieures plus protectrices que les normes européennes.

terrain national soit conduite. Par ailleurs, le manque de données accessibles au niveau européen nous a également amené à recentrer ce travail de recherche sur la France. En revanche, le caractère interprofessionnel de notre démarche a permis que nous étendions le périmètre des établissements étudiés au-delà du secteur hospitalier pour englober le secteur médico-social.

*Dans ce contexte, la directive 2003/88/CE sur le temps de travail est-elle appliquée de manière satisfaisante au regard du droit et des objectifs poursuivis par le texte, dans les établissements sanitaires et médico-sociaux en France ? Dans la négative, quelles mesures pourraient être préconisées ?*

Nous verrons dans un premier temps que sur le plan de la règle juridique comme sur le plan des pratiques professionnelles, les garanties apportées au travailleur par la directive de 2003 font l'objet d'une application contrastée dans les établissements français (I). Nous montrerons ensuite que si ces écarts aux règles européennes ont des origines multiples, leur résorption repose tant sur un cadre national clarifié que sur une applicabilité locale souple (II).

# **1 Tant sur le plan de la règle juridique que sur le plan des pratiques professionnelles, les garanties apportées au travailleur par la directive de 2003 font l'objet d'une application contrastée dans les établissements**

L'application de la directive de 2003 par les établissements de santé en France fait l'objet d'un bilan contrasté. Sur le plan juridique, le niveau de protection accordé à l'ensemble des personnels du secteur diffère sensiblement, et la faible protection de certains corps de soignants présente des risques croissants de contentieux. Sur le plan des pratiques professionnelles, des écarts persistants à la règle de droit sont constatés : certains d'entre eux sont occasionnels, d'autres sont plus systématiques.

## **1.1 Sur le plan juridique, la directive de 2003 protège tous les travailleurs mais s'applique de manière spécifique dans les hôpitaux et établissements médico-sociaux**

S'agissant des établissements de santé, les protections accordées aux travailleurs par la directive de 2003 sont modulées à deux titres : sur le plan du droit européen tout d'abord, où la directive fournit aux Etats-membres des possibilités de dérogation pour les établissements de santé, et sur le plan du droit national également, où la réglementation française ne fait pas le même usage des dispositifs dérogatoires européens pour les PM et les PNM. Cet usage distinct expose aujourd'hui la France à un risque juridique croissant.

### **1.1.1 La Directive de 2003 garantit certaines protections aux travailleurs dans un contexte où l'Europe sociale peine à s'affirmer**

- *Aujourd'hui, l'Europe sociale n'est plus tant portée par les États membres eux-mêmes que par l'action interprétative de la CJUE*

La directive de 2003 est une composante majeure de la partie sociale de l'acquis européen, qui porte sur l'emploi et le chômage ou encore les conditions de travail en général.

Bien que présentes dans les textes européens dès la naissance de l'Union (Traité de Rome, 1957), les politiques sociales peuvent être considérées par les États membres comme un domaine qui, pour l'essentiel, leur est propre avec une faible harmonisation<sup>3</sup>.

En 1987, l'Acte unique a toutefois étendu les compétences communautaires à la santé et à la sécurité au travail. L'Europe sociale est alors conçue, sous l'impulsion du président de la Commission européenne Jacques Delors, comme le « *complément nécessaire de l'achèvement du marché intérieur* ». C'est dans ce moment très particulier de la construction européenne (appelé "moment Delors") que la directive 93/104/CE du 23 novembre 1993, concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, a vu le jour. Elle constitue encore aujourd'hui l'acte fondateur de la réglementation européenne sur le temps de travail, en imposant aux États-membres la mise en œuvre de plusieurs protections minimales en matière de conditions de travail.

C'est à la suite de ce mouvement qu'en 2000 fut révisée la directive temps de travail dans la directive 2000/34 qui donna lieu par la suite à sa nouvelle version consolidée la directive 2003/88, objet de cette étude.

En 2010, l'échec des négociations autour de la révision de la directive de 2003 signe désormais une paralysie de la dynamique initiée en 1993<sup>4</sup>. Seul un acte interprétatif de la Commission en 2017, intégrant notamment l'apport jurisprudentiel de la CJUE, pu voir le jour afin de respecter à *minima* le processus de révision décennale propre à toute directive. Les principaux éléments explicatifs de ce ralentissement sont les importants élargissements qu'a connu l'Union européenne dans les années 2000 et une volonté persistante des États membres de rester maître de leurs prérogatives<sup>5</sup>. À ces deux éléments doivent désormais être ajoutées les répercussions économiques et sociales causées par la crise financière de 2008, qui ont contribué à creuser les différences de situations entre les États membres de l'Union.

Sans consensus politique, le dernier moteur fonctionnel de l'intégration européenne reste la CJUE<sup>6</sup>. La Cour, de par son rôle d'interprète des normes européennes, a en effet

---

<sup>3</sup> Le Taurillon : L'Europe sociale. Comment le rêve pourrait devenir une réalité, Alisa Trojansky, 20 mars 2020

<sup>4</sup> État des lieux de la négociation collective européenne au niveau interprofessionnel Entre construction et menaces systémiques, Frédérique Michéa I.R.E.S. | « La Revue de l'Ires » 2018/3 n° 96-97 | pages 39 à 63

<sup>5</sup> L'Europe sociale n'existe pas, Yannick L'Horty, Dans Idées économiques et sociales 2008/4 (N° 154), pages 18 à 23

<sup>6</sup> É. Grass, dans « Communauté réduite aux acquêts », Revue française des affaires sociales, vol. 1, n° 1, p. 199, 2012, doi : 10.3917/rfas.121.0199. "Ce sont les juges de Luxembourg qui, dans la période actuelle, ont créé l'essentiel des droits

pour fonction de juger de l'application de ces dispositions dans les nombreuses situations concrètes que connaissent les États membres. Elle produit ainsi un nombre important de jurisprudences qui, loin de prendre la place du législateur, complètent son action et, le cas échéant, rendent plutôt l'intervention du législateur européen indispensable pour venir redéfinir la norme.

➤ ***Sur le plan du contenu, la directive de 2003 prévoit des garanties minimales dans l'organisation du travail de tous les travailleurs***

Ces garanties prennent la forme de seuils, de limites, de plafonds et de dispositifs d'évaluation. Le texte européen prévoit également une série de dérogations à ces mêmes dispositions. Enfin la notion de "travailleur" recouvre l'ensemble des employés des secteurs privé et public.

***=> La directive garantit d'abord des temps de repos minimaux***

Un temps de pause quotidien (art.4) : existence d'un droit à un temps de pause pour chaque session de travail de plus de 6 heures (durant lequel le travailleur ne pourrait rester à la disposition de l'employeur et n'est pas tenu de rester sur son lieu de travail) ;

- Un repos journalier (art.3) : période minimale de repos de 11 heures consécutives ;
- Un repos hebdomadaire (art.5) : 35 heures tous les 7 jours (sur une période de référence de 14 jours éventuellement).

***=> La directive fixe également une durée maximale au temps de travail***

- La durée de travail hebdomadaire maximale de 48 heures (art.6).

***=> La directive protège plus particulièrement le travailleur de nuit***

- Une limitation du temps de travail à 8 heures par nuit en moyenne ; cette limitation est stricte si l'activité exercée présente des tensions physiques ou psychiques ;
- Un droit à une évaluation de santé : le travailleur de nuit bénéficie d'une évaluation gratuite de sa santé, préalablement à son affectation et à intervalles réguliers par la suite.

---

*nouveaux en matière sociale reconnus aux salariés et citoyens européens. Ce sont eux également qui, par leurs décisions, ont été à l'origine des initiatives les plus importantes de la Commission européenne dans le domaine de l'Europe sociale depuis quelques années"*

**1.1.2 Si, aux termes de la directive, les établissements de santé peuvent déroger aux protections accordées aux travailleurs, le droit français n'a pas fait le même usage de ces dérogations pour le personnel médical et le personnel non médical**

➤ *Aux termes de la directive, les établissements de santé peuvent déroger aux garanties apportées aux travailleurs*

Ces dérogations, fondées par la nature des missions exercées, sont prévues par la directive elle-même. Elles peuvent théoriquement concerner le PM et le PNM et sont de 2 ordres :

- o Les dérogations pour continuité de service (art 17.3) :
  - À l'article 3 sur le repos journalier de 11 heures ;
  - À l'article 4 sur le temps de pause quotidien ;
  - À l'article 5 sur le repos hebdomadaire de 35 heures tous les 7 jours ;

Ces dérogations sont autorisées à conditions d'avoir été adoptées par voie législative, réglementaire ou administrative, et uniquement à condition que des repos compensateurs soient accordés.

- o Les dérogations pour circonstances exceptionnelles (art 17.3) : *“dues à des circonstances qui sont étrangères à l'employeur”, “anormales et imprévisibles, ou à des évènements exceptionnels, dont les conséquences n'auraient pu être évitées malgré toute la diligence déployée”.*

La récente crise sanitaire de la COVID-19 rentre par exemple dans ce cas de figure.

Enfin, la clause de l'opt-out individuel (art.22) n'est pas une dérogation sectorielle, mais permet, elle aussi, moyennant un accord individuel et explicite de l'employé et une garantie effective de ses droits à refuser, à l'employeur et au travailleur de déroger aux dispositions de l'article 6 sur le plafond de la durée hebdomadaire de 48 heures en moyenne par semaine.

➤ ***Le droit national en France n'a pas fait le même usage des dispositifs dérogatoires pour le PM et pour le PNM, faisant ainsi différer le niveau de protection qu'elle accorde à ces deux catégories de personnels***

S'agissant des PNM, le droit national accordait déjà la quasi-totalité des protections européennes.

Ainsi le temps de travail des PNM, tel que fixé par le décret du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail en application de la réforme des 35 heures, se situe dans le cadre des seuils et limites prescrits par la directive ; le droit national n'a fait usage qu'à la marge des possibilités de dérogations ouvertes par la directive. Les protections accordées par le droit national se situent nettement au-dessus des garanties européennes.

S'agissant des PM et internes, le droit national (art. R.6152-27 du CSP)<sup>7</sup> fait un plus large usage des possibilités de dérogations ouvertes par la directive exposant le PM à un moindre degré de protection :

- o Seule la limite de 48 heures est abordée par le droit national, et encore cette limite se heurte-t-elle à deux contraintes : une absence en principe<sup>8</sup> de comptage horaire du temps de travail<sup>9</sup> et la comptabilisation d'une nuit comme deux demi-journées malgré sa durée de 12 heures à 14 heures ;
- o Le repos journalier de 11 heures n'est quant à lui pas abordé par les textes car il doit céder la place à la possibilité d'une durée de temps de travail de 24 heures en raison de sa participation à la permanence des soins ;
- o Enfin, ni le temps de pause quotidien, ni la garantie d'un repos hebdomadaire de 35 heures, ni le droit à une évaluation de santé en cas de travail nocturne ne sont abordés par le texte.

---

<sup>7</sup> N.B. : s'agissant des internes, leurs obligations en termes de temps de travail rejoignent celles des PH aux termes de l'article R6153-2 du même code.

<sup>8</sup> Sauf lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, situation qui déclenche alors un comptage horaire du temps de travail

<sup>9</sup> "Le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées" : La demi-journée n'a pas de durée définie (Lettre DH/7C n°7291 du 5 septembre 1991 signée de Gérard Vincent, Directeur des hôpitaux). Cela a été confirmé par le Conseil d'Etat qui ne reconnaît que la durée maximale de 48 heures (décision n°254024 du 4 février 2005)

Il est également à noter que la France n'a pas modifié ledit article du CSP lors de l'entrée en vigueur de la directive en 2003<sup>10</sup>, estimant par là le niveau de protection des PM préexistant comme étant approprié. En définitive, les protections accordées par le droit national au PM se situent en-deçà non seulement de celles accordées au PNM mais encore en-deçà des standards européens présentés par la directive.

➤ ***La légitimité du faible niveau de protection accordé aux PM est désormais remise en question et ses fondements juridiques semblent parfois fragiles***

Le rythme de travail des jeunes PH et internes ne correspond plus aux attentes sociétales d'aujourd'hui. L'aspiration des nouvelles générations de médecins à une meilleure conciliation de la vie privée et professionnelle, largement documentée s'agissant de la médecine libérale, est également partagée par les jeunes praticiens hospitaliers et les internes. Le récent article « *Qualité de vie au travail de jeunes médecins hospitaliers : satisfaits malgré tout...* »<sup>11</sup> met en exergue la charge importante de travail chez les jeunes médecins hospitaliers et le stress important qu'elle engendre. Ces aspirations à un autre rythme de travail sont également très présentes dans les communications syndicales de PH et sont remontées des entretiens avec les Directeurs des affaires médicales (cf. annexe n°3, entretiens DAM).

Des études montrent que cette recherche d'une meilleure qualité de vie est partagée par les médecins des pays voisins : une enquête menée en Westphalie (Allemagne)<sup>12</sup> auprès de médecins et d'étudiants souligne leur mécontentement quant aux possibilités actuelles de concilier vie familiale et vie professionnelle.

➤ ***La CJUE a fourni une arme à cette cause dans un récent arrêt***

Dans son arrêt du 14 mai 2019 CCOO contre Deutsche Bank SAE<sup>13</sup>, la CJUE a jugé que les États membres devaient contraindre les employeurs à mettre en place un système permettant de mesurer la durée du temps de travail journalier (notamment en termes d'heures supplémentaires). Cette jurisprudence pourrait représenter une menace concernant la conformité de l'article R6152-27 du CSP à la directive de 2003 et un risque de

---

<sup>10</sup> Voir annexe "Analyse juridique de l'impact de la directive 2003/88/CE sur le temps de travail des PM"

<sup>11</sup> « *Qualité de vie au travail de jeunes médecins hospitaliers : satisfaits malgré tout...* », vol. 31, p. 12, 2019, R. Alcaraz-Mor, A. Vigouroux, A. Urcun, L. Boyer, et M.-P. Lehucher-Michel

<sup>12</sup> Hassenteufel p. « Allemagne, les mobilisations multiples des médecins », Chronique internationale de l'IRES, mars 2006, p.26-36

<sup>13</sup> <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=214043&pageIndex=0&docla>

condamnation en manquement si la Commission ou encore des PH ou leurs représentants décidaient d'intenter un recours sur cette base.

## **1.2 Dans la pratique, la directive reste peu connue dans les établissements et des difficultés d'application persistent**

Les entretiens menés dans le cadre de cette étude (annexe n°3) ont montré qu'empiriquement, les acteurs de terrain reconnaissent qu'il existe des écarts avec la directive de 2003 sur le temps de travail. Le nombre d'établissements interrogés permet d'avoir une vision, bien que non représentative statistiquement, de l'état de la connaissance de la directive et de son application.

Des tableaux de synthèse des entretiens menés et des écarts remontés lors de ces échanges sont disponibles en annexes n°1 et n°2.

### **1.2.1 Des écarts persistants à la règle européenne existent en pratique : certains sont occasionnels, d'autres sont plus systématiques**

La plupart des directeurs d'établissements rencontrés reconnaissent ne pas connaître spécifiquement la directive de 2003 (cinq fois sur sept). Ils connaissent tous en revanche le droit national applicable. De manière majoritaire, les entretiens ont montré que les écarts concernent la gestion du temps de travail des PM. Pour les PNM, les écarts sont surtout liés au temps de travail réellement réalisé (versus le temps de travail planifié).

#### **➤ *Dans le cas des PNM, les écarts proviennent de la dichotomie entre les plannings théoriques et le temps de travail réellement réalisé***

Concernant les PNM - hors métiers en tension - les acteurs de terrain ne semblent pas faire remonter d'écarts importants au respect de la directive de 2003 sauf ponctuellement lors de remplacements ou dans le contexte de la crise liée à la COVID-19.

En outre, les plannings prévisionnels des PNM sont bien conformes à la réglementation. Ce respect théorique de la réglementation est issu de l'article L2312-8 du Code du Travail qui impose de présenter en CSE (en CHSCT jusqu'en 2022, date de prochain renouvellement des instances dans la FPH) “ *tout aménagement important*

*modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail* »<sup>14</sup>. En établissement de santé, social ou médico-social, les horaires de travail et notamment les roulements peuvent être considérés doublement comme relevant du CSE du fait des conditions de santé (travail de nuit, travail posté) mais aussi en termes de conditions de sécurité (accidents de trajet, erreurs d'appréciation, vigilance). Les plannings sont mis à jour usuellement *a posteriori*. Si écarts il y a, ils ne pourront qu'être constatés, et non prévenus.

➤ ***Les écarts à la directive pour les PM semblent systématiques, notamment dans le champ sanitaire***

Lors des échanges avec les interlocuteurs rencontrés pour ce travail, la problématique du respect de la directive de 2003 semblait être particulièrement en butte au niveau de la gestion des PM. Comme le montrent certains verbatims, la gestion du temps de travail des PM est une réelle problématique en établissement de santé. Les écarts remontés portent principalement sur le volume horaire effectués par les praticiens et les internes ainsi que sur le respect des temps de repos.

➤ ***D'autres écarts concernent aussi bien le PM que le PNM***

Spécifiquement, la question du suivi médical des personnels de nuit ne vient pas à l'esprit des interlocuteurs. Cette question a été posée régulièrement aux personnes interviewées dans cette étude. Il apparaît que le suivi n'est pas réalisé conformément à la directive dans la plupart des établissements interrogés.

L'amplitude maximale de travail peut atteindre 15 heures dans les situations où la branche professionnelle a ouvert la faculté<sup>15</sup> de mettre en œuvre un repos quotidien de 9 heures. C'est le cas par exemple des établissements sociaux et médico-sociaux - mais exclusivement ceux de droit privé à but non lucratif.

Pour les établissements sociaux et médico-sociaux publics qui hébergent des personnes handicapées, un accord collectif de travail peut prévoir que l'amplitude des journées de travail des salariés chargés d'accompagner les résidents peut atteindre 15 heures, sans que leur durée quotidienne de travail effectif excède 12 heures.

---

<sup>14</sup> Conformément à l'article L.4111-1 du Code du Travail, la quatrième partie du Code du Travail relative à la santé et la sécurité au travail s'applique aux établissements visés à l'article 2 de la Loi n°86-33 du 9 janvier 1986

<sup>15</sup> France. Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité. *Bulletin Officiel du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle* N° 2003/17 du samedi 20 septembre 2003

À défaut d'accord, un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles il est possible de déroger à l'amplitude des journées de travail dans les limites fixées ci-dessus et les contreparties minimales afférentes<sup>16</sup>.

Pour autant, lors de l'entretien avec la directrice d'un foyer de l'aide sociale à l'enfance (cf. annexe N°3), elle explique que cette amplitude horaire existe pour les éducateurs afin d'avoir une réponse adaptée à l'accompagnement des jeunes mineurs, bien que l'activité concernée se situe en dehors du champ d'application de l'article L.313-23-1.

### **1.2.2 Ces écarts sont cependant peu étudiés et parfois difficilement quantifiables**

Il apparaît que les écarts, notamment dans la fonction publique hospitalière, ne sont que peu ou pas étudiés et encore moins scientifiquement quantifiés.

#### **➤ *La réglementation française du temps de travail des PM est à l'origine de la difficulté à quantifier les écarts***

En 2019, l'étude d'Alcaraz-Mor et Vigouroux<sup>17</sup> a montré que les jeunes médecins étaient globalement satisfaits de leurs conditions de travail à l'exception notable de leur durée de travail. Cependant, cette étude ne donne pas de chiffrage du dépassement des horaires de travail des jeunes médecins.

En effet, il est difficile de quantifier les écarts chez les PM, du fait du décompte du travail en demi-journée<sup>18</sup> (hormis certains services de type Urgences et Samu qui comptent usuellement, même pour le PM, les horaires en heures<sup>19</sup>). Dans les services comptabilisant en heures, les entretiens ont montré que le temps de travail attendu, des médecins notamment, est de 39 heures, le reste étant des heures supplémentaires. Cette situation qui correspond au respect de la réglementation des 35 heures, mais aussi de la directive de 2003, semble aux yeux des personnes interrogées une des conséquences de la directive : *“Tel fut l'effet de la directive”* déclare la DAM d'un grand établissement francilien.

---

<sup>16</sup> Article L313-23-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

<sup>17</sup> Alcaraz-Mor, R., Vigouroux, A., Urcun, A., Boyer, L., & Lehucher-Michel, M.-P. (2019). Qualité de vie au travail de jeunes médecins hospitaliers : Satisfaits malgré tout... *S.F.S.P.*, 31, 12

<sup>18</sup> Article R6152-27 du Code de la Santé Publique

<sup>19</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 prévu par la circulaire n°DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR

Certains logiciels de gestion du temps de travail - lorsqu'ils existent dans les établissements - comptent le temps de travail en demi-journée pour les personnels médicaux. Ce comptage en demi-journée est conforme à la réglementation française mais ni à la directive ni à l'arrêt de la CJUE car il ne permet pas de contrôler la durée effective du travail.

