



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2004

L'ARTT MEDICAL :
BILAN ET PERSPECTIVES

**Les choix du Centre Hospitalier intercommunal de
Poissy / Saint-Germain-en-Laye pour favoriser un
management des ressources humaines médicales**

François BERARD

Remerciements

Mes remerciements s'adressent à tous ceux et celles qui m'ont apporté leur aide, leur écoute et leurs conseils tout au long de ce stage au Centre hospitalier intercommunal de Poissy / Saint-Germain-en-Laye et durant la rédaction du mémoire.

Je tiens particulièrement à remercier Monsieur Marc BUISSON, Directeur Général du Centre hospitalier intercommunal de Poissy / Saint-Germain-en-Laye, pour avoir accepté de m'accueillir dans son établissement et d'avoir toujours répondu présent à mes sollicitations.

J'adresse également mes plus sincères remerciements à Monsieur Michel LOUIS-JOSEPH-DOGUE, Directeur des Ressources Humaines du CHIPSG, qui a été pendant près de deux ans un maître de stage attentif et compréhensif.

Je tenais aussi à insister sur le rôle de Madame Fabienne MÉRY, Directrice des Affaires Médicales, qui a toujours su m'orienter et me conseiller dans la conduite de mémoire et plus généralement de mon stage. Qu'elle en soit très vivement remerciée.

Merci également à toute l'équipe de direction du CHIPSG qui m'a accordé beaucoup de son temps, précieux, en particulier Monsieur Gilles CALMES, Mademoiselle Joséphine ROMANO et Madame Patricia COLONNELLO.

Je ne saurais oublier de remercier Monsieur Guillaume HUART, Directeur des Affaires Médicales du Centre hospitalier du Mans, qui a accepté et rempli avec application cette périlleuse mission d'encadrant mémoire.

Merci enfin à Isabelle, pour sa patience et son soutien...

« Pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir mais de le rendre possible ».

Antoine de Saint-Exupéry

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA REFORME DE L'AMENAGEMENT ET REDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL MEDICAL EST MISE A L'EPREUVE DE L'HOPITAL	7
1.1 L'ARTT médical, une réforme exigeante dans un contexte de raréfaction des ressources humaines médicales hospitalières.....	7
1.1.1 Une réforme opérant un bouleversement des structures médicales hospitalières	7
A) Les grands principes de la réforme de l'ARTT et ses conséquences immédiates sur la politique de l'établissement	8
B) Une architecture générale qui consacre la place du corps médical.....	11
1.1.2 Un contexte de raréfaction des ressources humaines médicales hospitalières ...	16
A) Une diminution de la démographie médicale hospitalière	16
B) La désaffection des médecins pour le monde hospitalier	17
C) L'apparition de normes nécessitant des moyens humains supplémentaires	19
1.2 Des insuffisances révélées lors de sa mise en œuvre	21
1.2.1 Une réforme mal acceptée.....	21
1.2.2 Une réforme difficilement applicable en l'état.....	23
A) Un nouveau décompte du temps de travail et de nouvelles modalités d'organisation fortement demandeuses de temps médical.....	23
B) L'émergence d'une réflexion sur les organisations de service.....	26
C) Un cadre juridique encore flou et une insuffisance de moyens financiers....	30
1.2.3 Les adaptations techniques proposées doivent trouver un relais au niveau national voire européen.....	34
A) Des expériences de terrain exploitant le flou de la réglementation	34
B) La revendication d'un assouplissement des dispositions de la directive européenne de 1993	36