Les logiciels de gestion du temps de travail lorsqu'ils sont utilisés pour les PNM, ne sont pas systématiquement pour les PM et encore moins fréquemment pour les internes. Un représentant d'un des logiciels de gestion du temps de travail les plus implantés dans les établissements de santé nous a fourni quelques chiffres, notamment concernant des internes : ainsi dans 75% des CHU qui utilisent leur logiciel, les internes seraient inclus dans celui-ci, permettant ainsi de suivre et de tracer leur temps de travail. *A contrario*, seuls 5% des CH l'utilisant intègrent les internes dans celui-ci.

À noter que dans le cadre du PM, le respect des 48 heures de travail hebdomadaire est particulièrement difficile lorsque les statuts permettent un cumul d'activité avec une activité libérale. La Circulaire interministérielle n° DGOS/RH4/DEGSIP/A1-4/2016/167 du 26 mai 2016 relative à la mise en œuvre du temps de travail des internes conformément aux dispositions du décret n° 2015-225 du 26 février 2015 et de ses arrêtés d'application dans son paragraphe 2 est claire sur le sujet. Le temps de travail libéral des internes ne relève pas d'une activité salariée. Il ne compte pas donc pour la limite maximale des 48 heures hebdomadaires.

➤ ***Le contrôle des écarts pour le PNM serait possible grâce aux logiciels de gestion du temps de travail mais n'est pas mis en œuvre dans les établissements***

La plupart des établissements disposent d'outils de gestion du temps de travail pour le PNM. Ces outils peuvent avoir des fonctionnalités qui alertent l'utilisateur lorsque des règles RH ne sont pas respectées (11 heures de repos, plafond d'heures supplémentaires, temps de travail hebdomadaire). Cependant, ces systèmes d'alerte ne sont que peu ou pas exploités lorsqu'ils existent, soit car les plannings sont mis à jour informatiquement *a posteriori* soit parce que la fonctionnalité n'est simplement pas proposée et/ou utilisée.

Malgré le fait que les plannings soient disponibles *a posteriori*, aucun établissement n'a évoqué la possibilité de faire des contrôles pour quantifier les écarts et mettre en place des actions correctives (formations, etc.).

➤ ***Le cumul d'activité est non quantifiable et peut s'effectuer au détriment du service***

Un rapport de l'IGAS de 2011<sup>20</sup> (cf. annexe n°5) relatif au cumul d'emploi dans la fonction publique hospitalière montre que certaines catégories des personnels de santé recourent plus que les autres au cumul d'emploi. Cela concerne particulièrement les IADE, les psychomotriciens et les ergothérapeutes. L'IGAS conclut de ces éléments que le cumul d'activité ne peut s'effectuer qu'au "détriment du service".

Or, les entretiens réalisés auprès des professionnels de terrain ont fait émerger que le cumul d'emploi rendait difficile voire impossible la traçabilité des heures de travail réalisées et donc leur contrôle.

➤ ***Le travail en 12 heures, inégalement répandu, demeure un horaire dérogatoire et porteur de risques***

En 2015, une enquête de l'Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux<sup>21</sup> a montré que 14% des personnels des 37 établissements étudiés (soit 110 000 agents) travaillent en 12 heures. Ce chiffre peut monter jusqu'à 56% des agents dans certains établissements.

D'autant que selon la réglementation<sup>22</sup>, les temps de transmission, d'habillage, de déshabillage doivent être comptabilisés. Or les entretiens ont démontré que souvent, ces temps ne sont pas comptabilisés dans le temps de travail et amènent les agents à travailler au-delà de ce qui est tracé. Dans les services en 12 heures, où ces temps ne sont pas comptabilisés, la limite légale est donc dépassée de fait.

Un des représentants syndicaux interviewés fait le constat suivant concernant les 12 heures : *"Comme dans la région on est en flux tendu pour recruter du personnel, on est obligé de céder. Alors que c'est une demande des agents, que ce soit pour le jour ou la nuit, de faire des 12h, puis en fait on se rend compte qu'après ils partent parce qu'ils n'arrivent plus à suivre le rythme de travail."*

---

<sup>20</sup> IGAS, RAPPORT N°RM2011-099P, "Cumul d'activités dans la fonction publique hospitalière", 2011

<sup>21</sup> ANMTEPH, Le travail en 12 heures, le point de vue des médecins du travail, 3 novembre 2011. [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/178334/1205/Enquete\\_12H.pdf?1429267169](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/178334/1205/Enquete_12H.pdf?1429267169)

<sup>22</sup> Article 5 du Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Certaines données disponibles concernant les accidents de travail et les accidents de trajet<sup>23</sup> montrent que les services de santé et de soins à la personne sont particulièrement touchés par les accidents de travail ou trajet, notamment les EHPAD.

La même personne interrogée constate, concernant les 12 heures et les accidents : *“Parce qu’il y a maintenant des gens qui portent plainte, je n’aimerais pas être la cadre, ni non plus la DRH. Quand j’ai un de mes agents qui a plus de 12 heures 45 affichées sur le planning prévisionnel qui a un accident, voire qu’il se tue, aujourd’hui la famille porte plainte.”*

Malheureusement, en l’absence d’études analysant les liens avec le respect de la réglementation (notamment de la directive de 2003), il est impossible de conclure à une causalité ou une corrélation entre les deux sujets. Des études ont cependant montré que la survenue d’accidents liés aux soins était plus importante en cas de dépassement du temps légal de travail<sup>24</sup>.

## **2 Si les écarts aux règles européennes ont des origines multiples selon les professions, leur résorption repose sur un cadre national clarifié et une applicabilité locale souple**

### **2.1 Les causes des écarts observés dans les pratiques diffèrent pour le PNM et pour le PM**

Même si les PM et PNM sont fonctionnellement liés dans le système de santé, et partagent certains traits communs en matière de culture professionnelle, la gestion de leur temps de travail fait l’objet de logiques très distinctes du fait de raisons tenant tant à l’historique des professions, qu’à deux types de gestion hiérarchique différents.

---

<sup>23</sup> L. Weibel <sup>1</sup>, D. Herbrecht <sup>2</sup>, D. Imboden <sup>2</sup>, L. Junker-Mois <sup>3</sup>, B. Bannerot, Organisation du travail en 2x12h : les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, mars 2014 — RÉFÉRENCES EN SANTÉ AU TRAVAIL — N° 137 – INRS <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TP%2018>

<sup>24</sup> Rodriguez-Jareño MC, Demou E, Vargas-Prada S, et al. European Working Time Directive and doctors’ health : a systematic review of the available epidemiological evidence. *BMJ Open* 2014 ;4 : e004916. doi :10.1136/ bmjopen-2014-004916

### **2.1.1 Pour le PNM, les écarts constatés ont des origines multiples : continuité de service public, caractère sous tension de certains corps, culture professionnelle**

#### **➤ *La nécessité, pour les services aux effectifs tendus, de pourvoir aux remplacements des agents en arrêt maladie est la première cause des écarts***

En France, les établissements de santé sont l'un des secteurs d'activités où les travailleurs ont le plus recours aux arrêts maladie, avec 10 jours d'absence déclarés pour maladie par an en moyenne, contre 7,9 dans l'ensemble des autres secteurs<sup>25</sup>.

Les obligations du service public, et notamment le principe de continuité de service, amènent les établissements de santé à gérer cet absentéisme, en créant une modélisation de remplacement qui n'est pas toujours conforme à la législation.

#### **➤ *La rareté de certains métiers accroît certains écarts***

Certains métiers tels que les infirmiers spécialisés, ou des métiers de la filière de rééducation sont en tension. La rareté de certaines de ces professions amène l'employeur à être digressif pour garder une certaine forme d'attractivité. Le problème se pose également pour des territoires de santé qui sont frappés par une forme de désertification. L'offre de soins est présente mais l'employeur est en difficulté pour la maintenir faute de personnels qualifiés. De plus, pour certains secteurs comme le bloc opératoire ou l'activité SAMU/SMUR, l'employeur doit répondre à une obligation de continuité de service public.

Devant ces constats, des modifications de gestion de temps de travail apparaissent, permettant de répondre à la demande. Cela va s'illustrer par la mise en place de temps de travail dérogatoire (cycles de 24 heures sur place), par des trames de planning validées en instance mais qui, en réalité, montrent des aménagements qui ne respectent pas la législation, comme les heures supplémentaires.

En parallèle, il est constaté que ces organisations sont souvent recherchées par les professionnels, pour deux raisons principales :

- Des motifs financiers : le niveau d'heures supplémentaires augmente dans les établissements de santé, le personnel préférant la rémunération à la récupération.

---

<sup>25</sup> Article études et résultats ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ; n° 1038 ; Novembre 2017

Cela se traduit par une augmentation du pouvoir d'achat majorée par la défiscalisation des heures supplémentaires ;

- Une meilleure flexibilité dans la conciliation vie professionnelle et vie personnelle : en effet les cycles de travail en 24 heures ou en 12 heures offrent un temps de récupération, qui lissé mensuellement, offre des plages de repos attractives.

➤ ***La culture professionnelle de certains soignants favorise elle aussi certains écarts***

Le personnel paramédical est lié à une structure hiérarchique organisée par établissement de santé. Le contrôle du temps de travail est assuré par l'encadrement de proximité et supérieur. L'ensemble des organisations de travail, retranscrites dans les trames de planning, sont validées en instance, et doivent assurer la mise en œuvre du cadre réglementaire de la gestion du temps de travail. Selon François Xavier Schweyer, enseignant-chercheur en sciences sociales à l'EHESP, le personnel paramédical profite d'un encadrement structuré, et de certains mouvements sociaux professionnels qui ont permis de travailler sur la gestion de temps de travail.

Cependant, l'histoire de certaines professions comme les infirmières, ancrerait ces fonctions dans une culture où le temps de travail n'avait pas forcément de lecture très précise. La priorité était de "soigner" selon les termes de F.X. Schweyer. Les représentations ont néanmoins évolué, mais la notion de dépassement de durée de temps de travail reste davantage tolérée que dans d'autres catégories de professionnels.

La crise sanitaire actuellement traversée témoigne de cette forme de disponibilité, où la notion de temps de travail peut sembler perdre sa place face aux discours d'engagement.

➤ ***La préférence des établissements pour des outils de gestion de temps de travail peu contraignants témoigne enfin de la permanence de ces écarts***

A l'heure actuelle, chaque établissement de santé possède un logiciel de gestion de temps travail. Ces logiciels ne sont pas les mêmes concernant le personnel médical et paramédical.

Le but de ces outils est de pouvoir répondre à la législation du temps de travail et permettre son uniformisation dans l'établissement. De là, il assure une certaine forme d'équité dans la gestion du temps de travail. Le paramétrage effectué en amont assure ce respect, en lien avec le cadre législatif en vigueur. Plusieurs fonctionnalités de l'outil permettent de créer des alertes mais aussi de bloquer certaines écritures qui ne seraient pas conformes. Cependant, au regard des différents entretiens effectués, il peut être constaté

une toute autre utilisation de ces logiciels. Très souvent, sont intégrés dans le paramétrage de l'outil des modifications liées aux accords locaux, issus des négociations internes de l'établissement.

Il existe parfois une sous-utilisation de l'outil par l'encadrement, mais aussi par la direction des ressources humaines. Certaines alertes ne sont pas utilisées, ou le suivi de certains compteurs, qui attestent une digression de gestion de temps de travail, n'est pas exploité. Cette sous-utilisation de l'outil peut aussi être liée à une méconnaissance de celui-ci, associé à un accompagnement insuffisant des utilisateurs dans la maîtrise de l'outil.

Enfin, il a été constaté un manque d'interopérabilité avec les logiciels permettant la gestion des remplacements. Ce manque de synchronisation des deux outils entraîne parfois des temps de travail théoriques (prévus) non respectés et dépassant très largement le cadre réglementaire. Ce manque de corrélation peut être préjudiciable pour l'établissement.

### **2.1.2 Pour le PM, la maîtrise du temps de travail médical se heurte à des obstacles statutaires, organisationnels et culturels forts**

Complexe et évolutive, la relation des médecins avec leur temps de travail pourrait presque s'apparenter au registre du tabou. FX Schweyer décrit cette relation comme une « *institution vénérable* » qu'il est difficile de faire évoluer sous plusieurs aspects.

#### ➤ ***La persistance de zones de non-droit autour de la demi-journée ne permet pas un décompte précis du temps de travail***

Des zones de non-droit persistent s'agissant notamment des modalités de calcul du temps de travail par demi-journées qui ne sont pas quantifiées. Cette absence de détermination de la durée de la demi-journée diurne pose question tant aux médecins qui estiment que leur activité n'est pas suffisamment reconnue, qu'aux directions d'établissement qui doivent s'assurer que les praticiens accomplissent leurs obligations de travail dans la limite de 48 heures hebdomadaires. Cependant ces espaces de non-droit représentent selon FX Schweyer « *des espaces de liberté de choix et d'actions probablement pour les deux parties* » (annexe n°3).

L'une des revendications des médecins porte sur la prise en compte de leurs temps de travail y compris le temps de travail réalisé lors des astreintes. Or, tout le temps d'astreinte n'est pas décompté si la durée de l'intervention dans le service est inférieure à une demi-heure. Par ailleurs, l'arrêté du 30 avril 2003 modifié par l'arrêté du 8 novembre

2013 précise que les temps d'intervention et de trajet ne peuvent dépasser 10 heures, par période d'astreinte - ces 10 heures étant converties en deux demi-journées. Or, une astreinte de nuit peut correspondre potentiellement à 14 heures de temps de travail (période de nuit : 18h30 à 8h30) ce qui signifie qu'il peut y avoir 4 heures de temps qui seront travaillées et non décomptées<sup>26</sup>. Ces points restent des sujets d'insatisfaction et de revendication pour les syndicats des professionnels médicaux.

➤ *Une défiance de l'administratif qui ne favorise pas le suivi du temps de travail*

Le constat peut être fait d'une dichotomie médico-administrative, représentant deux lignes hiérarchiques distinctes et n'ayant pas toujours pris le temps de clarifier leurs besoins de praticiens et de gestionnaires. FX Schweyer désigne "*l'organisation de la continuité des soins au travers de la gestion des gardes et des urgences comme étant dans la main des médicaux*", soulignant que "*le modèle professionnel serait menacé par une gestion structurée par l'administration centrale*". L'absence de contrôle du temps de travail médical (notamment celui des internes) et l'absence d'utilisation de logiciels de gestion des temps et des activités le révèlent. La société Aliéry qui développe le logiciel CHRONOS déployé dans de nombreux CHU et CH en France déclare paramétrer la gestion du temps de travail des internes dans 1 cas sur 2. La moitié des établissements reste sur une gestion déclarative « papier » validée par le chef de pôle plus ou moins transmise à la direction des affaires médicales.

Cependant, l'organisation du temps de travail est confiée au chef de pôle avec l'aide des responsables de structures internes. La refonte de la réglementation a confié au chef de pôle la responsabilité de l'organisation des temps de présence et d'absence des praticiens<sup>27</sup>, les tableaux de service mensuels sont arrêtés par le directeur sur proposition du chef de pôle<sup>28</sup>, il lui appartient désormais également d'organiser la permanence des soins en arrêtant les besoins prévisionnels de recours au Temps de Travail Additionnel (TTA). Ces besoins sont inscrits aux contrats de pôle. Toutefois, la mise en place d'un dispositif de décompte et de suivi du temps heurte, dans bien des cas, la culture médicale.

---

<sup>26</sup> Hospimédia , La parution de l'arrêté sur la continuité des soins dans les Ehpad et hôpitaux suscite des critiques, le 18/11/2013. Les réactions des syndicats de médecins étaient alors les suivantes : « *le compte n'y est pas, ...absence de prise en compte de 4 heures potentiellement chaque nuit... l'arnaque de la forfaitisation* ». <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20131118-droit-la-parution-de-l-arrete-sur-la>

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

<sup>28</sup> Article R6152-26 du code de la santé publique

Les praticiens l'interprètent souvent, et comme l'exprime FX Schweyer, selon « *une forme de défiance et de remise en cause de leur autonomie* », pouvant parfois conduire à un sentiment de dévalorisation et un désinvestissement professionnel. Il existe d'ailleurs à ce jour peu de données chiffrées sur le temps de travail des internes et praticiens hospitaliers malgré la volonté politique de faire évoluer cet état de fait.

➤ ***Une culture professionnelle marquée par l'engagement vocationnel ne favorise pas non plus le décompte du temps de travail***

Le milieu médical qui a beaucoup évolué dans sa capacité technique et scientifique reste malgré tout un milieu professionnel marqué par de normes et de valeurs. La culture professionnelle des chefs de service est, selon FX Schweyer, construite sur le "*don et la disponibilité, l'enseignement basé sur le compagnonnage favorise la transmission de cette culture*".

C'est donc au sein de cette culture que la directive doit trouver à s'appliquer. Dans la présentation des considérations ayant présidé à la directive européenne du 4 novembre 2003, les objectifs du Parlement européen sont clairs : il s'agit de fixer « *des prescriptions minimales de sécurité et de santé en matière d'aménagement du temps de travail* ». Une meilleure prise en compte de tous les temps de travail doit ainsi garantir une plus grande sécurité des soins et la préservation de la santé des personnels.

## **2.2 Face aux solutions organisationnelles possibles et respectueuses du temps de travail, les questions du portage politique et du desserrement des contraintes sur les ressources locales appellent à une réforme d'ampleur**

Une des complexités dans l'énoncé de préconisations est qu'elles peuvent viser une réduction du temps de travail directement (mesures du temps de travail, dérogations locales, contrôle des dépassements, sanctions en cas d'infraction) ou indirectement en requestionnant globalement le fonctionnement hospitalier et celui des professions. Car toute mesure concourant à limiter structurellement les tensions sur les ressources humaines (éviter les glissements de tâches, augmenter l'attractivité des territoires, former davantage de soignants pour limiter les postes vacants ou les dépassements d'honoraires) peut répondre à la problématique de respect du temps de travail d'après les entretiens menés. Toutefois, il n'est pas aisé de garantir que toute ressource libérée ne soit pas immédiatement utilisée pour une nouvelle activité.

L'ensemble des analyses et entretiens permet néanmoins de dégager deux axes pour améliorer ce respect : renforcement du cadre national ; création de marges de manœuvres locales. Le cadre européen apparaît quant à lui moins influençable, limitant les préconisations qui peuvent être émises, particulièrement pour proposer davantage d'harmonisation.

### **2.2.1 Plusieurs pistes peuvent être envisagées au niveau national afin de respecter davantage les impératifs de temps de travail et de limiter l'impact d'une condamnation en manquement**

Les écarts entre le cycle théorique de temps de travail et le cycle effectif ont mis en exergue les problématiques d'attractivité des PM et PNM à l'hôpital, menant à la mise en place d'organisations non respectueuses de la directive. Une meilleure adéquation des besoins nationaux, doublée d'une répartition davantage équilibrée sur le territoire des professions en tension peut limiter les difficultés d'attractivité ou les départs vers l'exercice libéral.

La contemporanéité de la problématique du temps de travail avec la réforme du *numerus clausus*<sup>29</sup> autorise à moyen terme à former davantage de praticiens. Si la formation permet une meilleure coordination entre la ville et l'hôpital, il pourrait être possible de réduire la charge de travail à l'intérieur de l'hôpital. Ainsi le recours à la télé-médecine, le déploiement d'outils d'autonomisation des patients, particulièrement pour ceux atteints d'une maladie chronique, et l'augmentation de l'activité ambulatoire sont autant de mesures qui peuvent, si elles sont orientées en ce sens, réduire le temps de travail.

**Proposition n°1 : Renforcer l'appareil de formation du PNM et du PM, à la fois qualitativement (meilleure coordination) et quantitativement (davantage de professionnels formés), afin de diminuer structurellement les problématiques d'attractivité.**

Relativement au temps de travail, l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI) énonce que *“les heures réalisées entre 35 et 48h ne sont ni payées ni récupérées [...] réalisées sans contreparties financières encourageant le glissement de tâches”*, rappelant

---

<sup>29</sup> Décret n° 2019-1125 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039309275&categorieLien=id>

également que “la traduction du temps de travail en demi-journée ne permet pas un respect de la législation ni la reconnaissance des heures supplémentaires effectuées”<sup>30</sup>. Ils proposent d’aller “vers un décompte horaire avec valorisation des heures supplémentaires”, se rapprochant de la position des différents syndicats de praticiens hospitaliers<sup>31</sup>, donc *in fine* de la position de la CJUE dans son arrêt du 14 mai 2019 CCOO contre Deutsche Bank SAE<sup>32</sup>.