2. LES CHOIX DU CHIPSG POUR DEPASSER LES BLOCAGES LIES A L'AMENAGEMENT ET REDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL MEDICAL MILITENT POUR LA MISE EN PLACE D'UN VERITABLE MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES MEDICALES	39
2.1 La réforme de l'aménagement et réduction du temps de travail médical est un élément indissociable de la politique stratégique du CHIPSG.....	39
2.1.1 Le CHIPSG, établissement fragile, face à l'enjeu stratégique de l'ARTT médical.....	40
A) Le paradoxe de la situation du Centre hospitalier de Poissy / Saint-Germain-en-Laye	40
B) La mise en place de l'ARTT médical confirme une nouvelle dynamique au CHIPSG.....	43
2.1.2 L'ARTT médical s'appuie sur un nouveau mode d'approche des relations entre corps médical et direction.....	46
A) L'élaboration d'une méthode d'analyse fondée sur des outils d'aide à la décision.....	47
B) L'évolution du positionnement de la commission de l'organisation et de la permanence des soins et de la direction.....	54
C) Le relais indispensable des chefs de service.....	56
2.2 L'ARTT médical démontre les insuffisances de la gestion des ressources humaines médicales à laquelle la recherche d'une nouvelle culture locale du management tente de pallier.....	59
2.2.1 Les difficultés à faire émerger une politique de gestion des ressources humaines médicales.....	59
A) La réforme de l'ARTT révèle l'importance de la mise en place d'une politique de gestion des ressources humaines médicales	59
B) Des obstacles importants à la mise en place d'une gestion des ressources humaines médicales	61
2.2.2 Vers l'optimisation de la gestion des ressources humaines et des organisations au niveau des établissements	66
A) Une évaluation des pratiques professionnelles fondée sur le management	66
B) Une responsabilisation des acteurs dans la gestion interne hospitalière	68

CONCLUSION	71
BIBLIOGRAPHIE.....	73
LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation des Soins
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARHIF	Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France
ARTT	Aménagement et Réduction du Temps de Travail
CET	Compte Epargne Temps
CDEM	Commission Des Effectifs Médicaux
CHI	Centre Hospitalier Intercommunal
CHIPSG	Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy / Saint-Germain-en-Laye
CJCE	Cour de Justice des Communautés Européennes
CME	Commission Médicale d'Etablissement
COPS	Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins
FFI	Faisant Fonction d'Interne
FHF	Fédération Hospitalière de France
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MEAH	Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
PH	Praticien Hospitalier
TAA	Tarifcation A l'Activité
TTA	Temps de Travail Additionnel
TTE	Temps de Travail Effectif
URHIF	Union Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France

INTRODUCTION

« *Le monde médical est aujourd'hui en crise. On a sans doute à faire à l'aboutissement d'un processus d'épuisement de la logique qui sous-tendait la place centrale occupée par la profession médicale dans l'organisation du système de santé* »¹. Selon M. F.X. SCHWEYER, sociologue à l'ENSP et auteur d'une étude sur la crise traversée par les médecins hospitaliers, « *le terme de crise exprime le malaise et les difficultés vécues par les médecins devant toute évolution de leurs pratiques professionnelles* »².

Parmi les raisons avancées, se retrouvent les difficultés budgétaires des établissements de santé, la tragédie du sang contaminé, les contraintes liées à la sécurité sanitaire, l'épidémie du sida ou encore depuis 2002, le renforcement des droits des patients par le biais de la loi du 4 mars. Elles sont autant de tensions sur « *la médecine hospitalière [qui] vit mal ces transformations et c'est l'hôpital qui est à son tour en crise* »³. Ces dernières années ont vu une aggravation de la situation avec la raréfaction des ressources tant financières qu'humaines obligeant « *les établissements à entrer dans une démarche d'attribution nécessitant des choix, des renoncements, des partenariats, des modes d'exercice nouveaux dans un cadre régional de prise en charge des patients* »⁴.

La réforme de l'aménagement et réduction du temps de travail apparaît, à ce titre, comme une nouvelle étape de l'évolution du monde médical hospitalier. Succédant à la réduction du temps de travail des personnels non médicaux, elle applique au corps médical non seulement les Lois « AUBRY » relatives à l'aménagement et à la réduction du temps de travail mais aussi et surtout la directive européenne 93/104/CE du 23 novembre 1993 qui fixe notamment la durée de travail maximale hebdomadaire à 48 heures ; le protocole du 22 octobre 2001 relatif à l'ARTT médical constituant le cadrage national de ces dispositions.