Une solution intermédiaire pourrait être de valoriser la garde de 24 heures en 5 demi-journées au lieu de 4 actuellement (article R6153-2 du CSP), permettant de réduire l’écart entre travail rémunéré et travail effectué, tout en prenant indirectement en compte un facteur de pénibilité. Cette solution est notamment proposée par le SNPHARE<sup>33 34</sup>. Elle serait utile chez les titulaires pour limiter l’effet d’aubaine chez des intérimaires (mercenariat).

L’utilisation systématique d’une solution informatique pour mesurer le temps de travail est quant à elle une mesure qui apparaît nécessaire pour garantir le respect de la directive, et demeure d’application aisée comme l’ont relevé les acteurs rencontrés.

**Proposition n°2 : Revoir l’unité de mesure du temps de travail pour les PM soit en passant à un décompte horaire, soit *a minima* en comptant 24 heures consécutives comme 5 demi-journées de travail chez les agents titulaires pour limiter les dépassements dans les spécialités en tension.**

**Proposition n°3 : Renforcer la gestion du temps de travail des PM en ayant recours obligatoirement à un logiciel informatique dans les établissements.**

Une intégration du respect du temps de travail des personnels soignants et médicaux au sein de la certification de la Haute Autorité de santé pourrait permettre de valoriser les organisations respectueuses de la directive.

---

<sup>30</sup> Propositions de l’ISNI, Ségur de la santé, 1er juillet 2020, <https://isni.fr/segur-les-propositions-des-internes-pour-un-meilleur-systeme-de-sante/>

<sup>31</sup> Action praticiens hôpital, Avenir hôpital, Confédération des praticiens hospitaliers, Jeunes médecins, Inter syndicat national des praticiens hospitaliers : [https://ph-france.fr/IMG/pdf/20200619\\_aph\\_inph\\_jm\\_newsletter\\_segur.pdf](https://ph-france.fr/IMG/pdf/20200619_aph_inph_jm_newsletter_segur.pdf)

<sup>32</sup> *Opus citatum*

<sup>33</sup> Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs élargi.

<sup>34</sup> <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/temps-de-travail-repos-de-securite-la-cour-de-justice-de-lue-recadre-les-syndicats-de-praticiens>

Les indicateurs d'incitation financière pour l'amélioration de la qualité (IFAQ 2020) devant intégrer la qualité de vie au travail comme critère conditionnant une partie du financement hospitalier<sup>35</sup>, le respect du temps de travail pourrait être une composante majeure de cette IFAQ. Les écarts à la norme pourraient être présentés aux équipes grâce à ce nouvel indicateur intégré au sein du rapport de certification.

**Proposition n°4 : Intégrer au sein de l'IFAQ 2020 et de sa composante Qualité de vie au travail, un indicateur de respect du temps de travail, conditionnant l'octroi de financements pour les établissements. Cet indicateur pourrait également alimenter les critères de notation de la certification HAS.**

Concernant les internes en médecine, une ancienne Ministre des Solidarités et de la santé proposait de faire réaliser par la CME un bilan annuel du temps de travail des étudiants<sup>36</sup>. Ce bilan serait alors joint aux comptes-rendus de la CME permettant aux établissements de se comparer et aux étudiants d'être informés. Si la modalité pratique de ce recueil de données peut être sujette à adaptations locale (particulièrement sur la granularité), la transparence sur le respect de la directive, notamment en rendant publiques les conclusions, demeure l'objectif de ce bilan.

**Proposition n°5 : Faire réaliser annuellement par les établissements, en lien avec le corps hospitalo-universitaire, un bilan du temps de travail des étudiants. Ce bilan devra être rendu public.**

Pour garantir un temps de travail suffisant sur des fonctions d'activité médicale, respectueux de la directive mais cherchant un impact modéré voire faible sur les finances publiques et notamment l'ONDAM, la réalisation de transferts de compétences des PM aux PNM pourrait être une partie de la solution, comme cela est déjà initié avec les infirmiers de pratique avancée (IPA, article L4301-1 du CSP). Dans le cadre d'une remise en question des 35 heures pour le personnel soignant<sup>37</sup>, une telle délégation permettrait de réaliser un rapprochement du temps de travail des PNM et des PM, les premiers pouvant travailler plus en s'assurant une augmentation de rémunération, les second voyant leur temps de travail diminuer pour se rapprocher des 48 heures. Cela nécessiterait de réaliser

<sup>35</sup> Décret n° 2019-121 du 21 février 2019 portant modification de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

<sup>36</sup> What's up doc, Agnès Buzyn, solidement harnachée dans la tempête, 15 décembre 2019. <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/agnes-buzyn-solidement-harnachee-dans-la-tempete>

<sup>37</sup> Le Monde, 17 mai 2020, "Olivier Véran promet de meilleurs salaires à l'hôpital et un assouplissement des 35 heures"

une coordination des soins autour des besoins des patients, avec séniorisation médicale permettant la garantie d'un partage clair de la responsabilité, reposant sur une liste d'actes et de prescriptions autorisés avec tarification adaptée.

**Proposition n°6 : Poursuivre la délégation de compétences médicales grâce au développement d'IPA hospitaliers pour faire converger le temps de travail des PM et des PNM sur un nouveau point d'équilibre, sans diminuer la qualité des soins et sans diluer les responsabilités.**

Le dépassement du temps légal de travail, qui peut dans certaines circonstances être nécessaire, pourrait faire l'objet d'une prise en compte de la pénibilité individuelle dans les établissements publics. Le rapport Delevoye, préfigurateur du projet de réforme des retraites, propose d'intégrer les fonctionnaires dans le dispositif de compte professionnel de prévention (C2P)<sup>38</sup>. En cas de reprise des négociations<sup>39</sup> sur le projet, cette mesure permettrait d'offrir comme contrepartie à ce temps de travail supplémentaire une alimentation des C2P en points, donnant accès à un départ anticipé en retraite pour l'agent lors de la conversion des points.

**Proposition n°7 : En cas de dépassement d'un plafond annuel de travail, les heures supplémentaires travaillées pourraient permettre d'abonder le futur C2P en points.**

Enfin l'hypothèse d'une impossibilité pour la France de faire respecter le temps de travail à l'hôpital, avec une recherche de condamnation par la Commission pour manquement de la France devant la CJUE, n'est pas à exclure. Les montants de l'amende ainsi que de l'astreinte en attendant la mise en conformité peuvent être conséquents<sup>40</sup> selon la méthode établie par la Commission européenne<sup>41</sup> qui se base sur trois critères : gravité de l'infraction, durée de l'infraction et capacité de l'État membre à payer.

---

<sup>38</sup> Pour un système universel de retraite : Préconisations de Jean-Paul Delevoye, Haut-Commissaire à la réforme des retraites, Juillet 2019. [https://www.reforme-retraite.gouv.fr/IMG/pdf/retraite\\_01-09\\_leger.pdf](https://www.reforme-retraite.gouv.fr/IMG/pdf/retraite_01-09_leger.pdf)

<sup>39</sup> Le Monde, Jean Castex veut régler « à court terme » le dossier des retraites, 5 juillet 2020. [https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/07/05/jean-castex-veut-regler-a-court-terme-le-dossier-des-retraites\\_6045232\\_823448.html](https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/07/05/jean-castex-veut-regler-a-court-terme-le-dossier-des-retraites_6045232_823448.html)

<sup>40</sup> À titre d'illustration, dans l'arrêt C-636/18 Commission c/ France de 2019, la France a été condamnée à payer 240 000€ d'astreinte par jour jusqu'à la fin du manquement. [https://www.lemonde.fr/planete/article/2019/10/24/la-france-condamnee-pour-depasser-de-maniere-systematique-et-persistante-le-seuil-limite-annuel-de-dioxyde-d-azote-depuis-2010\\_6016735\\_3244.html](https://www.lemonde.fr/planete/article/2019/10/24/la-france-condamnee-pour-depasser-de-maniere-systematique-et-persistante-le-seuil-limite-annuel-de-dioxyde-d-azote-depuis-2010_6016735_3244.html)

<sup>41</sup> Journal officiel de l'Union Européenne, Communication de la Commission, Modification de la méthode de calcul des sommes forfaitaires et des astreintes journalières proposées par la Commission dans le cadre des procédures d'infraction devant la Cour de justice de l'Union européenne, 2019/C 70/01, 25 février 2019 [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:52019XC0225\(01\)&from=FR](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:52019XC0225(01)&from=FR)

Si la CJUE demeure libre des montants infligés, les exemples récents montrent que les condamnations en manquement sont chronophages pour l'administration (5 à 6 années de procédure) et atteignent des dizaines de millions d'euros<sup>42</sup> (montant minimum pour la France de 8,731 millions d'euros<sup>43</sup>).

**Proposition n°8 : Un inventaire prévisionnel des provisions pour litiges européens relatifs au temps de travail pourra être réalisé, par les services compétents de l'État, afin d'estimer et d'anticiper un enregistrement de ces provisions au passif du bilan de l'État.**

Toujours à l'échelle européenne, un encadrement plus spécifique du temps de travail des internes pourrait être négocié. Si la problématique des conditions de travail des internes a été discutée dans le cadre des négociations des directives de 1993 puis de 2003, les écarts entre théorie et pratique demeurent particulièrement prégnants pour les jeunes médecins. Une telle négociation au niveau européen permettrait d'inciter davantage les États membres à réduire ces écarts et à harmoniser leurs pratiques.

Cette mesure permettrait en outre, de renforcer l'Europe sociale, dont les mesures et l'impact restent encore trop faibles aujourd'hui. Le droit européen serait ainsi un levier d'amélioration de la qualité de vie au travail des internes. Il s'agit d'une mesure vivement soutenue par le Dr Benzaqui, ancien président de l'Intersyndicat national des internes et médecin de santé publique<sup>44</sup>.

**Proposition n°9 : À l'échelle européenne, un encadrement plus spécifique sur le temps de travail des internes pourrait être négocié afin d'inciter les États membres à réduire les écarts entre théorie et pratique pour les jeunes médecins et ainsi d'améliorer leur qualité de vie au travail.**

---

<sup>42</sup> Arrêt TUE 19 octobre 2011 République française c. Commission européenne, affaire T-139/06 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:62006TJ0139>

<sup>43</sup> *Ibidem*

<sup>44</sup> Interview du Docteur Benzaqui dans Hospimedia le 18/05/2018, à la suite de son ouvrage : *Ce que l'Europe a fait pour les internes*. <https://www.hospimedia.fr/actualite/interviews/20180509-dr-mickael-benzaqui-auteur-l-homogeneisation-des-competences>

### **2.2.2 Au niveau local certaines solutions peuvent être envisagées, en tenant compte du contexte de l'établissement**

La revue de littérature médicale réalisée (annexe n°6) a permis d'identifier des pistes d'améliorations pour assurer un respect du temps de travail des praticiens médicaux, afin de garantir un niveau de formation, de qualité des soins et de qualité de vie des professionnels suffisants. Ainsi en se référant aux articles de *Datta et Davies (2014)*<sup>45</sup>, *Schimmack et al. (2014)*<sup>46</sup>, et *Lim et Tsui (2006)*<sup>47</sup>, il est possible de proposer des recommandations de réformes organisationnelles à l'hôpital, dont la mise en application dépend évidemment de la structure.

La méthodologie qui est issue de cette revue peut servir de modèle adaptable localement :

- **Recommandations pour la gouvernance de l'établissement**
  - Réaliser un diagnostic précis de la situation de l'établissement pour faire de la réorganisation un succès ;
  - Avoir un soutien institutionnel clair pour réorganiser les temps de travail ;
  - Assurer une gouvernance claire pour le pilotage de la formation ;
- **Recommandation pour la formation des praticiens séniors et des internes**
  - Ajuster la durée de formation des internes et prévoir des temps opératoires dédiés pour les internes de chirurgie ;
  - Utiliser les nouvelles technologies pour organiser des ateliers de simulation à la chirurgie, en sanctuarisant ce temps ;
  - Inclure de nouvelles périodes de formation pour les praticiens ;
- **Recommandations pour l'adaptation des ressources humaines et de l'activité médicale**
  - Revoir l'organisation des services (périmètres, mutualisation) ;
  - Réorganiser les plannings ;
  - Fixer des objectifs chiffrés d'opérations chirurgicales pour accompagner le changement ;

---

<sup>45</sup> Datta and Davies, BMC Medical Education 2014 14 (Suppl 1) : S12. Training for the future NHS : training junior doctors in the United Kingdom within the 48-hour European working time directive.

<sup>46</sup> Schimmack et al. Health Economics Review 2014 4 :14. Maximizing time from the constraining European Working Time Directive (EWTD) : The Heidelberg New Working Time Model.

<sup>47</sup> E. Lim, S. Tsui, European Journal of Cardio-thoracic Surgery 30 (2006) 574—577 Impact of the European Working Time Directive on exposure to operative cardiac surgical training

- Augmenter le nombre de chefs de clinique.

Il n'est pas exclu que ces mesures ne puissent se réaliser à isocoûts mais soient pourvoyeuses de dépenses, notamment en ressources humaines, même si des solutions à impact médico-économique nuls ont été observées, notamment par *Maschmann et al.* (2012)<sup>48</sup>.

**Proposition n°10 : Valoriser la mise en place de mesures locales permettant aux établissements de se rapprocher du respect légal du temps de travail.**

Les expérimentations dérogatoires au système de financement actuel, permises par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018, pourraient être des véhicules pertinents pour la réorganisation des soins autour de la problématique du temps de travail. En travaillant sur le décloisonnement et en incitant à la coopération entre l'hôpital et la ville, grâce à des modalités dérogatoires aux financements usuels, ces expérimentations autoriseraient la recherche d'efficacité amenant au respect du temps légal de travail. Toutefois les quatre objectifs initiaux de l'article 51<sup>49</sup> ne sont pas de faire respecter le droit social, mais d'améliorer la qualité des prises en charges. En l'absence d'une nouvelle base juridique, l'objectif principal d'une expérimentation devrait donc viser un de ces objectifs en plus de l'objectif de respect du temps de travail.

**Proposition n°11 : Appuyer la mise en place d'expérimentations sur la base de l'article 51 de la LFSS de 2018 pour assurer le respect du temps de travail grâce à des innovations organisationnelles et de financement.**

Ces recommandations sont également suspendues aux possibilités de dérogations au respect du temps légal de travail, solution proposée par *Shaugnessy et Donnel (2017)*<sup>50</sup> pour diminuer la tension au sein de certaines activités sensibles - blocs d'urgence et anesthésie notamment. Ces dérogations peuvent localement être nécessaires pour maintenir

---

<sup>48</sup> Jens Maschmann et al. Acta Neurochir (2012) 154 :1935–1940 DOI 10.1007/s00701-012-1405-2 New shift models for doctors in à large German University Neurosurgery Department : how they comply with the European Working Time Directive 3 years after implementation

<sup>49</sup>

- ▶ La pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale,
- ▶ les parcours des usagers, via notamment une meilleure coordination des acteurs,
- ▶ l'efficacité du système de santé,
- ▶ l'accès aux prises en charge (de prévention, sanitaire et médico-sociales).

<sup>50</sup> O'Shaughnessy, O'Donnell. Anaesthesia. 2017 Nov. ;72(11) :1416-1417. doi: 10.1111/anae.14095.EWTD implementation in anaesthesia: effects on training and quality of life.

une activité en transition (départ d'un praticien, modification de l'activité), mais également pour en développer une nouvelle. Elles impliqueraient l'ensemble des équipes soignantes (PM et PNM) et pourraient faire l'objet d'une négociation collective comme cela est le cas dans le secteur privé, notamment concernant la hausse ou non des primes ou l'alimentation d'un compte épargne temps autorisant un départ en retraite anticipée. Cela pourrait engager les PM et les PNM d'un même service pour des activités sensibles, sous réserve d'un accord local des équipes, d'un caractère transitoire de la mesure, et d'un objectif de retour au respect du temps de travail. L'utilisation de clauses individuelles d'*opt-out* pourrait permettre ces accords.

**Proposition n°12 : Autoriser des accords locaux, dérogatoires et transitoires, de dépassement du temps de travail pour les PM et les PNM.**

L'exercice des tutelles des établissements de santé doit pouvoir s'exercer pour contrôler le respect du temps de travail. Plusieurs modalités de contrôle sont possibles et demeurent complémentaires, puisque cela peut remplir un objectif de respect de la légalité d'accords locaux ou d'appui à la réorganisation.

L'intégration au projet régional de santé (PRS) d'un objectif de respect du temps de travail peut permettre de décliner une stratégie territorialisée de retour à la règle engageant à la fois la tutelle locale et les établissements. Un contrôle administratif *a posteriori* des accords locaux de dérogation au temps de travail (**Proposition n°12**), réalisé par les ARS contrebalancerait la souplesse offerte aux établissements en inscrivant notamment dans un temps restreint ces dérogations.

**Proposition n°13 : Intégrer le respect du temps de travail comme objectif du Plan régional de santé, tout en donnant aux ARS la mission de contrôler *a posteriori* et de valider les dérogations locales (proposition n°12).**

## Conclusion

La directive européenne 2003/88/CE sur le temps de travail, malgré sa place centrale au sein de la politique sociale de l'Union européenne, ne bénéficie aujourd'hui que d'une application limitée au sein des établissements de santé et des établissements médico-sociaux.

Elle s'applique pourtant à tous les travailleurs et tous les établissements mais comporte de nombreuses dérogations afin de respecter les principes du service public comme la continuité du service. Cependant la directive reste peu connue dans les établissements et ses dispositions ne sont pas respectées de la même manière pour les PNM et pour les PM. Ces deux catégories de professionnels, qui travaillent en pleine collaboration, ne disposent pas du même contexte dans la gestion du temps de travail. Si elles partagent une problématique de tension sur les effectifs de leurs professions, elles disposent toutefois de statuts différents. Ces derniers participent à créer deux explications distinctes des écarts par rapport aux dispositions de la directive.

Or le non-respect actuel du droit européen dans le secteur sanitaire et médico-social français pourrait mener à une condamnation de la France en manquement par la CJUE selon sa jurisprudence récente.

Pourtant ces écarts au temps de travail légal pourraient être résolus par la clarification du cadre national et par une sous grande souplesse d'application sur le plan local.

Sur le plan national certains dispositifs pourraient permettre de modérer les problématiques structurelles de manque d'attractivité ou d'encadrement du temps de travail des PM et des internes. Sur le plan local l'élargissement de la marge de manœuvre des établissements dans ce domaine pourrait participer à la régulation des écarts. L'utilisation d'accords locaux ou d'expérimentations locales sont des exemples de dispositifs souples pouvant répondre aux contextes différents de chaque établissement.

Enfin toutes ces hypothèses se doivent, pour être concrétisées, de bénéficier de forts portages politiques du niveau régional avec les ARS mais aussi à l'échelle nationale afin de réunir les conditions pour entreprendre une réforme d'ampleur.

Le respect intégral des dispositions de la directive semble encore un objectif à atteindre. Il en est de même des espoirs de révision de celle-ci à l'échelle européenne afin d'harmoniser les situations des États membres. L'Europe sociale nécessite d'être encore approfondie concernant les questions de santé et notamment de conditions de travail.