¹ Appel à projets de recherche émis par le CNRS et l'INSERM dans le cadre du projet Sciences bio-médicales ; santé et société, 2003

² F.X. Schweyer, *Crises et mutations de la médecine hospitalière*, in La crise des professions de santé, sous la direction de J. de Kervasdoué, Dunod, Paris, 2003, p.233

³ *Ibid.*

⁴ P. Haenel, *L'évolution du métier de médecin*, in M. Cavalier, R. Dalmaso, J-J. Romatet, *Médecins, Directeur : un PACS pour l'hôpital ?*, Coll. Action santé, Ed. Erès, Ramonville Saint-Agne, 2002, p.43

Les praticiens concernés bénéficient désormais de 20 jours de congés supplémentaires au titre de l'ARTT tandis que les dispositions européennes ont radicalement modifié la structure de l'organisation de travail des médecins en intégrant les gardes dans le temps de travail tout en leur accordant le respect d'une plage de repos compensateur après une permanence sur place. L'ensemble de ce dispositif conduit, par conséquent, à contracter de 20 à 30 % le temps médical disponible dans les hôpitaux.

C'est pourquoi, depuis près de trois ans, cette question du temps de travail médical est devenue centrale pour le devenir d'une structure fonctionnant 24 heures sur 24. Véritable révolution pour des professionnels connus pour ne pas compter leur temps auprès du malade, l'entrée en vigueur de ces textes leur impose d'utiliser au mieux une ressource désormais limitée. Ainsi, la réforme de l'ARTT médical opère-t-elle un changement radical du positionnement du corps médical. Il existe désormais *« une correspondance entre la position économique et juridique liée à la situation de salariat et les dimensions symboliques et réelles qu'elle impose »*⁵.

Néanmoins, peu d'établissements hospitaliers étaient prêts à intégrer cette nouvelle donne. En effet, malgré des efforts financiers importants des tutelles⁶, les établissements doivent faire face depuis quelques années à la raréfaction des ressources humaines liée à une baisse de la démographie médicale et à la difficulté réelle de recruter à l'hôpital ce qui n'a pas permis de toujours combler la perte de temps médical subie. De plus la rigueur avec laquelle la France a introduit les dispositions de la directive européenne n'a pas été de nature à envisager des assouplissements qu'exige cette pénurie croissante du nombre de praticiens.

Estimant que la bonne gestion du temps de travail médical devient un facteur majeur de la restructuration de l'offre de soin, la circulaire du 26 juillet 2002 relative à la mise en œuvre du protocole du 22 octobre 2001 a encouragé les établissements à *« créer ou libérer du temps médical pour pallier la diminution du temps de travail des praticiens (...) en encourageant les effets de restructuration de l'offre de soins »*. S'ouvrir vers l'extérieur pour trouver du temps médical afin de respecter la réglementation, créer des synergies et des accords avec d'autres établissements et d'autres services pour assurer la meilleure prise en charge des patients sont autant

⁵ C. Lussiez et al., *L'ARTT médical et le repos de sécurité : quelle application en Ile-de-France ?*, URHIF, Journée de printemps, juin 2004, p.4

de solutions pour encaisser le choc de cette réforme. Il convient que l'ensemble de la communauté médicale hospitalière s'interroge sur l'optimisation de l'utilisation de son temps de travail.