---

## Bibliographie

---

### Ressources juridiques :

- Arrêt du Conseil d'Etat, 9ème et 10èmesous-sections réunies. (2005, 4 février).  
Légifrance.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.dooldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000008163875&fastReqId=553493064&fastPos=1>
- Arrêt de la Cour de justice européenne, Grande chambre, Federación de Servicios de Comisiones Obreras (CCOO) contre Deutsche Bank SAE. (2019, 14 mai).  
Curia.europa.  
<http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=214043&pageIndex=0&docla>
- Arrêt Tribunal de l'Union européenne, 19 octobre 2011 République française c. Commission européenne, affaire T-139/06 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:62006TJ0139>
- Décret n° 2019-1125 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.docidTexte=JORFTEXT000039309275&categorieLien=id>
- Décret n° 2019-121 du 21 février 2019 portant modification de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038158226&categorieLien=id>
- Article L313-23-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006797784&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20050212>
- Article R6152-27 du Code de la Santé Publique ;  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI0000031304375&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20151012>
- Instruction n°DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de

médecine d'urgence prévu par la circulaire n°DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences – SAMU – SMUR

- [https://solidaritesante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/1508/ste\\_20150008\\_0000\\_0112.pdf](https://solidaritesante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/1508/ste_20150008_0000_0112.pdf)
- Journal officiel de l'Union Européenne, Communication de la Commission, Modification de la méthode de calcul des sommes forfaitaires et des astreintes journalières proposées par la Commission dans le cadre des procédures d'infraction devant la Cour de justice de l'Union européenne, 2019/C 70/01, 25 février 2019 [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:52019XC0225\(01\)&from=FR](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:52019XC0225(01)&from=FR)

### **Rapports :**

- ANMTEPH, Le travail en 12 heures, le point de vue des médecins du travail, 3 novembre 2011 [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/178334/1205/Enquete\\_12H.pdf?1429267169](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/178334/1205/Enquete_12H.pdf?1429267169)
- Inspection Générale des Affaires Sociales, Rapport N°RM2011-099P, Cumul d'activités dans la fonction publique hospitalière, juin 2011. <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article219>
- Haut-Commissaire à la réforme des retraites, Pour un système universel de retraite : Préconisations de Jean-Paul Delevoye, Juillet 2019. [https://www.reforme-retraite.gouv.fr/IMG/pdf/retraite\\_01-09\\_leger.pdf](https://www.reforme-retraite.gouv.fr/IMG/pdf/retraite_01-09_leger.pdf)

### **Articles de recherche :**

- Alcaraz-Mor, R., Vigouroux, A., Urcun, A., Boyer, L., & Lehucher-Michel, M.-P. (2019). Qualité de vie au travail de jeunes médecins hospitaliers : Satisfaits malgré tout... *S.F.S.P.*
- Balakrishnan M. et al (2014). Effect of the Full Implementation of the European Working Time Directive on Operative Training in Adult Cardiac Surgery. *Journal of Surgical Education*
- Bergmeister K.D., Aman M., Podesser B.K. (2018). Restricted working hours in Austrian residency programs: Survey results. *Wien Klin Wochenschr.*

- Breen K. J., Hogan A. M., Mealy K. (2013). The detrimental impact of the implementation of the European working time directive (EWTD) on surgical senior house officer (SHO) operative experience *Ir J Med Sci*
- Brohan J., Moore D. (2017). EWTD compliance amongst Anesthesia trainees in Ireland. *Ir J Med Sci*
- Bowhay A. R. (2008). An investigation into how the European Working Time Directive has affected anaesthetic training. *BMC Med Educ.*
- Cappuccio F.P. et al. (2009). Implementing a 48 h EWTD-compliant rota for junior doctors in the UK does not compromise patients' safety: assessor-blind pilot comparison. *Q J Med*
- Clarke R.T, Pitcher A., Lambert T.W., et al. (2014). UK doctors' views on the implementation of the European Working Time Directive as applied to medical practice: a qualitative analysis. *BMJ Open*
- Collum J. et al. (2010). Patient safety and quality of care continue to improve in NHS North West following early implementation of the European Working Time Directive. *Q J Med*
- Datta S.T. and Davies S.J. (2014). Training for the future NHS: training junior doctors in the United Kingdom within the 48-hour European working time directive. *BMC Medical Education*
- De Blacam C., Tierney S & Shelley O. (2016). Experience of plastic surgery registrars in a European Working Time Directive compliant rota. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*
- Duncan M. , Hasla C. (2015). A qualitative investigation of Foundation Year 2 doctors' views on the European Working Time Directive. *Journal of Health Organization and Management, Vol. 29*
- Egan C. , Elliott R. , Fleming P. (2012). European Working Time Directive and the use of simulators and models in Irish orthopedics. *Ir J Med Sci*
- Emmanuel A., Chohda E., Sands C., Ellul J. , and Khawaja H. (2015). An EWTD Compliant Rotation Schedule Which Protects Elective Training Opportunities Is Safe and Provides Sufficient Exposure to Emergency General Surgery: A Prospective Study. *Surg Res Pract.*
- Garvin J. T., McLaughlin R., Kerin M. J. A pilot project of European working time directive compliant rosters in a University teaching hospital. *Surgeon*

- Grass É (2012). Dans « Communauté réduite aux acquêts », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° 1, p. 199, 2012, doi : 10.3917/rfas.121.0199.
- Hallam M-J, Lo S., Mabvuure N., Nduka C. (2013). Implications of rationing and the European Working Time Directive on aesthetic breast surgery: A study of trainee exposure in 2005 and 2011. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*
- Hassenteufel P. (2006). « Allemagne, les mobilisations multiples des médecins », *Chronique internationale de l'IREES*, mars 2006, p.26-36
- Hopmans C.J. et al. (2015). Impact of the European Working Time Directive (EWTD) on the operative experience of surgery residents. *Surgery Volume 157, Number 4*
- L'Horty Y (2008). L'Europe sociale n'existe pas, *Idées économiques et sociales 2008/4 (N° 154), pages 18 à 23*
- Jones G.J. (2004) Achieving compliance with the European Working Time Directive in a large teaching hospital: a strategic approach. *Clin Med*
- Kellyn B. D. , Curtin P. D. , Corcoran M. (2011). The effects of the European Working Time Directive on surgical training: the basic surgical trainee's perspective *Ir J Med Sci*
- Law M.P. et al. (2014). Organizational interventions in response to duty hour reforms. *BMC Medical Education*
- Lim E. and Tsui S. (2006) Impact of the European Working Time Directive on exposure to operative cardiac surgical training. *European Journal of Cardiothoracic Surgery*
- Maschmann J. et al. (2012). New shift models for doctors in a large German University Neurosurgery Department: how they comply with the European Working Time Directive 3 years after implementation *Acta Neurochir*
- Maschmann J et al. (2013). Impact of New Shift Models for Doctors Working at a German University Hospital for Gynecology and Obstetrics Four Years After Implementation. Can They Meet the European Working Time Directive Without Increasing Costs? *Geburtsh Frauenheilk*
- Maxwell A. J. et al. (2010) Implementation of the European Working Time Directive in neurosurgery reduces continuity of care and training opportunities. *Acta Neurochir*

- McIntyre H. F. et al. (2010). Implementation of the European Working Time Directive in an NHS trust: impact on patient care and junior doctor welfare. *Clinical Medicine*
- Melarkode K. et al. (2009). Training in pediatric anesthesia for registrars – UK National survey Introduction. *Pediatric Anesthesia*
- Michéa F. (2018). État des lieux de la négociation collective européenne au niveau interprofessionnel Entre construction et menaces systémiques. *I.R.E.S / « La Revue de l'Ires » 2018/3 n° 96-97 / pages 39 à 63*
- Morris-Stiff G. J. et al. (2005). The European Working Time Directive: One for all and all for one? *Surgery, Volume 137*
- O 'Gallagher M.K. et al. (2013). The impact of the European Working Time Regulations on Ophthalmic Specialist Training, A national trainee survey. *International Journal of Surgery*
- O'Shaughnessy S.M., O'Donnell B. (2017). EWTD implementation in anesthesia: effects on training and quality of life. *Anesthesia*.
- Rodriguez D. et al. (2009). Working conditions survey and trainee's situation: New approach to auditing the situation of European trainees in obstetrics and gynecology ten years later. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*
- Rodriguez-Jareño MC, Demou E, Vargas-Prada S, et al. (2014). European Working Time Directive and doctors' health: a systematic review of the available epidemiological evidence. *BMJ Open*
- Schimmack S. et al. (2014). Maximizing time from the constraining European Working Time Directive (EWTD): The Heidelberg New Working Time Model. *Health Economics Review*
- Tomlinson A. (2005). Effects of the EWTD on anaesthetic training in the UK. *Anesthesia*
- Tait M. J. et al. (2008). Current neurosurgical trainees' perception of the European Working Time Directive and shift work. *British Journal of Neurosurger*
- Tsouroufli M. and Payne H. (2008). Consultant medical trainers, modernizing medical careers (MMC) and the European time directive (EWTD): tensions and challenges in a changing medical education context. *BMC Medical Education*

- Vincent G. (1991). La demi-journée n'a pas de durée définie. *Lettre DH/7C n°7291 du 5 septembre 1991, Directeur des hôpitaux*
- Weibel L., Herbrecht D., Imboden D., Junker-Mois L., Bannerot B. (2014), Organisation du travail en 2x12h : les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs — *Références en santé au travail* — N° 137 – INRS <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TP%2018>
- Wilson T. et al. (2010). The effect of trainee involvement on procedure and list times: A statistical analysis with discussion of current issues affecting orthopedic training in UK. *The surgeon*

### **Déclarations politiques et syndicales :**

- Action praticiens hôpital, Avenir hôpital, Confédération des praticiens hospitaliers, Jeunes médecins, Inter syndicat national des praticiens hospitaliers [https://aph-france.fr/IMG/pdf/20200619\\_aph\\_inph\\_jm\\_newsletter\\_segur.pdf](https://aph-france.fr/IMG/pdf/20200619_aph_inph_jm_newsletter_segur.pdf)
- Propositions de l'ISNI, Ségur de la santé, 1er juillet 2020, <https://isni.fr/segur-les-propositions-des-internes-pour-un-meilleur-systeme-de-sante/>

### **Articles de presse :**

- “ Olivier Vérán promet de meilleurs salaires à l'hôpital et un assouplissement des 35 heures”. (2020, 17 mai). Le Monde. <https://www.lemonde.fr/economie/article/2020/05/17/>
- Agnès Buzyn, solidement harnachée dans la tempête. (2019, 15 décembre). What's up doc. <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/>
- Jean Castex veut régler « à court terme » le dossier des retraites. (2020, 5 juillet). Le Monde. <https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/07/05/>
- La parution de l'arrêté sur la continuité des soins dans les Ehpad et hôpitaux suscite des critiques. (2013, 18 novembre). Hospimédia. ; <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/>
- Pollution de l'air : la France condamnée par la justice européenne pour ne pas avoir protégé ses citoyens. (2019, 24 octobre). lemonde.fr. <https://www.lemonde.fr/planete/article/2019/10/24>
- Temps de travail, repos de sécurité : la Cour de justice de l'UE recadre, les syndicats de praticiens hospitaliers remontent au front. (2019, 22 mai). [lequotidiendumedecin.fr. https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/](https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/)

---

## Liste des annexes

---

- **Annexe 1** : Synthèse des entretiens réalisés
- **Annexe 2** : Constats des écarts
- **Annexe 3** : Retranscription des entretiens
- **Annexe 4** : Analyse juridique de l'impact de la directive de 2003/88/CE sur la situation juridique et statutaire des PH en France
- **Annexe 5** : Extraits du rapport de l'IGAS n° RM2011-099P concernant le cumul d'activité dans la fonction publique hospitalière
- **Annexe 6** : Revue de la littérature médicale

## Annexe n° 1 : Synthèse des entretiens réalisés

### ▪ Institutionnel

<u>Acteur interviewé</u>	<u>Fonction</u>	<u>Lien avec le sujet</u>
FX Schweyer	Professeur à l'EHESP et chercheur à l'ERIS, Centre Maurice Halbwachs, UMR 8097 CNRS-EHESS-ENS.	Auteur de "Limites de la convergence du temps de travail des médecins hospitaliers en Europe (Allemagne, Danemark, Espagne, Lituanie, Royaume Uni)" La Documentation Française "Revue française des affaires sociales" 2011/12 pages 226 à 251
Force ouvrière	Délégation locale en établissement CH en province	Syndicat représentatif : 5 sièges sur les 20 pour les représentants syndicaux au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière et 6 sièges sur les 30 pour les représentants syndicaux au Conseil Commun de la Fonction Publique
CFDT santé	Délégation locale en établissement CH en province	Syndicat représentatif : 5 sièges sur les 20 pour les représentants syndicaux au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière. La CFDT est adhérente à la Confédération européenne des syndicats (CES)
Simon Talland	Président du SNIA (syndicat national des infirmiers anesthésistes)	Les IADE sont un métier en tension, dans des services où la gestion du temps de travail peut être non conformes avec la réglementation et notamment la directive de 2003

### ▪ Terrain

<u>Type d'établissement</u>	<u>Localisation</u>	<u>Fonction</u>
CH	IDF	DAM
CH	IDF	DRH
CH	AURA	DRH
CHU	IDF	DAM
CHU	IDF	DRH
CHU	IDF	DS
CHU	AURA	DAM
CHU	AURA	DRH
CHU	AURA	DSI
ASE	AURA	Directeur d'établissement
Editeur de logiciel	Non applicable	Ingénieur applicatif

## Annexe n° 2 : Entretien : constatations des écarts

Affirmation	Acteurs de terrain		Acteurs institutionnels	
	Réponse affirmative	Nombre total de réponses	Réponse affirmative	Nombre total de réponses
L'interlocuteur connaît la directive de 2003	2	7	2	2
L'interlocuteur indique qu'il y a des écarts fréquents au niveau des personnels médicaux	5	5	1	1
L'interlocuteur indique qu'il y a des écarts fréquents au niveau des personnels non médicaux	1	5	2	2
L'interlocuteur spécifie que les écarts se situent au niveau des métiers en tension	1	3		
L'établissement, où l'interlocuteur travaille, a un outil informatique pour la gestion du temps de travail	7	7		
L'interlocuteur indique que les personnels de nuit font l'objet d'un suivi spécifique et régulier par la médecine du travail	2	3		
Le cumul d'activité est fréquent par certains personnels de l'établissement	5	5		
Le travail en 12h est fréquent dans l'établissement	4	4		

## **Annexe n° 3 : Retranscription d'un panel des entretiens**

**Entretien n°1**, François-Xavier Schweyer, enseignant chercheur en sciences sociales à l'EHESP, le 08 juin 2020

### **Pourquoi cette non-application de la directive UE ? Existe-t-il une réelle spécificité française ?**

*Les causes sont structurelles, il existe dans le système français une dichotomie entre le médical et l'administratif. Cela représente 2 lignes d'autorité bien distinctes.*

*Les gardes médicales et les internes sont sous le contrôle médical. La culture de la formation des internes remonte au XIXe siècle et n'a pas évolué. Ils sont corvéables, ils vont en baver durant l'internat et en feront baver aux suivants. Le cas de la crise COVID est très parlant, les internes ont été mis à contribution d'une façon excessive c'est de la main d'œuvre bon marché.*

*Ce modèle culturel n'a pas été révisé, c'est l'apprentissage par le compagnonnage, on apprend de et à côté de son maître, le contre don c'est la disponibilité. Il est normal que les internes soient disponibles. Les effets secondaires de cette situation ce sont certains internes qui ne sont pas corrects avec les secrétaires ou les IDE pour compenser en quelque sorte. Le comportement de certains internes est inacceptable, l'autorité médicale s'argue de l'urgence pour défier la norme administrative.*

*Le corps médical (CM) a beaucoup évolué dans ses pratiques, sa technique, sur beaucoup de plans mais culturellement NON parce que la représentation de l'apprentissage n'évolue pas. C'est un milieu saturé de normes, de valeurs professionnelles.*

*Le modèle professionnel est menacé par une gestion structurée par l'administration centrale. Les médecins se sentent beaucoup plus encadrés, certains l'acceptent et adhèrent aux critères de gestion et d'autres se sentent menacés. On constate la permanence des traits culturels qui pourraient menacer la survie du modèle.*

*Si on compare la France et l'Allemagne le modèle est très différent, en France le maître est quasi-Dieu, on reçoit le geste, les normes et les valeurs.*

### **Pensez-vous que l'impact financier est une des raisons du travailler plus des médecins ?**

*Je ne crois pas en cet impact financier, ce n'est pas l'objectif des médecins aujourd'hui car beaucoup sont X2 actifs et 2 salaires suffisant à vivre. La qualité de vie est > au gain financier.*

*Les générations précédentes étaient sur le modèle de l'homme et du statut du notable. Les revenus élevés étaient nécessaires pour avoir une maison de vacances etc... Aujourd'hui ce n'est plus pertinent. Ce n'est pas la norme dominante, proposer des gardes supplémentaires pour gagner plus ce n'est pas ou plus attractif.*

*Le vrai pb de l'hôpital public, c'est le TT, les 35 heures qui n'ont pas du tout été anticipées et qui ne sont pas du tout adaptées à l'activité d'ailleurs les cadres > travaillent en moyenne 50 à 55 h / semaine.*

*Le raisonnement du coup ce sont les internes et les stagiaires qui sont de la main d'œuvre pas chère. C'est structurel, ça donne du pouvoir aux internes. C'est sûrement une des raisons de l'impossibilité de faire lever la liberté d'installation des médecins, les internes ont du coup un vrai pouvoir politique.*

**Pourrait-on faire un parallèle avec le PNM et son histoire du dévouement, de la vocation religieuse ou quasi ?**

*Les DS et l'encadrement > IDE, le TT IDE est plus respecté (Cf mouvement social de 1988) à la fois la capacité de mobilisation des IDE et l'encadrement professionnel administratif culturel fait la différence. Il y a un encadrement structuré.*

**Comment envisagez-vous le risque contentieux du non-respect de cette directive ?**

*La jurisprudence est toujours plutôt favorable au PM mais je ne connais pas de cas ou de mobilisation collective médicale pour l'application des règles. Une application stricte du Droit remettrait en cause le modèle médical. Je pense qu'une application stricte de la Loi provoquerait une perte > au gain de l'application du Droit notamment en termes de liberté de choix et d'actions. Les zones de non droit sont très importantes.*

*L'opposition administration/PM ne fonctionne pas toujours ainsi, une administration sans PM n'est rien et le CM en a besoin, une alliance objective sur le fond est nécessaire. Cela explique que les recours en justice sont rares.*

**Cette situation pourrait-elle évoluer avec les jeunes générations ?**

*C'est surtout la féminisation de la profession qui va peut-être changer le paradigme. Les femmes recherchent plus l'équilibre vie perso-vie prof, elles sont moins attachées aux enjeux de pouvoir et d'affirmation de soi. Il est possible que l'intensité de la défense du modèle culturelle actuelle diminue avec la féminisation.*

*Ce n'est pas parce qu'on est jeune qu'on ne pense pas comme un papa ! Cependant il y a quand même un double levier :*

- *Le changement de rapport au travail qui caractérise les jeunes*
- *La féminisation.*

*L'habitus démocratique évolue car dans son modèle traditionnel il est très hiérarchisé. Les jeunes générations sont moins là-dedans, ils sont plus sur le modèle du Droit et de la même règle pour tous. La démocratisation des relations de travail est favorable à une meilleure application du droit. Dans les pays du Nord de l'EU, les relations de travail sont beaucoup plus démocratiques, les mêmes règles pour tous. L'ouvrage « la logique de l'honneur » qui dépeint l'encadrement supérieur et son rapport au travail, montre bien en France un modèle d'encadrement > qui travaille beaucoup et qui met en avant le présentisme. La culture du nord de l'Europe n'est pas du tout la même. Cela se superpose*

*avec la culture médicale car en France on ne compte pas ses heures pour réussir. Si on les compte on est considéré comme un clampin.*

*Il faut penser à la socialisation professionnelle, l'hôpital fabrique du PNM et du PM par l'intégration, par la discussion de ces normes, c'est l'apprentissage professionnel. Cependant le rapport au travail change, l'intégration dans une équipe jusque-là consentie pour faire « carrière » ne l'est plus aujourd'hui, l'investissement d'intégration n'a plus de sens et ce n'est pas facile à gérer mais la précarité des contrats et les changements de relation au travail l'expliquent.*

*Le lien entre la socialisation de la prime enfance et la socialisation professionnelle existe, c'est la même personne dans un second temps de sa vie. Mais dans le cadre du raisonnement sur le TT c'est la norme collective qui compte, le lien biographique est atténué par la norme du groupe, c'est le jeu de normes dans les relations au travail, synchronie > < diachronie.*

*Après, la diversité d'origine sociale des PM est faible par rapport à d'autres groupes professionnels. C'est dû à la présence des facs en ville, il faut aller avant dans un bon lycée, avoir eu une mention au Bac, c'est une forme de sélection sociale avant l'intégration sociale. La logique de la réforme actuelle essaie de lutter contre ce déterminisme.*

## **Entretien n°2, un directeur des soins**

### **Quel est votre itinéraire professionnel ?**

*J'ai fait carrière dans le département du Nord, avec une culture professionnelle différente de celle de mon établissement actuel.*

### **Avez-vous entendu parler de la directive ?**

*Les praticiens de l'hôpital ne parlent jamais de la directive. On travaille avec le droit national.*

### **Où en sommes-nous du respect des repos minimaux ?**

*La loi sur les 35h a abouti à des négociations internes aux établissements (modalités de prise des RTT) : les règles de gestion du temps sont locales désormais.*

*Globalement on respecte formellement les temps de repos : les règles internes des établissements respectent la réglementation, elles sont soumises aux OS.*

*Mais il y a souvent un décalage dans les pratiques : faire face aux aléas (l'aléa caractérise l'activité à l'hôpital) implique parfois de violer ces plafonds et outrepasser les repos minimaux.*

### **Le plafond hebdomadaire de temps de travail et les repos obligatoires**

*On a retravaillé ce sujet il y a peu. Notre établissement a porté un projet OTT récemment :*

- En 2016 nous avons renégocié avec les partenaires sociaux les règles de gestion des temps : rappel de la règle des 48h notamment pour les équipes de nuit qui dépassaient les 48h ;
- Définition d'un cycle de travail sur 2 semaines : les équipes réalisent 7 nuits par quatorzaine : il fallait éviter que les agents fassent 5 nuits de 10h sur une semaine ;

Les équipes de nuit voulaient des nuits de 12h. Beaucoup d'agents de jour veulent du 12h aussi.