Force est de constater que depuis l'entrée en application des dernières dispositions réglementaires au 1^{er} janvier 2003, les réelles réorganisations de service ont été rares. En revanche, en Ile-de-France par exemple, toutes les enveloppes consacrées au paiement du temps de travail additionnel ont été entièrement utilisées. Refus ou impossibilité contextuelle de procéder à des réorganisations ou à des mutualisations de moyens ou bien non-perception de tous les enjeux liés à la réforme, en tout état de cause il semble que le temps médical n'a pas réellement diminué. C'est d'ailleurs à ce titre que l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France (ARHIF) a modifié sa clef de répartition des crédits ARTT 2004 compte-tenu « *du caractère peu incitatif du critère retenu en 2003 quant à d'éventuelles révisions du mode d'organisation de la permanence des soins* »⁷.

Cette volonté de restructuration s'inscrivait dans la ligne du choix, très tôt réalisé, par les centres hospitaliers de Poissy et de Saint-Germain-en-Laye lorsque naquit de leur fusion, en mai 1997, le Centre hospitalier intercommunal de Poissy / Saint-Germain-en-Laye. Devenu le premier hôpital francilien en taille⁸ après l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, « *le regroupement des deux hôpitaux avait pour objectif de renforcer les complémentarités entre les deux hôpitaux afin d'apporter une meilleure réponse aux besoins de la population en termes de qualité et de sécurité* ». « *La mise en commun des compétences permettra de dégager des moyens en faveur d'une meilleure qualité des soins* »⁹. Les présidents de CME de l'époque considéraient quant à eux que « *le corps médical [allait] jouer un rôle essentiel dans la réussite de cette opération* » estimant devoir profiter « *du potentiel important des deux hôpitaux pour créer un établissement public de santé dynamique et de haut niveau médical* »¹⁰. Enfin, le Directeur, Marc BUISSON d'ajouter que « *les différences ne*

⁶ 36,5 millions d'euros pour l'année 2003 en Ile-de-France, chiffre communiqué par l'ARHIF

⁷ Lettre du Directeur de l'ARHIF en date du 30 avril 2004 et adressée aux Directeurs et Présidents de CME des établissements publics de santé d'Ile-de-France

⁸ Environ 1600 lits et places, près de 315 équivalents temps plein médicaux et 3018 équivalents temps plein non médicaux

⁹ Propos de MM. J. Masdeu-Arus et M. Péricard suite à la fusion dans une plaquette à destination du personnel de la cité hospitalière en mai 1997

¹⁰ Propos de MM. G. Renou et D. Brossard, *op. cit.*

doivent pas constituer des freins mais au contraire être source de richesse dans l'élaboration d'une culture commune »¹¹.

Si depuis juin dernier, un nouveau projet médical a été adopté par les instances, cette fusion n'a pas apporté globalement tous les espoirs suscités. Le CHIPSG a connu, en effet, de très fortes périodes de doute liées à un manque de visibilité pour l'avenir et à l'opposition d'une partie des acteurs sur les choix stratégiques de l'établissement. La réforme de l'ARTT médical n'a donc pas été abordée avec confiance malgré un potentiel médical important de 315 équivalents temps plein. Les craintes relatives à la perte de temps médical, la concurrence entre services et le refus de procéder à certaines réorganisations en sont la traduction.

Pourtant, la synthèse stratégique accompagnant le projet médical insiste sur des éléments essentiels tels que « *l'optimisation de l'organisation des gardes et astreintes qui doit être totale* » et « *la nécessaire mutualisation des compétences pour assurer la continuité des soins au sein du CHIPSG* » ; l'objectif affiché étant bien entendu d'optimiser l'utilisation d'un temps médical limité afin de favoriser « *l'augmentation de l'activité [qui] est l'objectif qui conditionne la réussite du projet médical* »¹². A cet effet, il faut souligner que la mise en place de la tarification à l'activité engage les hôpitaux publics à faire le choix de la rationalisation budgétaire et de l'affectation la plus rigoureuse des moyens humains et financiers.

Moins touché que d'autres par la pénurie de personnel médical, assurant une très large offre de soins de proximité, le CHIPSG doit s'interroger sur son positionnement dans l'offre sanitaire des Yvelines car il n'échappe pas à cette contraction du temps médical. La réforme de l'ARTT exige une mise à plat de l'existant et notamment des organisations et de la gestion du temps médical mais aussi une prise de conscience par le corps médical des enjeux de la réforme.

Cependant, il ne semble pas encore prêt à accepter toutes les conséquences d'une « *revendication de professionnalisation des relations avec les employeurs* ». Il marque « *une réticence à accepter une perte de ce qui est ressenti comme l'indépendance professionnelle* »¹³. L'ARTT médical revient en effet à créer une ambiguïté notable quant au positionnement des médecins dans l'institution.

¹¹ M. M. Buisson, *op. cit.*

¹² Sanesco, *Synthèse stratégique*, in *Projet médical du CHIPSG* adopté en juin 2004

¹³ C. Lussiez et al., *op.cit.*, p.4

C'est pourquoi, le dispositif réglementaire envisage une association du corps médical aux décisions. Il dispose d'une partie des solutions, via le travail de la commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS) qui statue, avec le directeur, sur la meilleure organisation de la structure hospitalière. Ce système de co-décision est réaffirmé dans la Loi. La réforme de l'ARTT médical contient en son sein les prémices d'une gestion des ressources humaines médicales assurée par la direction de concert avec le corps médical lui-même. Asseoir un nécessaire dialogue constructif et responsabilisant entre direction et corps médical s'affirme encore un peu plus comme une évidence. A ce titre, il semble que l'ARTT médical est un vecteur de changement du positionnement du corps médical. Ce dernier doit s'adapter à cette nouvelle donne et ne plus vivre cette réforme comme une contrainte mais comprendre en quoi son rôle est déterminant dans la réflexion sur l'organisation hospitalière. Dans un rapport publié en décembre 2002 l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) estime, à ce titre, que « *l'évolution des règles concernant le temps médical conduit peu à peu les médecins à prendre conscience de la nécessité de modifier l'organisation médicale et de procéder à des restructurations, pour assurer la permanence des soins dans de bonnes conditions* »¹⁴.

Pour ce faire, il était indispensable de comprendre non seulement les réactions du corps médical face à ces dispositions qui touchent directement son exercice professionnel mais aussi d'étudier si l'on pouvait conclure à une évolution de son positionnement dans l'institution suite à la réforme. Grâce à une enquête interne de type qualitatif auprès d'un échantillon de praticiens de l'établissement¹⁵, j'ai pu mesurer et analyser les changements induits par la directive européenne et par les lois AUBRY. J'en ferai état tout au long de cette étude en m'appliquant à traduire les propos qui m'ont été tenus tant sur le plan du ressenti que des solutions à suivre pour mieux en appréhender les enjeux.

¹⁴ Ch. de Batz, F. Lalande, G. Laurand, *Gestion des praticiens hospitaliers*, Rapport n°2002.143, IGAS, Déc. 2002, p.54

¹⁵ Cf Annexe 1 pour une présentation détaillée de l'enquête et Annexe 2 pour des données chiffrées

Alors qu'elle se voulait être une innovation, la réforme de l'ARTT médical appliquée à l'hôpital n'a pas été sans susciter des craintes, des réticences de la part de l'ensemble des acteurs chargés de suivre son application. Entrée en application depuis 18 mois, elle n'a pas pu porter tous ses fruits tant en raison du contexte que de son inadaptation partielle au système hospitalier.