Dans notre GH c'est :

- 7h30 le jour
- 10H la nuit : pas de nuit de 8h dans le GH
- Les services de 12h ont été limités au bloc, réa, SAMU et qq autres services de soins mais cette orga doit être argumentée : donc limitée (horaires dérogatoires) : Le DS n'y est pas favorable car permet pas assez temps de chevauchement inter-équipes : transmission est de moindre qualité faute du temps suffisant

Dans les services organisés en 12h : il est difficile de respecter ces règles et les agents font pression pour que l'on s'en affranchisse :

- Les soignants ne veulent pas des nuits de travail isolées : ils veulent se reposer sur plusieurs jours de repos et se plaignent que le coût d'entrée dans l'appropriation des dossiers : c'est bien de revenir le lendemain sinon il y a un coût d'entrée avec un nouveau patient ;
- Les équipes veulent bénéficier de semaines off et la réglementation ne le permet pas (7 nuits de travail et 7 jours de repos : cette organisation n'est plus possible aujourd'hui).

### **Quelle est la place du dialogue social dans le respect des temps de travail ?**

Les équipes de nuit voulaient des nuits de 12h. Bcp d'agents de jour veulent du 12h aussi. Les syndicats sont contre les agents en ceci qu'ils veulent le respect du droit.

Le DS porte le respect du droit car il porte la qualité soins : certains soignants argumentent sur la qualité des soins mais ça reste une préoccupation portée par la DS en premier lieu.

Les 48h on les limite au maximum : il y a eu conflits sociaux important, les cadres y sont sensibilisés (ce n'est pas le cas dans toute le GH).

### **Faut-il faire évoluer la réglementation ? Faut-il faire évoluer les pratiques ?**

L'hôpital est confronté à de tels aléas que le respect de la règle à tous les moments est impossible : il fait respecter la règle (cycle de travail théorique) et prévoir des modalités de dérogation (flexibilité obligatoire) en cas d'alea : c'est le discours que porte le DS du GH.

Il y a une difficulté sur les horaires de nuit et les services de 12h où le respect des règles est difficile. Pour les services de 7h30 : il n'y a pas vraiment de difficulté.

### **En cas d'employeurs multiples, il n'y a pas plus de problème ?**

*La mise en place d'Artemis a permis d'arrêter d'enchaîner une après-midi et une nuit. Interfacer Gestime et Artemis va permettre de faire un meilleur suivi de ces questions. Les outils sont des moyens de contrôle.*

### **Voulez-vous revenir sur un point ?**

*Oui : la culture professionnelle de l'établissement vis-à-vis du temps de travail.*

*Le GH a une culture professionnelle particulière sur ces questions : la culture des règles de gestion du temps respectueuse des limites est faible.*

*Par exemple : distinction juridique entre pause (20mn dans régime général, 30mn chez nous) où il faut rester disponible pour les patients et coupure (ça peut être 2h le midi et c'est du temps perso on peut faire ce qu'on veut) : ici, on fait d'une pause une coupure (les soignants vont au self et ne sont pas joignables).*

*Mais l'établissement aussi a sa propre culture pro également : on n'y a encore moins la culture de la règle, ni celle des conditions de travail. Il y a une culture de l'arrangement.*

### **Les métiers en tension ? est-ce que cela joue sur nos problématiques ?**

*Ça ne joue pas vraiment sur les PNM dans notre GH : La majorité de nos postes IADE sont occupés donc pas tant en tension que ça (mesures d'attractivité : bouger un peu de poste par exemple : bloc et SMUR pour enrichir la tâche et mesures financières).*

## **Entretien n°3, une Directrice des ressources humaines d'un centre hospitalier francilien le 14/05/2020**

### **-Avez-vous entendu parler de la directive de 2003 sur la GTT ?**

*Je ne l'ai jamais lue. Nous connaissons les décrets d'application pas les directives européennes. Par ailleurs, j'ai toujours entendu que cette directive avait changé plus de choses au niveau du personnel médical, plutôt qu'au niveau du personnel non-médical.*

### **-Quels sont ou ont été les applications du décret qui a suivi sur le terrain ? Quelles sont les mises en application pratiques ?**

*Le décret sur le temps de travail est globalement respecté. Les trames de planning sont réalisées en fonction par la Direction des soins. Quelques écarts avec les remplacements qui font que nous ne sommes plus toujours en phase avec la réglementation, car cela amène du personnel à réaliser davantage d'heures par semaine.*

*Au niveau du PNM, quelques horaires illégaux persistent en 24h : au bloc (avec les horaires de garde), les services techniques (avec la garde technique), et le SMUR (service mobile d'urgence).*

*Globalement, l'hôpital fait marche arrière sur les 24h. C'était très courant auparavant, comme dans la maternité par exemple. Mais le décret a mis fin à cela.*

*Un guide du temps de travail a été réalisé après le décret.*

**-Selon vous, comment peuvent s'expliquer ces écarts de pratique ?**

*Si l'on veut arrêter les horaires en 24h, il faut revoir toutes les organisations ce qui est très difficile. Nous voulions le faire mais le contexte du COVID-19 a repoussé cela. Par ailleurs, ces organisations peuvent arranger le personnel. Au bloc, ça les arrange car ils sont payés en heures supplémentaires. C'est un moyen d'attractivité ou plutôt de fidéliser du personnel.*

*Pour le SMUR on pourrait s'attaquer à changer les horaires mais il faut que l'organisation colle avec les horaires des urgences en 12h.*

**-Quel est votre positionnement face à ces obligations ?**

*Le but des DRH est de tendre vers la réglementation. Avant le décret de 2002, la réglementation était appliquée de manière très disparate. Par exemple, certains CH incluait le temps de repas dans le temps de travail et d'autres non. La directive et le décret ont contribué à une harmonisation des règles. Par ailleurs, les plans de retour à l'équilibre des années 2010 ont favorisé à tendre vers la réglementation. Pour le PNM, on se rapproche de plus en plus de la réglementation, elle est globalement respectée. Là où l'on joue davantage avec les règles, c'est pour le personnel médical.*

**-Qu'avez-vous mis en place à l'échelle de votre établissement ?**

*Ici le modèle est repose beaucoup sur l'organisation du temps de travail en 12 heures. Cela permet d'augmenter l'attractivité des postes. On fait passer progressivement des services en 12h lorsqu'il y a des problèmes d'attractivité.*

*Cela demande la tenue d'un CHSCT à chaque fois qu'un service passe en 12h.*

*Le "tout 12H" est globalement demandé par ceux qui ne sont pas dans ces horaires (qui font du 7h30 ou 8h par jour). C'est un mouvement vers le plus d'heures, il n'y jamais de retour en arrière vers du 7h30.*

*A l'APHP, ils sont davantage sur une organisation en 7h30.*

*Mais pour améliorer l'attractivité, on joue davantage sur les statuts (mise en stage direct), la prime d'installation, etc., que sur le temps de travail.*

**-Le contexte actuel de la COVID-19 a-t-il remis en cause ces obligations ?**

*Avec le COVID, il y a eu globalement moins d'absentéisme donc moins de remplacement. Le service d'USLD est passé en 12H. Le temps de travail des directeurs a énormément augmenté. Les horaires en 12h ont globalement été respectés. Les organisations syndicales étaient consultées toutes les semaines. De nombreux services ont été renforcés avec des élèves infirmiers ou aides-soignants, des vacataires, des retours de congés, pour éviter les dépassements d'horaires, et les congés ont été décalés. La suspension des congés sur la période a permis de limiter l'impact sur la GTT. Il y a eu quelques heures supplémentaires mais c'est resté raisonnable.*

## Entretien n°4, une directrice des affaires médicales d'un établissement francilien

*La directive est très PNM, depuis il y a pas mal de textes qui sont parus, qui ont plus d'impact sur la gestion notamment du temps médical.*

*Je vais essayer de te construire une pensée autour du temps médical et y injecter la question des référencements aux textes, y compris de la directive, mais qui encore une fois me semble un peu éloignée du PM.*

*Le sujet du temps de travail est beaucoup plus complexe pour le personnel médical que pour le PNM.*

*On va commencer par une petite introduction sociologique pour ce qui est du PM. La question de la maîtrise du temps médical est quelque chose de très récent, beaucoup plus récent que pour le PNM.*

*Pour cette directive, je n'étais pas encore en poste à l'époque, mais très concrètement, dans tous mes échanges avec mes collègues de la DAM, on fait peu référence à elle. Mais sur les principes de base, il y a un fil conducteur qui est de dire que pour la première fois, on a évoqué un temps de travail maximal hebdomadaire pour le PM. Ce qui était quelque chose de revendiqué par les syndicats médicaux mais qui était une vraie révolution.*

### **-Cela date de cette directive de 2003 ?**

*Oui ça émergé là mais après ça été précisé dans d'autres décrets. Le plus récent date de 2015 si je ne me trompe pas. Que dit la réglementation ? Avant pour les médecins, le principe était qu'ils ne comptaient pas leurs heures. Maintenant ils ont revendiqué le fait qu'eux aussi, avaient le droit à compter leurs heures en semaine, et avoir des repos de sécurité, notamment post-garde.*

### **-Ce n'était pas le cas avant ?**

*Non je ne crois pas. Dans ce que la directive propose (temps de pause, etc.), ce n'est pas aussi cadré pour le PM. Les 35h c'est très PNM et non PM. Mais ce que dit le Code de la Santé publique est qu'un médecin n'a pas le droit de travailler plus de 45h par semaine.*

*Il y a une double injonction pour le temps de travail du PM : en termes d'horaires avec les 45h et en termes de demi-journées. Un médecin, hors universitaire, ne doit pas travailler plus de dix demi-journées par semaine, qualifié d'obligation de service.*

*Je ne pense pas que ce soit la directive de 2001 l'origine mais tout a émergé de cette question du temps de travail. Les médecins dérogent bien aux 35h. Mais ils ont quand même obtenu d'avoir deux avancées : si leur quota d'heures est dépassé, ils sont payés en heures supplémentaires, appelées plages additionnelles, ce qui n'existent pas pour les cadres au forfait. Et deuxième avancée : les 45h doivent tenir en 10 demi-journées.*

*Cette double injonction existe donc mais le législateur n'a pas défini le temps horaire d'une demi-journée. C'est volontaire que ça ne soit pas formalisé. Cela rend le dialogue complexe avec le PM puisque les indicateurs sont volontairement flous.*

*Les 10 demi-journées ne se calculent pas du lundi au vendredi mais du lundi au samedi midi.*

*Et les obligations de service des PU-PH, c'est 11 demi-journées. Mais ils ont deux employeurs : l'université et l'hôpital. C'est une usine à gaz le temps médical... Les PUPH ont toujours défendu le fait que leur temps de travail ne soit pas partagé en 50/50, car ils ont 3 missions : la recherche, l'enseignement et l'hospitalier. De fait, il est impossible de contingerter l'un ou l'autre, la recherche étant à cheval entre l'université et l'hôpital. Donc on ne peut jamais leur dire de faire plus de temps clinique.*

**-Il est rémunéré à moitié par l'hôpital et à moitié par l'Université ?**

*Oui à peu près. Il y a plusieurs profils donc certains vont privilégier le temps clinique et d'autres la recherche. Et certains vont s'engager dans la politique*

**Entretien n°5**, une Directrice ESSMS adjointe au V.F groupement de structures relevant de l'Aide sociale à l'enfance, le 26 mai 2020

**Pouvez-vous me faire part de votre parcours professionnel ?**

*Actuellement Directrice ESSMS adjointe en charge plus particulièrement de la RH dans la protection de l'enfance depuis plus de 5 ans après avoir eu un parcours dans le sanitaire et en EPHAD.*

**Pouvez-vous me décrire la structure que vous gérez ?**

*Le V.F regroupe de 25 structures relevant de la FPH réparties sur le département, avec une capacité d'accueil de 292 des enfants de 3 ans à 18 ans. Il y a environ 220 agents, principalement des éducateurs, une équipe de 11 cadres et une directrice générale.*

**Connaissez-vous la Directive Européenne de 2003 sur la GTT ?**

*Je ne connais pas la directive de 2003 je suis partie de l'hôpital où s'appliquait les règles nationales de la GTT. Les Ets de protection de l'enfance l'adolescence sociale relève aussi du statut de la FPH, mais les besoins en plage horaires sont bien au-delà des 7h journalières.*

*Ce sont les éducateurs qui gèrent leur planning, ils sont autonomes, même pour la gestion de l'absentéisme, sauf grande difficulté ils assurent entre eux les besoins en remplacement. Il existe bien une trame de planning, mais elle est régulièrement modifiée à cause de l'absentéisme et des difficultés de plus en plus croissante à pouvoir assurer les remplacements. On se retrouve ainsi à ne pas toujours respecter les règles de GTT.*

*En plus dans nos établissements publics de la protection de l'enfance, nous avons des fonctionnements particuliers les WE et pendant les vacances scolaires. Les éducateurs sont alors amenés à effectuer des journées de 15 heures. C'est un choix qui a été fait de passer toute la journée avec l'enfant plutôt que d'avoir une coupure en pleine journée qui peut limiter la réalisation d'activité avec les jeunes et limiter les interactions avec l'éducateur.*

*On va même plus loin avec l'organisation des camps, là les éducateurs peuvent être amenés à partir pendant une semaine, ou plus avec un groupe d'enfants, le temps de travail est en non-stop.*

*Ils partent ensemble mais du coup c'est comme quand vous partez en famille en vacances c'est le plus le plus possible comme un fonctionnement familial donc j'en ai qui partent sur une semaine dans un camping et donc les éducateurs ; ils font le camp entier non-stop.*

*Bien sûr, ils ont des temps de récupération de retour derrière. Mais le plus souvent ils n'ont pas la possibilité de récupérer l'intégralité des heures, il y a donc un paiement des HS.*

**Cette gestion du temps pose-t-elle un problème pour les éducateurs ? sont-ils demandeurs d'une autre organisation ?**

*Non pas du tout, les éducateurs sont très autonomes et adaptent leur temps de travail en fonction des besoins des familles ou des enfants. Certains éducateurs travaillent à la « mission » et peuvent partir très rapidement avec un enfant qui a besoin d'être extrait du groupe pendant 1 semaine voir 15 jours. Du coup c'est vrai que les éducateurs sont parfois hors délai des 48 heures max par semaine.*

**Comment est organisé le travail de nuit ?**

*Les éducateurs finissent tard avec les jeunes, entre 22h et 23h00. La nuit est assurée par des veilleurs de nuit. C'est un personnel qui ne dispose d'aucun diplôme, ils travaillent entre 8h et 9 h par nuit.*

*Ils existent des postes en veille debout, i.e. qui ne dorment pas la nuit, et des postes en veille coucher où le veilleur peut aller se coucher entre 00h00 et 06h00.*

**Est-ce que ce sont des personnels de la FPH ?**

*Oui, ils ont le grade d'OPQ, et relèvent bien du statut de la FPH.*

**La directive européenne préconise une évaluation gratuite de son état de santé préalablement à sa prise de poste et à intervalles réguliers pour les personnels de nuit, qu'en-est-il concernant vos équipes de nuit ?**

*Nous ne disposons pas de médecin du travail, nous sommes rattachés à la médecine de travail du secteur privé, c'est toujours un peu compliqué d'expliquer nos organisations de travail. Mais, nous privilégions le suivi des personnels nuit, ils ont une visite à l'embauche et si c'est leur premier poste de nuit, ils ont une 2<sup>ème</sup> visite à 6 mois pour voir comment se passe l'adaptation au travail de nuit.*

*Ensuite les veilleurs « debout » ont une visite tous les ans et les veilleurs « couchers » tous les 2 ans.*

*Nous avons aussi dû nous adapter à l'organisation de la médecine du travail et respecter leurs règles sinon nous n'avions plus de contrat avec eux et comme ils n'ont pas vraiment besoin de nous, nous avons adapter nos suivis. Pour le reste du personnel il y a une visite médicale tous les 5 ans.*

**Disposez- vous d'un logiciel de suivi des temps de travail ?**

*Non pas du tout, les personnels ne badgent pas, les heures sont renseignées manuellement sur un support informatique que chaque agent renseigne individuellement. Après ce sont les cadres qui effectuent tout de même une vérification des données enregistrées.*

**Est-ce-que la question de la gestion du temps de travail est un point de discussion avec les représentants du personnel ? Par exemple sur la durée d'une journée de travail de 15h ?**

*Non absolument pas, il faut dire que nos relations avec les représentants sont très bonnes, le temps de travail n'est pas du tout un sujet de discussion.*

**Des journées de 15h ne respectent pas la réglementation en vigueur sur la GTT, pensez-vous que cette durée impacte sur la qualité de la PEC des enfants et des familles ?**

*Non, au contraire, je comprends que cette durée paraisse vraiment importante, mais elle permet d'assurer une continuité dans l'accompagnement des jeunes. Elle correspond plus aux besoins des familles aussi. Je ne pense donc pas que cela impacte la qualité de l'accompagnement.*

*C'est vrai qu'aujourd'hui on rencontre cependant de plus en plus de difficulté au recrutement d'éducateurs, ce qui n'était pas le cas il y a quelques années...*

**La crise COVID 19 a dû entrainer des modifications dans l'organisation du travail ? Comment vous êtes-vous adaptés ?**

*Effectivement nous avons dû interrompre certaine de nos prises en charge, mais rapidement nous avons maintenu l'activité de l'internat en gardant des jeunes dans le cas de situations vraiment trop explosives, pouvant mettre en péril le jeune ou l'équilibre familial. Mais nos horaires de travail n'ont pas été impactés, il y a eu aussi une réaffectation de certains postes en fonction des nécessités.*

*Et nous avons aussi rapidement privilégié les accompagnements à domicile pour soutenir des familles en grande difficulté. Bien évidemment un grand nombre de nos activités de groupes, même si ceux ne dépassent pas en règle générale plus de 10 jeunes, voire moins, ont été suspendus au profit de visite individualisée. C'est vrai que cela n'a pas été simple et pour le coup nous n'avons pas trop été regardant sur la GTT et la trame des plannings n'était plus de vigueur...*

**Souhaitez-vous aborder d'autres points autour de la gestion du temps et la Directive européenne de 2003 ?**

*Non, je pense que nous avons fait le tour. C'est que nous nous reportons exclusivement sur les textes réglementaires de retranscription de la Directive, pas certaine qu'effectivement nous soyons dans le respect totale de celles-ci, c'est une adaptation à la réalité du terrain, sans pour autant dépasser les règles en matière d'HS annuelle, les éducateurs savent aussi bien gérer leur temps de travail. Je dirai que c'est plus compliqué pour les cadres... voir les Directeurs, comme je le disais le droit à la déconnection n'est pas facile à appliquer quand on est d'astreinte en quasi-permanence...*

**Entretien n°6, un représentant du personnel organisation syndicale Force Ouvrière d'un centre hospitalier avec trois EHPAD rattachés, le 11 juin 2020**

**Avez-vous été consulté pour la mise en œuvre en 2003 ?**

*Nous ne pouvons pas vous répondre car nous n'étions présents lors de la mise en œuvre de celle-ci, nous nous appuyons plutôt sur les règles des 35h de 2002.*

**Quels sont pour vous les apports de cette directive pour la protection des salariés ?**

*En principe c'est surtout la limitation des heures supplémentaires et leur récupération. Toutes les fonctions publiques de France je crois d'ailleurs doivent fonctionner avec le système de cycle de travail qui permettent d'avoir un respect des heures de travail, si vraiment les cycles de travail sont obligatoires on est tous hors réglementation depuis 2002. Ils doivent être obligatoirement en adéquation avec la réglementation et celle-ci en particulier (cf. directive 2003).*