Le Centre Hospitalier de Poissy / Saint-Germain-en-Laye n'échappe pas à ces difficultés. Cependant celles-ci sont accentuées dans un établissement en pleine restructuration. Il a donc fait le choix d'en faire un élément indissociable de la politique de l'établissement pour une plus forte responsabilisation du corps médical. L'application de cette réforme, pour être efficace, doit s'inscrire dans une nouvelle dynamique au cœur de laquelle se voit rénové le dialogue entre le corps médical et la direction. Quoique timide, cette évolution semble marquer les premiers pas d'un véritable management des ressources humaines

Première partie : La réforme de l'aménagement et la réduction du temps de travail médical est mise à l'épreuve de l'hôpital

Deuxième partie : Les choix du CHIPSG pour dépasser les blocages liés à l'aménagement et réduction du temps de travail médical militent pour la mise en place d'un véritable management des ressources humaines médicales

1 LA REFORME DE L'AMENAGEMENT ET REDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL MEDICAL EST MISE A L'EPREUVE DE L'HOPITAL

L'hôpital est une structure qui fonctionne 24 heures sur 24 afin d'offrir à la population une offre de soins continue. La réforme intervient dans un contexte de raréfaction des ressources humaines médicales, en particulier à l'hôpital, la rendant très pénalisante pour le fonctionnement des services (1.1).

Reconnaissant au personnel médical hospitalier de nombreux avantages, en particulier des jours de congés supplémentaires ainsi que le repos quotidien après une garde sur place, cette réforme a ébranlé l'hôpital public et montré un certain nombre d'insuffisances quant à son application (1.2).

1.1 L'ARTT médical, une réforme exigeante dans un contexte de raréfaction des ressources humaines médicales hospitalières

L'objectif de l'ARTT médical est triple : réduire le temps de travail médical et sécuriser l'exercice professionnel de la médecine. Par ailleurs, l'ARTT médical revêt également un aspect fondamental en matière de réflexion sur l'organisation des services (1.1.1).

Il est en effet indispensable d'avoir une vision d'ensemble afin de permettre la meilleure adéquation entre les moyens médicaux nécessaires aux organisations de service ce qui est d'autant plus vrai au vu du contexte de raréfaction des ressources humaines médicales, notamment hospitalières (1.1.2).

1.1.1 Une réforme opérant un bouleversement des structures médicales hospitalières

Les enjeux soulevés par cette réforme sont très importants notamment en ce qui concerne la stratégie de l'établissement (A). C'est pourquoi, les pouvoirs publics ont élaboré de nouvelles règles et de nouveaux outils qui s'articulent dans un ensemble au sein duquel le corps médical doit prendre ses responsabilités (B).

- A) Les grands principes de la réforme de l'ARTT et ses conséquences immédiates sur la politique de l'établissement ...

La réforme de l'ARTT n'est donc pas la seule extension au personnel médical hospitalier des dispositions des lois AUBRY sur les 35 heures. Elle engage également la France dans la transposition en droit français de la directive européenne 93/104/CE sur le temps de travail. Après en avoir présenté les grands principes (a), seront exposées ses conséquences sur la politique de l'établissement (b).

a) *Les principes généraux de la réforme*

La transposition de la directive 93/104/CE était devenue inéluctable depuis un arrêt SIMAP d'octobre 2000 dans lequel la Cour de Justice des Communautés Européennes (CJCE)¹⁶ a confirmé que l'activité des médecins relevait bien de ce texte et que le temps de garde effectué par les médecins devait être considéré dans sa totalité comme du temps de travail et, le cas échéant, comme des heures supplémentaires. La CJCE précise enfin qu'en l'absence de transposition nationale, la directive est d'application directe.

Au terme de longues négociations entre le gouvernement et les syndicats médicaux, a été adopté le protocole du 22 octobre 2001 définissant les modalités d'application de la réduction du temps de travail et les conditions de mise en œuvre de la directive 93/104. Le protocole du 22 octobre 2001 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail médical constitue le cadrage national selon lequel :

- ✓ les médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes hospitaliers temps plein bénéficient forfaitairement de 20 jours de RTT, dans le cadre d'un nombre annuel également forfaitaire de 207 jours de travail (soit 414 demi-journées),
- ✓ les obligations de service restent définies en demi-journées (à l'exception des services organisés en temps de travail continu),
- ✓ les gardes sont intégrées dans le temps de travail,
- ✓ la durée de travail maximale hebdomadaire est de 48 heures en moyenne lissée sur quatre mois, permanences comprises et hors plages de temps de travail additionnel (TTA),

¹⁶ CJCE, 3 octobre 2000, Sindicato de Médicos de Asistencia Publica (SIMAP) contre Conselleria de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana, Recueil de jurisprudence 2000

- ✓ les jours RTT non consommés peuvent être cumulés sur un compte épargne temps (CET),
- ✓ des plages de temps de travail additionnel, sur la base du volontariat, peuvent être faites au-delà des obligations de service.