*Les hôpitaux c'est bien on en parle en ce moment, mais on a un manque d'agent dans tous les domaines parce que d'abord c'est très mal payé, vous travaillez la nuit les week-ends les jours fériés et c'est toujours compliqué de poser ses congés annuels car on doit fonctionner 24h sur 24 et donc par manque de personnels, les plannings prévisionnels ne peuvent pas fonctionner car il y a un manque d'agents suffisants pour faire fonctionner le roulement tel qu'il devrait être. Donc les cycles n'ont jamais pu être appliqués chez nous. En revanche tous les gens de nuit sont sous cycle car c'est plus facile à appliquer, et tout ce qui est administratif car on travaille du lundi au vendredi.*

**Et le personnel technique et médico-technique ?**

*Non pas tous certains oui les ateliers puisqu'ils travaillent du lundi au vendredi et qu'ils ont des astreintes de nuit et de week-end, donc ils sont cyclés car les astreintes sont prévues sur l'année, mais pour l'instant ce sont les seuls. Le laboratoire non, la cuisine non, la pharmacie non, car en plus du nombre de personnels requis pour faire fonctionner un planning, il faut également avoir les professionnels disposant des bonnes compétences.*

*La semaine il doit y avoir des compétences indispensables, par exemple pour les consultations, les pansements, les hospitalisations de jour ou de semaine.*

*Pour le laboratoire, avec l'habilitation COFRAC, on ne peut pas tourner sur tous les postes, car cela nous demanderait des jours de présence en poste et du coup c'est compliqué de faire un cycle. Cette obligation d'habilitation est une contrainte qui s'ajoute pour pouvoir travailler avec un cycle.*

*Au final dans la vraie vie, c'est différent de ce qu'il a écrit sur le papier (rires)*

**Les agents de nuit sont sur des durées de travail de combien d'heures ?**

*Il y a des horaires en 10h00-10h30 et des horaires en 12h00 selon le secteur.*

*Cet horaire en 12H, est une demande des agents ou de l'établissement ? Les horaires en 12h c'est plutôt une demande pour les agents. Nous, nous y sommes opposés.*

*Comme dans la région on est en flux tendu pour recruter du personnel, on est obligé de céder. Alors que c'est une demande des agents que ce soit pour le jour ou la nuit de faire des 12h, puis en fait on se rend compte qu'après ils partent parce qu'ils n'arrivent plus à suivre le rythme de travail.*

*Ainsi on a un tel turn-over que l'on a beaucoup de personnel très jeune, mais dès qu'ils prennent de l'âge ils s'en vont à cause du rythme de travail. Car quand ils sont jeunes, ils font des choses ailleurs, même si tout le monde le sait, rien ne bouge.*

### **Vous parlez du cumul d'emploi ?**

*Oui, on suppose fortement qu'il y en a, on sait que c'est interdit mais on sait qu'il n'y a pas de contrôle. Alors on veille surtout sur les plannings, quand ils nous sont remis, à ce que la durée hebdomadaire de travail ne dépasse pas les 48H. Et on n'est pas vraiment en guerre, mais on met en garde la direction par rapport au garde en 12H45 pour certaines catégories de professionnelles comme les SF, le personnel de la réa, l'USIC, la pédiatrie néonate.*

### **Quand vous parlez de 12H45 c'est du travail effectif y compris la pause de 30 minutes déjeuner ou pas ?**

*La pause déjeuner ne fait pas partie du temps effectif de travail, effectivement 40 minutes habillage déshabillage parce que c'est une obligation habillage et déshabillage et pris en temps de travail.*

*De toute façon, la réglementation est claire et précise, on ne peut pas dépasser 12H puisqu'il faut 12H de temps de repos entre 2 gardes de travail, en tout cas c'est la règle chez nous. Donc c'est incompatible de travailler au-delà de cette amplitude 12h.*

### **Et votre position à vous, par rapport à ce dépassement ?**

*Eh bien c'est pour cela que l'on demande des cycles de travail, car dès que tu poses une organisation en cycle tu ne peux pas être hors réglementation. Donc le jour où ils vont poser les cycles il faut obligatoirement qu'il trouve une solution.*

*Avant tous les services étaient en amplitude de 12h30, il y a une bonne partie qui est arrivée à trouver des solutions. Mais la solution, c'est bien souvent des heures supplémentaires car une journée faisant 24H, qu'il y a des transmissions dans les hôpitaux : 12 plus 12 ça fait 24, du coup tu fais comment pour assurer les transmissions ? Certains services ont réussi à décaler les horaires d'arrivée des uns et des autres, mais cela n'est pas réalisable partout et on augmente le risque d'erreur de transmissions des données. Elles sont répétées  $\frac{3}{4}$  fois et en plus c'est une perte de temps !*

*On avait proposé des 9H30 sur 4 jours, mais financièrement cela ne passe pas, car il faut plus de personnel qu'avec un rythme en 12H.*

*Malgré cela, on remarque que de plus en plus de services sont vigilants à être en adéquation avec la réglementation sur la durée hebdomadaire de travail et sur les 12 H de repos entre 2 prises de postes.*

*Parce qu'il y a maintenant des gens qui portent plainte, je n'aimerais pas être la cadre, ni non plus la DRH, quand j'ai un de mes agents qui a plus de 12H45 affiché sur le planning prévisionnel qui a un accident, voire qu'il se tue, aujourd'hui la famille porte plainte. C'est la responsabilité des uns et des autres qui est engagé avec des dégâts collatéraux parfois importants. On est dans une société où chacun ouvre son parapluie.*

*Mais les hôpitaux, c'est vrai que c'est compliqué car on leur pond tous les jours de la réglementation, mais on leur donne zéro moyen.*

**Au regard de votre constat, pensez-vous que les organisations syndicales vont remettre en avant les difficultés de planning devant la commission européenne ?**

*Ce que l'on veut s'est pouvoir appliquer ce qui existe, donc il nous faut plus de personnel, il nous faut de l'humain, on ne peut pas être remplacé par des machines ! Aujourd'hui on a beaucoup de rappel sur repos, on voudrait avoir au moins un pool de remplacement d'IDE adapté pour soulager les équipes lors des arrêts de dernières minutes. Actuellement ce pool est de 2 IDE, on va relancer la direction pour qu'il passe à 4 comme cela avait été demandé dès le départ.*

*Cela nous coutera aussi beaucoup moins cher que de faire appel à de l'intérim. Dès qu'on fait appel à l'intérim, on multiplie par 2 le montant des indemnités, et en plus avec des professionnels pas habitués au service donc c'est parfois compliqué pour qu'ils soient vraiment efficaces.*

**Vous avez évoqué la demande par les agents de travailler en 12h, pensez-vous que cela soit un facteur d'attractivité pour recruter des personnels ?**

*Malheureusement oui, vous avez raison, si nous ne proposons pas de 12h nous ne recruterons pas.*

**Pensez-vous que la garde en 12h impacte la qualité de la prise en charge du patient ?**

*Il y a eu beaucoup d'études réalisées, et aucune ne montrent que cet horaire n'est bénéfique ni pour le patient, ni pour l'agent. Déjà à partir de 10h, on a une baisse de l'attention considérable, donc avec le risque potentiel d'erreur surtout l'IDE de faire une erreur d'administration chez un patient c'est vraiment dangereux, elles ont aussi de lourdes responsabilités à assumer...*

**Vous intervenez surtout auprès des personnels paramédicaux, techniques et médicotechniques, mais qu'en est-il des médecins ?**

*Eh bien ils viennent nous voir de plus en plus souvent, car la génération a changé, ils expriment plus facilement leur difficulté et le stress d'une sur activité. Le plus souvent la porte d'entrée, c'est de venir nous voir pour qu'ils puissent obtenir plus de personnels dans leur service, mais après ils évoquent aussi leur propre épuisement. Et puis on a beaucoup de femmes, qui ont des enfants et qui souhaitent avoir une vie privée, pas comme l'ancienne génération qui faisait facilement 70 heures/semaine, mais c'est aussi vrai pour les médecins hommes qui ne veulent pas non plus avoir ce rythme. Ils veulent avoir une vie sociale en dehors de leur métier.*

*Ils viennent aussi nous voir car ils sont en désaccord avec la direction. Mais qu'en cela concerne vraiment leur domaine on les revoit vers nos confrères en charge des médecins qui ont l'expertise pour leur répondre ; car il y a des autorisations bien plus larges pour les médecins que pour nous.*

*C'est aussi très difficile pour les cadres, car elles doivent appliquer une réglementation qui est inapplicable sur le terrain, moi je dis chapeau quand même ! Elles n'ont aucune marge de manœuvre.*

*Vous savez nous en tant qu'OS ça nous fait mal au cœur de devoir parfois taper sur la table pour exiger d'être au plus près de la réglementation car on sait aussi que les moyens qui sont mis en œuvre ne sont pas suffisants pour répondre aux textes en vigueur. Franchement notre direction n'est pas non plus favorable aux 12h et elle préférerait faire tourner tout le monde en 7h, mais il faut être honnête aussi on ne trouve les professionnels à recruter sur le marché du travail.*

*Pour autant, c'est vrai qu'un directeur peut se retrouver devant un tribunal pour justifier pourquoi il n'applique pas la réglementation en vigueur, ce n'est pas exclu, en tout cas nous, on a déjà menacé de le faire. A chaque CTE, les horaires non réglementaires sont pointés, car nous aussi on a notre responsabilité, car on a été élu pour que la réglementation soit appliquée. Nous on fait aussi remontée au plus haut niveau, mais notre mission c'est d'agir sur le terrain.*

### **Entretien n° 7, un Président d'un syndicat professionnel, le 08 juin 2020**

Nb : suite à un problème informatique ayant entraîné la perte du document initial, la restitution se base sur une prise de note et ne correspond pas littéralement à l'entretien initialement réalisé.

#### **Pouvez-vous vous présenter ?**

*Simon Talland, Président du Syndicat National des Infirmier(e)s Anesthésistes (SNIA).*

#### **Quel est votre position relativement à la directive de 2003 ?**

*Le principal problème qui remonte c'est le bornage du temps de travail des 24h, il y a une inéquité de traitement entre PNM et PM sur ce bornage, la clause opt-out n'existe pas pour le PNM.*

*Ça nous gêne beaucoup pour les IADE car il existe des inéquités sur le territoire entre les IADE, entre Paris et la province surtout. Certaines situations sont tolérées à Paris ou en Île-de-France et non en province sur les 24 heures et sur les cumuls de postes aussi. Le niveau de tension des professions est un enjeu fort.*

*Les écarts sont énormes, les IADE sont une population qui cumulent des emplois c'est certain (selon un rapport IGAS, 29,4% des IADE auraient un cumul d'emploi). Certaines DRH ferment les yeux et d'autres non, pour les 24 h c'est pareil. Il y a une hypocrisie de certaines directions.*

*On est appelé pour ce genre de litiges, un établissement qui veut mettre fin aux 24 heures et des professionnels qui ne veulent plus lâcher ce mode d'exercice pour des raisons financières et de double activité. En Île-de-France c'est toléré, en province c'est sanctionné, c'est complètement anormal.*

*Mais si à Paris cela n'existait pas il y aurait beaucoup de plateaux techniques qui fermentaient faute d'IADÉ. Les professionnels ont des attitudes très contradictoires, entre le gain financier et le cumul du temps. Il s'agit souvent de situations familiales compliquées et pour vivre à Paris il faut un bon niveau de vie.*

**Quels sont vos relations avec les syndicats nationaux sur cette question ?**

*Nous n'avons pas de contact avec les autres organisations syndicales sur ce point, nous syndicat professionnel nous sommes un peu boudés par les organisations syndicales nationales. Seul Sud Santé se rapproche de nous de temps en temps mais les autres non. En tout cas ce n'est pas un sujet abordé.*

**Avez-vous identifié des leviers pour améliorer le respect du temps de travail ?**

*Il faut augmenter le nombre de professionnels formés, augmenter les prises en charge au titre de la promotion professionnelle des formations IADÉ (favoriser l'accès à la formation notamment en finançant les deux années d'études, élément aujourd'hui bloquant), assouplir les règles de gestion du temps de travail.*

## **Annexe n° 4 : Analyse juridique de l'impact de la directive de 2003/88/CE sur la situation juridique et statutaire des PH en France**

Contrairement à la perception qui peut être celle d'un certain nombre de professionnels de terrain, la directive de 2003 **n'a pas directement modifié la situation juridique** relative à l'organisation du temps de travail des personnels médicaux.

L'ensemble des garanties statutaires dont bénéficient à ce jour les PH en France sont inscrites à l'article R.6152-27 du CSP. Le suivi de l'évolution chronologique de cet article sur Légifrance montre que son élaboration a fait l'objet d'apports réglementaires successifs et décorrélés de ladite directive.

Ainsi :

- Le [décret n°84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers](#) crée l'article R.6152-27 : une seule mention y figure alors : un temps de travail équivalent à 10 demi-journées.
- Le [décret n°99-563 du 6 juillet 1999](#) ajout le repos de sécurité à l'issue d'une garde.
  
- C'est la [décret n°2002-1421 du 6 décembre 2002 \(entré en vigueur le 1er janvier 2003\)](#), texte antérieur à la directive 2003/88/CE, qui apporte l'essentiel des garanties statutaires actuelles des PH :
  - La limite des 48h/semaine sur période 4 mois pour le temps de service (avec possibilité d'heures au-delà de cette limite sur la base du volontariat)
  - L'équivalence une nuit = 2 demi-journées
  - La décompte comme temps de travail du "temps de soins lors d'un déplacement en astreinte"
  - La possibilité d'un comptage horaire du temps de travail en dérogation au comptage en demi-journées
  - Un repos quotidien garanti d'une durée minimale 11h (sauf dérogation 24h autorisée si période de repos équivalente suite ces 24h)

La concomitance en 2003 de l'entrée en vigueur de la directive 2003/88/CE et du décret 2002-1421 a pu être à l'origine d'un certain nombre de confusions auprès des professionnels de terrain.

Il est à noter que, ni pour les PM ni pour les PNM, la France n'a pas transmis de textes de transposition à la Commission européenne dans le cadre de la mise en œuvre de la directive. Le caractère plus protecteur du droit national l'en dispensait effectivement.

Si certaines modifications de l'article R6152-27 du CSP ont pu être suscitées par les jurisprudences autour de la directive de 2003, ces dernières sont toutefois très récentes :

- Le décret 2011-954 a introduit ensuite pour les internes une limite maximale de 48 heures, en moyenne sur une période de 4 mois.
  
- Le [décret n° 2015-1260 du 9 octobre 2015 relatif au temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes des établissements publics de santé](#) a prévu
  - « Le repos quotidien après la fin du dernier déplacement survenu au cours d'une astreinte est garanti au praticien » ;
  - « Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés lors d'un déplacement survenu au cours d'une astreinte constituent du temps de travail effectif et sont pris en compte pour l'attribution du repos quotidien. »

## Annexe n° 5 : Extraits du rapport de l'IGAS n° RM2011-099P concernant le cumul d'activité dans la fonction publique hospitalière

Tableau 3 : Cumul d'activités salariées en 2008 selon les métiers

Métiers	Ensemble	dont multi-actifs	Part de multi-actifs
Infirmiers spécialisés en anesthésie réanimation	7 422	1 409	19,0 %
Psychomotriciens	1 256	203	16,2 %
Ergothérapeutes	1 480	228	15,4 %
Orthophonistes	888	85	9,6 %
Masseurs kinésithérapeutes	4 175	389	9,3 %
Infirmiers spécialisés de bloc opératoire	5 486	460	8,4 %
Infirmiers spécialisés, puériculteurs	7 255	601	8,3 %
Pédicures-podologues	49	4	8,2 %
Infirmiers en soins généraux (y compris psy)	162 732	12 105	7,4 %
Manipulateurs en électroradiologie médicale	10 545	629	6,0 %
Orthoptistes	150	9	6,0 %
Aides soignants	145 659	7 943	5,5 %
Aides médico-psychologiques	2 200	93	4,2 %
Auxiliaires de puériculture	10 187	389	3,8 %
<b>Total</b>	<b>359 484</b>	<b>24 547</b>	<b>6,8 %</b>

*Source : INSEE, traitement IGAS*

*Lecture : parmi les 7 422 infirmiers en anesthésie réanimation titulaires en 2008, 1 409 ont été multi-actifs ce qui représente 19 % des LADE.*

**3.1.7. Dans certains cas, le niveau élevé des revenus dégagés par l'activité supplémentaire indique que le cumul ne peut s'effectuer qu'au détriment du service**

[97] Un revenu important tiré de l'activité annexe est un indicateur d'activité incompatible avec le statut de la fonction publique. En effet, il ne peut être obtenu qu'au prix de l'accomplissement d'un grand nombre d'heures. L'activité annexe conduit alors à un fort dépassement de la quotité de travail maximale autorisée pour l'agent. C'est le cas lorsque l'agent cumule deux temps complets, l'un dans son établissement public d'origine, l'autre dans un établissement privé. Au moins 15 % des agents pluriactifs à temps plein dans leur établissement d'origine ont cumulé avec un temps plein dans une autre activité salariée pendant tout ou partie de l'année 2008.

[98] Dans cette configuration, l'agent est susceptible de prendre des risques pour sa santé et de faire courir des risques aux patients dont il a la charge (cf. paras 4.2.1. & 4.2.2.).

Tableau 10 : Distribution des pluriactifs par revenus annexes et proportion des revenus annexes dans la rémunération totale - Année 2008

Personnel soignant en situation de cumul	Montant des rémunérations annexes (en euros)	Part moyenne des rémunérations annexes dans la rémunération totale (en %)
Moins de 10 %	91	0,004
10-moins de 20 %	201	0,4
20-moins de 30 %	425	1,1
30-moins de 40 %	740	2,2
40-moins de 50 %	1 227	3,5
50-moins de 60 %	2 160	5,7
60-moins de 70 %	3 871	9,7
70-moins de 80 %	7 108	16,1
80-moins de 90 %	13 266	25,9
Plus de 90 %	nd	43,6

*Source : INSEE*

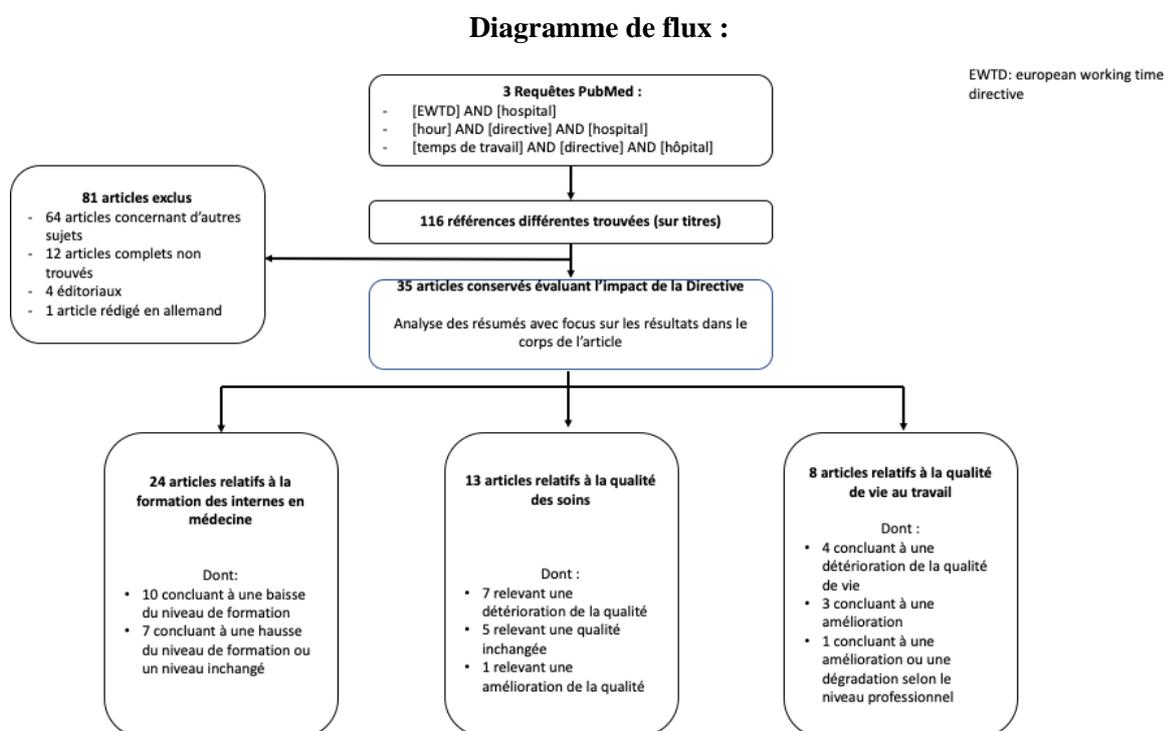
*Lecture : les 10 % des personnels multi actifs qui perçoivent les plus faibles rémunérations annexes touchent au plus 91 euros par an, qui représentent en moyenne, 0,004 % de leur rémunération totale. les 10 % des personnels multi actifs qui perçoivent les plus grandes rémunérations annexes touchent*

## Annexe n° 6 : Revue de la littérature médicale

Une revue de littérature a été réalisée en utilisant la base de données bibliographique PubMed.