Ces dispositions bénéficient à tous les praticiens hospitaliers à temps plein, les praticiens hospitaliers à temps partiel, les praticiens contractuels, les praticiens adjoints contractuels et les assistants¹⁷. De la même façon, le nouveau statut des attachés du 1^{er} août 2003 prévoit que « *leurs obligations de service sont comprises entre une et dix demi-journées hebdomadaires* ». Il ajoute que « *la durée de travail des attachés exerçant à temps plein ne peut excéder 48 heures par semaine en moyenne sur quatre mois* » et que ceux « *dont le contrat prévoit une quotité de travail d'au moins cinq demi-journées hebdomadaires peuvent accomplir, sur la base du volontariat, un temps additionnel* ». Enfin, ils ont « *droit à un congé au titre de la RTT (...) pour ceux effectuant au moins cinq demi-journées hebdomadaires dans un ou plusieurs établissements publics de santé* »¹⁸.

Les internes et « faisant fonction » d'internes (FFI) ne sont pas concernés par le volet attribuant des jours de réduction du temps de travail. En revanche, ils bénéficient, de la même manière que les seniors visés ci-dessus, de l'intégration des gardes dans le temps de travail, de la durée de travail maximale hebdomadaire de 48 heures et du repos quotidien. Pour les internes visés par l'arrêté du 6 novembre 1995, c'est-à-dire ceux assurant des gardes de seniors, l'article 15 de l'arrêté du 30 avril 2003 ajoute que les permanences effectuées en dehors des obligations de service sont indemnisées sous forme de plages de temps de travail additionnel.

Les documents de présentation de la réforme élaborés par la DHOS insistent sur les cinq points clefs de la réforme : le temps de travail, la meilleure prise en compte des sujétions, le compte épargne temps, la valorisation de l'assistantat et les outils de mise en œuvre¹⁹. Il est intéressant de constater que tous ces documents cherchent à démontrer, d'une part, l'importance de l'organisation du travail de chaque médecin et d'autre part, les incidences financières de cette réforme.

¹⁷ Notamment le décret n°2002-1421 du 6 décembre 2002 portant statut des praticiens hospitaliers

¹⁸ Décret n°2003-769 du 1^{er} août 2003 portant statut des praticiens attachés

¹⁹ Document de présentation des principes du protocole d'accord du 21 octobre 2001, DHOS, Oct.-nov. 2001 disponible sur www.sante.gouv.fr

Alors qu'il est admis que le contexte démographique médical est incertain et que l'hôpital subit de plein fouet cette crise, il ressort de ces textes sur l'ARTT une réelle volonté des pouvoirs publics de voir les médecins hospitaliers gérer au mieux leur temps. C'est pourquoi, la politique des établissements ne peut faire l'économie d'une réflexion de fond sur la meilleure utilisation possible de ce temps médical.

b) *Les enjeux stratégiques de la réforme*

L'ARTT médical pèse sur la compétitivité du service public face au privé. A la différence d'une usine, on ne peut pas arrêter un service ou décréter une augmentation de la productivité. Un hôpital tourne sans discontinuer 365 jours par an sans choisir, en principe, sa clientèle. L'impact de la réduction du temps de travail médical sur l'offre de soins est donc au cœur du débat. La montée en charge de la tarification à l'activité confirme cette tendance dans la mesure où elle exige une parfaite adéquation entre les moyens attribués et les recettes générées. Il convient dès lors de s'interroger sur l'opportunité de supprimer, d'annuler ou de fermer des plages d'activités programmées, des services entiers pour permettre aux services à gardes de tourner sans encombre et inversement.