L'objectif était d'étudier le champ de recherche européen relatif à la réduction du temps de travail à l'hôpital en prévision et à la suite de la mise en place de la directive européenne de 2003.

À partir de 3 requêtes réalisées, 116 références ont été trouvées et 35 articles ont été conservés pour analyse succincte (cf. diagramme de flux et tableau synthétique des études ci-dessous).



### • ..Origine géographique des articles

Les organisations sur lesquels portaient les études se situaient géographiquement au Royaume-Uni (20 articles soit 57%), en Irlande (7 articles soit 20%), en Allemagne (3 articles soit 8,5%), aux Pays-Bas (1 étude), en Autriche (1 étude). Trois études comparaient différents pays entre eux, dont 2 articles comparant des systèmes européens, et un article comparant les systèmes européens avec les États-Unis au regard de la gestion du temps de travail depuis la mise en place de la directive.

Aucun article n'étudiait la mise en place de la directive en France de façon exclusive.

Une étude (*Rodriguez, et al. 2009*) concernant la gynécologie et l'obstétrique relevait que le temps moyen de travail en Europe était de 51,6 heures avec de fortes disparités. Ainsi la France et l'Irlande étaient les pays qui respectent le moins la directive

européenne sur le temps de travail avec 80 heures par semaine en moyenne contre 37 heures pour le Danemark.

- **.Thématiques abordées**

Les articles étudiés se focalisaient majoritairement sur trois objectifs, parfois distincts, parfois combinés au sein des études. Il s'agissait notamment d'étudier l'impact de la mise en place de la directive sur la formation des internes (particulièrement en chirurgie et en anesthésie du fait de la dimension pratique inhérente à la formation), sur la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients, sur la qualité de vie des praticiens. L'impact financier de la mise en place de la directive était rarement étudié.

- o La formation des internes

Vingt-quatre articles de la revue de littérature (68%) étudiaient comme objectif principal ou secondaire l'impact de la mise en place de la directive sur la formation des internes en médecine.

Dix-huit articles concernaient la formation des internes de spécialités chirurgicales, médico-chirurgicales ou d'anesthésie. Les 6 autres articles étudiaient l'impact sur la formation des internes de tout type.

Dix articles concluaient à une diminution du niveau de formation des internes (trois articles de manière prévisionnelle avant mise en place de schéma organisationnels respectant la directive, sept articles évaluant ex-post cette mise en place). Sept articles concluaient à un impact négligeable voire à une amélioration de la formation des internes, avec des schémas organisationnels repensés notamment grâce à la simulation chirurgicale ou à la sanctuarisation des temps opératoires et des temps de formation théorique. Les autres articles se focalisaient sur les changements organisationnels dans la formation sans préjuger d'une baisse ou d'une hausse de la qualité de cette formation.

- o La sécurité des soins

Treize articles de la revue de littérature (37%) étudiaient l'impact de l'introduction de la directive sur la qualité des soins.

Un article relevait une amélioration des prises en charges *via* la diminution statistiquement significative des erreurs médicales en parallèle de la réduction du temps de travail (*Cappucio et al. 2009*).

Cinq articles relevaient une absence de dégradation des indicateurs de qualité de soins : taux de mortalité standardisés, durées de séjours, taux de réadmission, transferts en réanimation, évènements indésirables graves, risques per-opératoires.

Sur les 7 articles relevant une détérioration de la qualité des soins, 6 étaient des enquêtes par questionnaire auprès des praticiens de santé, sans mesure objective par des données de santé, mais recueillant leurs impressions sur la mise en place de la directive. Toutefois un article (*Maxwell et al. 2010*) relevait une détérioration de la continuité des

soins urgents et des soins post-opératoires *via* l'analyse *ex-post* de 200 dossiers médicaux (100 avant et 100 après mise en place de la directive).

#### o La qualité de vie au travail

Huit articles de la revue de littérature (22%) tentaient de mesurer l'impact sur la qualité de vie des professionnels de santé après mise en place de la directive. La moitié des études notaient une détérioration de la qualité de vie tandis que 3 articles concluaient à une amélioration de la qualité de vie. Un article (*Egan et al. 2012*) permettait de montrer les disparités entre niveaux hiérarchiques puisque dans cette étude, les praticiens seniors interrogés estimaient que la mise en place de la réduction du temps de travail allait avoir un impact négatif sur leur qualité de vie, tandis que les internes en médecine interrogés estimaient que ce serait l'inverse pour eux.

#### Santé au travail

Une équipe de recherche publiée dans le *British Medical Journal* (*Rodriguez et al. 2014*) avait réalisé une revue de littérature pour évaluer l'impact de la mise en place de la directive sur la santé au travail des praticiens. Les chercheurs concluaient à une augmentation du risque d'accident d'exposition au sang (AES) et d'accidents de voiture chez les praticiens qui ne respectaient pas le temps de travail maximum acté par la directive.

#### o Impact médico-économique

Un seul article (*Maschmann et al. 2012*) mesurait les coûts moyens de prise en charge par patient après mise en place de la directive, et concluait à l'absence statistiquement significative de modification.

### **Solutions proposées pour la réorganisation des établissements**

Onze articles (32%) proposaient explicitement des solutions pour adapter les organisations de travail à la directive. Si certains auteurs (*Shaugnessy et Donnel, 2017*) proposaient d'autoriser des dérogations au temps légal de travail, d'autres auteurs proposaient des solutions respectueuses de la directive.

Ainsi *Datta et Davies (2014)* formulaient 9 recommandations issues de leur revue de la littérature pour diminuer les risques liés à la mise en place de la directive :

- 1) ajuster la durée de formation des internes,
- 2) réorganiser les plannings,
- 3) prévoir des temps opératoires dédiés pour les internes,
- 4) fixer des objectifs chiffrés d'opérations chirurgicales,
- 5) utiliser les nouvelles technologies pour organiser des ateliers de simulation à la chirurgie,
- 6) revoir l'organisation des services (périmètres, mutualisation),
- 7) inclure de nouvelles périodes de formation pour les praticiens,
- 8) augmenter le nombre de chefs de clinique,
- 9) assurer une gouvernance claire pour le pilotage de la formation.

Ces préconisations se retrouvaient également dans les autres articles relevés. *Schimmack et al. (2014)* ajoutaient également la nécessité de réaliser un diagnostic précis de la situation de l'établissement pour faire de la réorganisation un succès, tandis que *Lim et al. (2006)* précisait qu'il était nécessaire d'avoir un soutien institutionnel clair pour réorganiser les temps de travail.

Au total les méthodes, résultats et conclusions apparaissaient variées, entre et au sein des pays étudiés.

Quatorze études (40%) relevaient directement une amélioration positive dans la formation, la sécurité des soins ou la qualité de vie des professionnels ou une absence de dégradation de ces critères.

Quinze études (42%) relevaient directement une dégradation de ces critères, mais l'impact était souvent mesuré *ex ante*, ce qui peut davantage révéler une inquiétude préexistante à une modification du contexte organisationnel qu'un véritable risque. Il peut néanmoins être noté que dans le cadre d'études mesurant la mise en place pratique de la directive au sein d'établissements qui avaient revus leurs organisations en prévision, les indicateurs s'amélioraient. Il ne peut pas être exclu un biais de publication, les équipes de recherche ne relevant publiquement que les expériences positives.

Enfin une hypothèse pour expliquer l'absence de recherche médicale française sur l'impact de la directive pourrait être l'absence d'opportunité dans ce type de recherche. Cela pourrait par exemple s'expliquer par un non-respect majoritaire de la directive (comme révélé par certains entretiens) qui ne motive pas la recherche d'organisations alternatives à celles existantes.

**Tableau d'analyse des articles de la revue de littérature scientifique (par ordre chronologique) :**

<b>Auteurs, titre, journal</b>	<b>Objectif</b>	<b>Méthode</b>	<b>Résultats</b>	<b>Discussion</b>
<b>Gareth J J</b> Achieving compliance with the European Working Time Directive in a large teaching hospital: a strategic approach <i>Clin Med</i> 2004; 4:427–30	Décrire la stratégie de mise en place de l'EWTD au Royal Free Hampstead NHS Trust	Evaluation des plannings, des évènements indésirables graves, des dossiers patients, de la formation des internes, de l'impact financier et de la charge de travail	Le respect de l'EWTD a pu être réalisé sans tout en respectant les standards cliniques, la formation suffisante des internes, en limitant les coûts et en réduisant le temps de travail pour les internes et les seniors.	Le respect de l'EWTD a pu être possible grâce à un soutien organisé aux équipes de nuit et grâce à des qualités de leadership des praticiens senior encadrant les internes
<b>Morris-Stiff G. J. et al.</b> The European Working Time Directive: One for all and all for one? <i>Surgery</i> Volume 137, Number 3, 2005	Evaluer la vision des praticiens séniors du pays de Galles sur la mise en place de l'EWTD dans l'internat de chirurgie et son implication sur la pratique	Enquête par voie postale envoyée à 284 praticiens	La majorité des praticiens interrogés jugeait négativement la mise en place de l'EWTD. Ils estimaient que cela avait eu un impact négatif sur la formation, sur la qualité des soins. Ils estimaient que les chirurgiens devaient être dispensés de cette directive et ils étaient majoritairement opposés aux périodes de repos obligatoire	
<b>Tomlinson A.</b> Effects of the EWTD on anaesthetic training in the UK <i>Anesthesia</i> , 2005, 60, pages 94–103	Comparer le temps de travail de internes en anesthésie avant et après mise en place de l'EWTD	Comparaison de 13 plannings organisationnels avant et après à l'University Hospital of North Staffordshire	Le temps de travail avait diminué malgré l'augmentation du nombre de praticiens	
<b>Lim E. and Tsui S.</b> Impact of the European Working Time Directive on exposure to operative cardiac surgical training <i>European Journal of Cardio-thoracic Surgery</i> 30 (2006) 574—577	Evaluer l'impact de la réduction du temps de travail et anticiper la diminution de la fil active et l'augmentation des risques opératoires pour les patients en chirurgie cardiaque	Suivi d'une cohorte historique avant et après mise en place de l'EWTD au Papworth Hospital de Cambridge	3312 opérations cardiaques ont eu lieu sur la période étudiée. Les internes opéraient modérément plus après mise en place de l'EWTD qu'avant. Il n'y avait pas d'augmentation des risques opératoires pour les patients	Le soutien institutionnel à la transformation des organisations de travail a été un facteur de succès
<b>Bowhay A. R.</b> An investigation into how the	Mesurer l'effet de l'EWTD sur la formation et la	Etude transversale avec questionnaire à questions	117 internes ont répondu. 71,8% des internes pensaient qu'ils seraient	La majorité des internes a perçu négativement l'entrée en vigueur

<p>European Working Time Directive has affected anaesthetic training. <i>BMC Med Educ.</i> 2008; 8:41. Published 2008 Aug 12. doi:10.1186/1472-6920-8-41</p>	<p>qualité de vie des internes d'anesthésie du Mersey Deanery SpR Hospital (UK)</p>	<p>quantitatives et qualitatives</p>	<p>moins préparés pour un poste d'assistant. 69,9% ont estimé que leur qualité de vie en dehors du travail s'était détériorée, et seulement 15% ont constaté une amélioration. 38,6% estimaient qu'ils ne travaillaient pas aussi bien que ce qu'ils souhaitaient, et seulement 14,3% (IC 95% 7,6 - 23,9) notant une amélioration. Les internes demeuraient toujours positifs à propos de l'anesthésie et 73,2% recommanderaient cette spécialité aux étudiants.</p>	<p>de l'EWTD</p>
<p><b>Garvin J. T., McLaughlin R., Kerin M. J.</b> A pilot project of European working time directive compliant rosters in a University teaching hospital <i>Surgeon</i>, 1 April 2008 88-93</p>	<p>Etudier la mise en place d'un programme pilote préparant l'introduction de l'EWTD dans les pratiques chirurgicales des seniors de l'hôpital de Galway en Irlande</p>	<p>Evaluation de la mise en place de l'EWTD pour 9 pratiques chirurgicales</p>	<p>Le temps de travail a diminué de 58,1 heures à 53,6 heures. 52,5% des praticiens n'arrivaient pas à respecter les contraintes de l'EWTD. 70% estimaient que les prises en charges ne pouvaient pas être complètes avec cette réduction du temps de travail. 81% estimaient que la prise en charge s'était détériorée. Tous les praticiens rapportaient une détérioration de leur formation pratique. 69% rapportaient une amélioration de leur qualité de vie</p>	
<p><b>Tait M. J. et al.</b> Current neurosurgical trainees' perception of the European Working Time Directive and shift work <i>British Journal of Neurosurgery</i>, February 2008; 22(1): 28 – 31</p>	<p>Evaluer comment ont été mises en place les mesures permettant d'assurer la continuité des soins en neurochirurgie, et quels ont été les effets de l'EWTD sur la sécurité du patient, la qualité de vie et la formation des praticiens</p>	<p>Contact de tous les secrétariats d'unités de neurochirurgie du Royaume-Uni afin d'organiser la collecte des données rétrospectives</p>	<p>Les 33 unités ont répondu. 32 avaient conservé un système de garde 24h/24. La majorité estimaient que l'EWTD avait réduit la qualité des prises en charge, fait baisser le niveau de la formation, et réduit la qualité de vie</p>	
<p><b>Tsouroufli M. and Payne H.</b></p>	<p>Analyser les procédures</p>	<p>Interview de 20 praticiens</p>	<p>L'EWTD a changé les modalités de formation</p>	

<p>Consultant medical trainers, modernizing medical careers (MMC) and the European time directive (EWTD): tensions and challenges in a changing medical education context <i>BMC Medical Education 2008, 8:31 doi:10.11861472-6920-8-31</i></p>	<p>d'apprentissage théorique et de formation pratique des internes au regard de l'EWTD</p>	<p>séniors encadrant les internes britanniques travaillant dans 6 centres NHS</p>	<p>et d'encadrement des internes</p>	
<p><b>Rodriguez D. et al.</b> Working conditions survey and trainee's situation: New approach to auditing the situation of European trainees in obstetrics and gynecology ten years later <i>European Journal of Obstetrics &amp; Gynecology and Reproductive Biology 147 (2009) 130–134</i></p>	<p>Revoir les conditions de formation et de travail des stagiaires en obstétrique et gynécologie</p>	<p>Etude observationnelle sur 25 pays européens appartenant au European Network of Trainees in Ob/Gyn (ENTOG) : Austria (At), Belgium (Be), Bulgaria (Bg), Czech Republic (Cz), Cyprus (Cy), Denmark (Dk), Estonia (Ee), Finland (Fi), France (Fr), Germany (De), Greece (Gr), Hungary (Hu), Ireland (Ie), Latvia (Lv), The Netherlands (Nl), Norway (No), Portugal (Pt), Romania (Ro), Slovakia (Sk), Slovenia (Si), Spain (Es), Sweden (Se), Switzerland (Ch), Turkey (Tr) and The United Kingdom (Uk).</p>	<p>Analyse de 6056 stages Le nombre moyen d'heures de travail officielles est de 51,6 heures par semaine, mais varie considérablement 37 h (Dk) et 80 h (Fr et Ie).  Le repos compensateur après une garde est présent dans 12/25 pays. Des gardes de 20 heures et plus ont été signalés dans 16 pays. Le nombre moyen de gardes par mois est de cinq, mais il varie considérablement.</p>	<p>Le respect de la directive européenne sur le temps de travail (EWTD) est un grand défi.</p>
<p><b>Cappuccio F.P. et al.</b> Implementing a 48 h EWTD-compliant rota for junior doctors in the UK does not compromise</p>	<p>Evaluer l'efficacité du changement d'horaires à la suite de l'EWTD, particulièrement sur la</p>	<p>Etude comparative de deux groupes d'internes de l'University Hospitals Coventry &amp; Warwickshire</p>	<p>Les internes du groupe intervention ne dormaient pas plus que ceux du groupe contrôle. Sur un total de 481 admissions vus par les</p>	<p>La réduction du temps de travail améliorerait la qualité des soins grâce à l'amélioration de l'hygiène de vie des internes</p>

patients' safety: assessor-blind pilot comparison <i>Q J Med</i> 2009; 102:271–282 <i>doi:10.1093/qjmed/hcp004</i>	qualité des soins et le respect du ratio travail - repos par les praticiens sous l'hypothèse que cette réduction du temps de travail diminue le risque d'erreur.	NHS Trust (UK), un groupe intervention respectant les 48heures, un groupe contrôle travaillant entre 48 et 56h	internes sur une période de 12 semaines, le groupe intervention présentait une diminution des erreurs médicales de 32,7% (p=0,006)	
<b>Melarkode K. et al.</b> Training in pediatric anesthesia for registrars – UK National survey Introduction <i>Pediatric Anesthesia</i> 2009 19: 872–878 <i>doi:10.1111/j.1460-9592.2009.03115.x</i>	Etudier la formation dispensée en anesthésie pédiatrique dans l'ensemble des centres hospitalo-universitaires du Royaume-Uni.	Enquête en ligne	L'enquête a montré de grandes disparités dans la formation des internes 365 (65,5%) internes estimaient que l'EWTD aurait un impact négatif sur leur formation 167 (42,7%) des internes ont utilisé leur temps de formation théorique pour faire de l'anesthésie	Il est nécessaire de sanctuariser la formation théorique indispensable aux internes
<b>Collum J. et al.</b> Patient safety and quality of care continue to improve in NHS North West following early implementation of the European Working Time Directive <i>Q J Med</i> 2010; 103:929–940 <i>doi:10.1093/qjmed/hcq139</i>	Evaluer la sécurité des patients au sein du NHS North West à la suite de la mise en application de l'EWTD au 1er août 2008 comparativement à l'Angleterre ne l'ayant pas encore mis en place	Comparaison des taux de mortalité standardisés à l'hôpital, des durées de séjour et des taux de réadmission sur les années 2006, 2007, 2008 et 2009. Comparaison avec les données nationales britanniques	Il n'y avait pas de différences significatives entre le NHS North West et l'Angleterre	L'application de l'EWTD n'a pas montré de baisse de la qualité des soins ou de sécurité des patients
<b>Maxwell A. J. et al.</b> Implementation of the European Working Time Directive in neurosurgery reduces continuity of care and training opportunities <i>Acta Neurochir</i> (2010) 152:1207–1210 DOI 10.1007/s00701-010-0648-z	Evaluer l'impact de la mise en place de l'EWTD pour les internes de neurochirurgie au St Georges Hospital de Londres	50 cas cliniques d'urgence et 50 d'opération ont été sélectionnés avant et après mise en place de l'EWTD soit un total de 200. Les durées de travail avant et après étaient analysées	Une détérioration de la continuité des soins urgents et des soins post-opératoires était observée. Les internes opéraient dans de moindres proportions avant et après mise en place de l'EWTD	

<p><b>McIntyre H. F. et al.</b> Implementation of the European Working Time Directive in an NHS trust: impact on patient care and junior doctor welfare <i>Clinical Medicine 2010, Vol 10, No 2: 134–7</i></p>	<p>Évaluer l'impact sur la qualité des soins et le bien-être des internes à la suite de la mise en place de l'EWTD</p>	<p>Enquête rétrospective avant-après introduction des mesures de réduction de temps de travail au sein du East Sussex Hospitals Trust (UK)</p>	<p>Une augmentation notable des épisodes d'arrêt de travail a été relevée chez les internes</p>	
<p><b>Wilson T. et al.</b> The effect of trainee involvement on procedure and list times: A statistical analysis with discussion of current issues affecting orthopedic training in UK <i>The surgeon 8 (2010) 15–19</i></p>	<p>Mesurer l'effet de l'EWTD sur la formation des internes en chirurgie orthopédique</p>	<p>Comparaison avant-après des données 2008 et 2004-2008 au Stepping Hill Hospital, Stockport NHS Trust, UK</p>	<p>Les internes opéraient davantage avant l'EWTD qu'après (38% VS 17% ; pas de p-value)</p>	
<p><b>Hallam M-J, Lo S., Mabvuure N., Nduka C.</b> Implications of rationing and the European Working Time Directive on aesthetic breast surgery: A study of trainee exposure in 2005 and 2011 <i>Journal of Plastic, Reconstructive &amp; Aesthetic Surgery (2013) 66, e37ee42</i></p>	<p>Etudier les changements de pratique sur la chirurgie esthétique mammaire dans un hôpital britannique</p>	<p>Analyse rétrospective des pratiques chirurgicales, entre 2005 et 2011 dans un hôpital public comparé à une clinique privée sur la même période</p>	<p>Il y a eu une diminution du nombre d'opération de 55% en 2011 par rapport à 2005, avec en parallèle une augmentation des opérations par les praticiens seniors plutôt que les internes. Cette désorganisation s'est faite en parallèle d'une augmentation de l'activité en clinique privée</p>	<p>Les internes ont perdu en temps opératoire</p>
<p><b>Kellyn B. D. , Curtin P. D. , Corcoran M.</b> The effects of the European Working Time Directive on surgical training: the basic surgical trainee's perspective <i>Ir J Med Sci (2011) 180 :435–437 DOI 10.1007/s11845-010-0670-4</i></p>	<p>Recueillir l'avis de 25 chirurgiens irlandais sur la mise en place de l'EWTD et l'impact sur leur formation</p>	<p>Envoi d'un questionnaire</p>	<p>88% des praticiens relevaient une réduction de leur formation, 72% une baisse de compétences opératoires. Ils estimaient également que cela pourrait pousser les praticiens à aller exercer à l'étranger</p>	

<p><b>Egan C., Elliott R., Fleming P.</b> European Working Time Directive and the use of simulators and models in Irish orthopedics <i>Ir J Med Sci (2012) 181:143–146</i> DOI 10.1007/s11845-011-0750-0</p>	<p>Etudier les points de vue d'internes et d'encadrants d'internes en orthopédie sur l'EWTD en Irlande et sur l'utilisation de simulateurs pour améliorer la formation</p>	<p>Questionnaire à visée quantitative délivré durant le congrès annuel national d'orthopédie</p>	<p>Sur 44 participants, 75% d'entre eux estimaient que la qualité des soins et de la formation allait être impactée négativement. Une proportion importante de praticiens senior encadrant estimaient que leur qualité de vie serait impactée, tandis que les internes estimaient plutôt l'inverse. Tous percevaient l'utilité de simulateurs et en avaient déjà utilisés</p>	<p>Les simulateurs peuvent pallier la désorganisation des pratiques qu'entraîne l'EWTD</p>
<p><b>Maschmann J. et al.</b> New shift models for doctors in a large German University Neurosurgery Department: how they comply with the European Working Time Directive 3 years after implementation <i>Acta Neurochir (2012) 154:1935–1940</i> DOI 10.1007/s00701-012-1405-2</p>	<p>Etudier les modèles organisationnels dans un département de neurochirurgie d'un centre hospitalo-universitaire allemand à la suite de l'EWTD en 2009</p>	<p>Mesure de l'adhésion au modèle de réduction du temps de travail par enquête mail, les dépassements du temps de travail et analyse des coûts par patient</p>	<p>Tous les médecins arrivaient à respecter la durée légale hebdomadaire de travail. Les dépassements observés sur une journée avaient diminués après mise en application de l'EWTD. Les coûts par patient ne changeaient pas significativement</p>	
<p><b>O 'Gallagher M.K. et al.</b> The impact of the European Working Time Regulations on Ophthalmic Specialist Training e A national trainee survey <i>International Journal of Surgery 11 (2013) 837e840</i></p>	<p>Évaluer le point de vue des internes d'ophtalmologie sur l'impact de la directive européen sur le temps de travail sur leur formation</p>	<p>Etude transversale par sondage mail (UK)</p>	<p>324 internes (46% des invités) ont répondu à l'enquête. 44,4% des internes ont déclaré que leurs postes étaient conformes à l'EWTD. 40,7% estimaient que la formation avait été affectée négativement. 49,1% pensaient que les internes que l'ophtalmologie devraient se retirer de l'EWTD pour travailler plus de 48 heures par semaine, 57 heures moyennes suggérées étant appropriées.</p>	
<p><b>Breen K. J. , Hogan A. M. , Mealy K.</b> The detrimental impact of the implementation of the European working time directive (EWTD)</p>	<p>Etudier l'impact de l'EWTD en Irlande et notamment de l'interdiction de demeurer dans les services au-delà de 10h du</p>	<p>Etude prospective sur base de données comparant les pratiques après mise en application de la directive et les pratiques un an</p>	<p>Les chirurgiens du groupe pré-EWTD opéraient davantage que ceux du groupe post-EWTD, soit une réduction de 20% (p=0,006). Les opérations chirurgicales de gravité moyenne se voyaient réduites de 63%</p>	<p>L'entrée en vigueur de l'EWTD peut avoir un impact majeur sur la formation des médecins</p>

<p>on surgical senior house officer (SHO) operative experience <i>Ir J Med Sci (2013) 182:383–387</i> <i>DOI 10.1007/s11845-012-0894-6</i></p>	<p>matin après une garde de chirurgie chez les médecins séniors</p>	<p>auparavant</p>	<p>(p=0,04)</p>	
<p><b>Maschmann J et al.</b> Impact of New Shift Models for Doctors Working at a German University Hospital for Gynecology and Obstetrics Four Years After Implementation. Can They Meet the European Working Time Directive Without Increasing Costs? <i>Geburtsh Frauenheilk 2013; 73: 713–719</i></p>	<p>Evaluer l'impact de la mise en place de l'EWTD dans un service de gynécologie obstétrique d'un établissement hospitalo-universitaire allemand</p>	<p>Mesure de l'adhésion au modèle de réduction du temps de travail par enquête mail, les dépassements du temps de travail et analyse des couts dans le service. Groupe contrôle</p>	<p>Le service a vu ses effectifs augmenter de 44,7 ETP en 2009 à 54,5 en 2011 Les coûts ne changeaient pas significativement par patient. Le respect des durées de travail hebdomadaire et quotidien s'améliorait avec le temps</p>	
<p><b>Clarke R.T. , Pitcher A. , Lambert T.W. , et al.</b> UK doctors' views on the implementation of the European Working Time Directive as applied to medical practice: a qualitative analysis. <i>BMJ Open 2014;4: e004390.</i> <i>doi:10.1136/bmjopen-2013-004390</i></p>	<p>Recueillir les avis des praticiens britanniques concernant la mise en place de l'EWTD au sein du NHS</p>	<p>Courriel d'enquête qualitative sur texte libre envoyés à tous les praticiens diplômés en 1993, 2005 et 2009, et ne faisant pas explicitement référence à l'EWTD mais à l'organisation du travail en général</p>	<p>Sur 2459 réponses, 279 mentionnaient explicitement l'EWTD dont 270 pour en critiquer la mise en place. Ces réponses mentionnaient des inquiétudes concernant la qualité des soins, la qualité de la formation, la perte de satisfaction au travail</p>	<p>Des études demeurent nécessaires pour objectiver l'impact de l'EWTD</p>
<p><b>Datta S.T. and Davies S.J.</b> Training for the future NHS: training junior doctors in the United Kingdom within the 48-hour European working time directive. <i>BMC Medical Education 2014 14 (Suppl 1): S12.</i></p>	<p>Explorer les perspectives de l'EWTD et proposer des réponses pour mieux organiser l'internat des spécialités nécessitant une formation pratique importante</p>	<p>Revue de littérature non exhaustive</p>	<p>Face aux risques de l'EWTD (diminution du niveau de la formation  1) ajuster la durée de formation des internes, 2) réorganiser les plannings, 3) prévoir des temps opératoires dédiés pour les internes, 4) fixer des objectifs chiffrés d'opérations chirurgicales,</p>	<p>Des changements fondamentaux sont nécessaires pour permettre l'application de l'EWTD</p>

			<p>5) utiliser les nouvelles technologies pour organiser des ateliers de simulation à la chirurgie,</p> <p>6) revoir l'organisation des services (périmètres, mutualisation),</p> <p>7) inclure de nouvelles périodes de formation pour les praticiens,</p> <p>8) augmenter le nombre de chefs de clinique,</p> <p>9) assurer une gouvernance claire pour le pilotage de la formation.</p>	
<p><b>Law M.P. et al.</b> Organizational interventions in response to duty hour reforms. <i>BMC Medical Education</i> 2014 14(Suppl 1) : S4.</p>	<p>Etudier l'impact sur l'organisation du bloc opératoire des changements légaux de durée du travail</p>	<p>Revue de littérature 2003-2012</p>	<p>Les organisations qui se sont adaptées ont utilisées des nouvelles technologies, du nouveau personnel et des structures réorganisations de planning en innovant pour compenser la réduction de la formation des résidents et diminuer les risques sur la qualité de soins</p>	<p>La revue de la littérature supprime des articles américains</p>
<p><b>Balakrishnan M. et al.</b> Effect of the Full Implementation of the European Working Time Directive on Operative Training in Adult Cardiac Surgery <i>Journal of Surgical Education</i> 2014</p>	<p>Evaluer les changements de pratiques opératoires dans un centre de chirurgie cardiaque britannique</p>	<p>Analyse de procédures chirurgicales avant et après mise en place de l'EWTD</p>	<p>Les internes ont davantage opéré après qu'avant l'EWTD malgré les contraintes logistiques</p>	
<p><b>Rodriguez-Jareño M.C., Demou E., Vargas-Prada S., et al.</b> European Working Time Directive and doctors' health: a systematic review of the available epidemiological evidence. <i>BMJ Open</i> 2014 ;4: e004916. doi:10.1136/bmjopen-2014-004916</p>	<p>Résumer la recherche sur l'impact de l'EWTD sur le travail des praticiens</p>	<p>Revue de littérature systématique conduite sur PubMed et EMBASE pour évaluer l'impact sur la santé des praticiens</p>	<p>3000 citations et 110 articles ont été sélectionnés. Une augmentation des accidents d'exposition au sang et des accidents de voiture chez les praticiens était observée en l'absence de respect du temps de travail</p>	<p>L'EWTD est potentiellement une mesure d'amélioration de la santé des médecins</p>

<p><b>Schimmack S. et al.</b> Maximizing time from the constraining European Working Time Directive (EWTD): The Heidelberg New Working Time Model. <i>Health Economics Review</i> 2014 4:14.</p>	<p>Etablir un modèle organisationnel respectant l'EWTD sans diminuer la qualité des soins et la qualité de la formation des internes de chirurgie</p>	<p>Analyses de la charge de travail de chaque unité de l'hôpital universitaire d'Heidelberg en Allemagne, sur la base d'interview, plannings, dossiers médicaux, données financières et administratives.</p> <p>Création d'un modèle</p>	<p>Les services chirurgicaux et les activités de bloc opératoire ne respectaient pas l'EWTD. En décalant les débuts de journées de 12h à 7h30 le matin, cela réduisait la charge de travail de 49% entre 16h et 20h. Cela ne modifiait pas la formation des praticiens</p>	<p>Une analyse précise de la situation de l'établissement a été la clé du succès dans cette réorganisation</p>
<p><b>Duncan M., Hasla C.</b> A qualitative investigation of Foundation Year 2 doctors' views on the European Working Time Directive <i>Journal of Health Organization and Management, Vol. 29 Iss 3 pp. 367 - 380 (2015)</i> <a href="http://dx.doi.org/10.1108/JHOM-08-2013-0172">http://dx.doi.org/10.1108/JHOM-08-2013-0172</a></p>	<p>Etudier les points de vue et expériences d'assistants/chefs de clinique en chirurgie du Royaume Uni au regard de l'EWTD</p>	<p>Interview de 36 assistants/chefs de clinique selon un entretien semi-directif</p>	<p>Les assistants/chefs de clinique voyaient avec bienveillance la régulation du temps de travail notamment pour les périodes de repos sanctuarisées. Toutefois ils notaient une déception sur la manière d'appliquer la directive notamment sur les temps de présence, transformant leur pratique médicale en "prestation de service"</p>	<p>L'organisation des plannings demeure un enjeu d'une application intelligente de l'EWTD</p>
<p><b>Emmanuel A., Chohda E., Sands C., Ellul J., and Khawaja H.</b> An EWTD Compliant Rotation Schedule Which Protects Elective Training Opportunities Is Safe and Provides Sufficient Exposure to Emergency General Surgery: A Prospective Study <i>Surg Res Pract.</i> 2015; 2015:735129. <i>doi:10.1155/2015/735129</i></p>	<p>Evaluer la sécurité et l'efficacité de l'EWTD sur l'admission et la prise en charge opératoire en chirurgie en Angleterre</p>	<p>Etude prospective sur les admissions urgentes en chirurgie durant une période de 6 mois en comparant les prises en charge de jour avec celles de la nuit</p>	<p>Sur 1156 admissions la majorité se réalisaient de jour ainsi que les opérations. Il n'y avait pas de différence en termes de mortalité, durée de séjours, transferts en soins intensifs, réadmissions entre le jour et la nuit</p>	<p>Une bonne organisation du temps de travail dans le respect de l'EWTD n'a pas d'impact négatif sur les prises en charge</p>

<p><b>Hopmans C.J. et al.</b> Impact of the European Working Time Directive (EWTD) on the operative experience of surgery residents <i>Surgery Volume 157, Number 4</i></p>	<p>Evaluer si la réduction du temps de travail dû à l'EWTD a eu un impact sur la formation pratique des internes en chirurgie</p>	<p>Etude menée aux Pays Bas au sein d'un établissement universitaire et des 6 établissements de santé environnant. Une analyse rétrospective des procédures chirurgicales menées a été réalisée sur les données 2005 - 2012</p>	<p>237357 opérations ont été analysées. Entre 2005 et 2012 le nombre d'opérations moyen par interne a augmenté de 128 à 205 par an pour les internes rattachés à l'Université mais pas pour les internes des autres établissements</p>	<p>L'EWTD n'a pas fait diminuer le nombre d'opération par interne</p>
<p><b>de Blacam C., Tierney S &amp; Shelley O. (2016)</b> Experience of plastic surgery registrars in a European Working Time Directive compliant rota, <i>Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery, DOI: 10.1080/2000656X.2016.1241791</i></p>	<p>Evaluer la mise en place de l'EWTD chez les praticiens de chirurgie plastique en Irlande</p>	<p>Enquête mail des praticiens de chirurgie plastique, avec liste de 31 items</p>	<p>Les praticiens notaient une amélioration de leur qualité de vie ainsi que de leur pratique en ayant notamment plus de temps pour préparer leurs interventions. Toutefois ils notaient une diminution du suivi post-opératoire du fait de la diminution du temps de travail</p>	<p>Les procédures opératoires peuvent encore être optimisées</p>
<p><b>O'Shaughnessy S.M., O'Donnell B.</b> EWTD implementation in anesthesia: effects on training and quality of life. <i>Anesthesia. 2017 Nov;72(11):1416-1417. doi: 10.1111/anae.14095</i></p>	<p>Evaluer la mise en place de l'EWTD au sein de l'internat d'anesthésie en Irlande</p>	<p>Entre juillet 2015 et janvier 2016, les internes participant à un nouveau schéma de travail par équipes de 12 heures ont effectué un audit en deux parties. Le but de l'étude était de comparer le travail posté de 12 heures avec d'autres modèles de travail courants (travail de 16 h ou 24 h) en termes de formation et de qualité de vie.</p>	<p>Une organisation de travail en 12h respectant l'EWTD apparaissait comme plus onéreuse que sur 16 ou 24h et moins formateur compte tenu d'une moindre interaction avec les médecins séniors. La qualité de vie s'est détériorée au cours des 25 semaines, un plus grand nombre de stagiaires se sentant fatigués, éprouvant plus de difficultés à dormir et signalant une concentration moindre. La satisfaction à l'égard de la qualité de vie et de la santé en général a diminué au cours de la période d'étude.</p>	<p>Faut-il autoriser un temps de travail supérieur à l'EWTD pour améliorer la formation</p>

<p><b>Brohan J., Moore D.</b> EWTD compliance amongst Anesthesia trainees in Ireland <i>Ir J Med Sci</i> 2017 DOI 10.1007/s11845-016-1450-6</p>	<p>Etudier le respect des horaires légaux de travail mis en place par l'EWTD en Irlande notamment chez les internes d'anesthésie</p>	<p>Evaluation du respect des 48h hebdomadaires et des 24 heures maximums sans repos</p>	<p>191 anesthésistes ont été inclus. 71% des répondants dépassaient les 48h hebdomadaires et 37% avaient des activités dépassant les 24h consécutives. Le temps de travail hebdomadaire moyen était de 66h.  68% des répondants estimaient que l'impact sur la formation était négatif. 33% n'étaient pas en faveur d'une application totale de l'EWTD</p>	<p>La formation des internes est potentiellement compromise</p>
<p><b>Bergmeister K.D., Aman M., Podesser B.K.</b> Restricted working hours in Austrian residency programs: Survey results. <i>Wien Klin Wochenschr.</i> 2018 <i>Jun;130(11-12):404-407. doi: 10.1007/s00508-018-1340-1</i></p>	<p>Réaliser en Autriche une enquête concernant l'impact de l'EWTD sur la formation en cours, les difficultés et les implications pour les horaires de travail restreints.</p>	<p>Enquête interne concernant les étudiants M.D. et Ph.D. et les équipes médicales présentes à la Medical University of Vienna</p>	<p>Les internes ont relevé que l'impact de l'EWTD était sur les ressources limitées dans le temps, tandis que le personnel considérait les ressources financières comme le plus grand défi pour l'éducation en milieu hospitalier. Dans l'ensemble, 28,85% pensaient que des horaires de travail restreints pouvaient avoir une influence positive sur la formation, tandis que 19,04% pensaient le contraire et 52,11% étaient indécis.</p>	<p>L'indécision relevée dénote d'opportunités pour mieux organiser la formation dans le respect de la légalité</p>

## **LA DIRECTIVE 2003/88/CE SUR LE TEMPS DE TRAVAIL DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO- SOCIAUX EN FRANCE**

*COLAS Alexandre (EA), GENES Isabelle (EDS), LUCREZIA Jean (EDH), MEILLEUR Lisa (EDH), MORIZOT Jonathan (EDH), PERRU-MIGNOT Laurence (ED3S), TESSIER Alice (ED3S), TRAVERS Anne (EDS)*

### **Résumé :**

Un récent arrêt de la CJUE en mai 2019 est venu de nouveau rappeler aux Etats-membres de l'Union européenne l'actualité et l'importance de la directive 2003/88/CE sur le temps de travail, bien qu'elle soit déjà ancienne et souvent méconnue. Les principales dispositions de cette directive (temps de repos garantis, durée maximale du temps de travail, encadrement du travail de nuit...) soulèvent dans les établissements de santé et médicaux sociaux en France des enjeux de qualité de vie au travail pour les professionnels, mais aussi de qualité des soins et de service rendu pour la population. Ces enjeux de terrain rencontrent des enjeux de nature politique et économique pour les États-membres à qui il revient de financer un secteur sanitaire et social dont les coûts doivent rester maîtrisés. Enfin, sur le plan juridique, tout écart du droit national à cette directive européenne expose l'Etat-membre concerné à un risque de condamnation pour manquement par la CJUE. Le caractère multidimensionnel de ces enjeux appelle la conduite d'un état des lieux de l'application de la directive 2003/88/CE dans les établissements, tant sur le plan du droit que sur celui de l'atteinte des objectifs poursuivis par ce texte.

Dans ce contexte, le présent rapport s'appuie tant sur la littérature européenne traitant des effets de la directive 2003/88/CE, que sur une série d'entretiens réalisés directement auprès d'acteurs institutionnels ou de terrain afin de montrer que :

- Sur le plan de la règle juridique, la directive prévoit certes la possibilité d'un régime d'application spécifique pour les établissements de santé et médico-sociaux, mais que la France a fait le choix d'un niveau de protection différencié pour le PM et pour le PNM ;  
Sur le plan des pratiques, dans l'organisation du temps de travail des professionnels de ces secteurs, des écarts à la règle sont constatés, - certains occasionnels, d'autres plus systématiques - et que ces écarts sont difficilement quantifiables et très peu étudiés ;
- Les causes de ces écarts sont multiples : elles tiennent au fonctionnement constitutif de ces établissements, au statut de leurs professionnels, mais aussi à la culture professionnelle qu'ils ont en héritage ou à l'attractivité de leurs corps sur le marché de l'emploi. Ces causes se révèlent à l'examen sensiblement différentes pour le PM et pour le PNM ;
- Pour résorber ces écarts, des pistes de réflexion peuvent être envisagées tant au niveau national qu'au niveau des établissements eux-mêmes pour renforcer les objectifs poursuivis par le texte européen et limiter ce faisant le risque d'une condamnation en manquement par la CJUE.

***Mots clés : directive 2003/88/CE - temps de travail – repos – pause –***

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*