Faire le choix entre le développement telle ou telle activité ne peut aujourd'hui se réaliser sans tenir compte de la contrainte pesant sur le temps médical. M. Marc BUISSON, directeur du CHIPSG, estime pour sa part que « *chaque service doit envisager les développements raisonnés de sa discipline au regard des moyens mis à disposition dans l'établissement et à l'extérieur au travers de complémentarité avec d'autres établissements, le cas échéant* ». Cette contraction du temps médical pousse les services à formaliser leurs organisations. Il s'agit là d'un bouleversement culturel que tous n'acceptent pas. Pourtant, la recherche de la meilleure organisation possible doit être motivée par une nécessaire articulation avec le temps de travail médical disponible. Toutefois, « *la formalisation du temps de travail a précipité la chute de certains services en mettant en évidence le déficit de praticiens face à la quantité de travail ; hors de toute structuration, un service ne fera qu'assurer le minimum* » explique un médecin du CHIPSG.

En tout état de cause, cette réforme réaffirme le rôle des médecins à l'hôpital. Selon M. SCHWEYER, ils « *s'inscrivent dans des organisations marquées par des*

processus d'industrialisation »²⁰. Quand bien même le cadre de leur exercice professionnel serait de plus en plus contraignant, et même si beaucoup de médecins ont encore du mal à se situer dans un nouveau cadre – « *car la soumission à la norme équivaut à une dépossession d'un capital de liberté et de confiance qui faisait l'originalité de leur métier* »²¹ – ils doivent comprendre que de leur investissement dépend la réussite du projet. En l'espèce, l'organisation du travail au sein des services est cruciale. La question est donc moins financière qu'organisationnelle²².

Certains services ne tombent pas dans la plainte. Ce sont ceux ayant déjà mené à terme une réflexion sur la meilleure organisation de travail adaptée au temps disponible. L'un des praticiens interrogés lors de l'enquête précitée explique en substance qu'il convient donc de « *gérer son temps de travail* ». Selon lui, la question n'est pas de travailler plus ou moins mais de travailler mieux tout en s'adaptant au mieux à la demande de soins.

Les médecins semblent être les mieux placés et les plus crédibles pour le faire ce qu'encourage la réglementation.

B) Une architecture générale qui consacre la place du corps médical

L'exposé des motifs du protocole est clair. Cette réforme fondamentale a un double objet : réduire le temps de travail et engager une réflexion sur les organisations médicales. C'est en ce sens qu'il convient d'étudier d'abord le nouveau cadre de décompte du temps de travail (a), puis les outils prévus pour ce faire (b) et enfin, les structures qui seront chargées d'animer l'ensemble du dispositif (c).

a) *Le nouveau cadre de décompte du temps de travail*

Depuis le 1^{er} janvier 2002, le temps de travail annuel de référence des médecins hospitaliers est de 207 jours (soit 414 demi-journées) contre 227 auparavant du fait des 20 jours de congés supplémentaires au titre des lois AUBRY. Les obligations de service sont fixées par voie réglementaire et dépendent de la quotité de travail de l'intéressé et de son statut. En principe, les activités médicales et pharmaceutiques

²⁰ F.X. Schweyer, *op.cit.*, p.253

²¹ C. Le Pen, *Les habits neufs d'Hippocrate. Du médecin artisan au médecin ingénieur*, Calmann-Lévy, Paris, 1999, p.65

²² F.X. Schweyer, *op.cit.*, p.256

sont toujours organisées en demi-journées et par dérogation en heures dans des structures à temps médical continu. Sous influence de l'Union Européenne, la réglementation prévoit désormais que la durée de travail pour un praticien hospitalier ne doit pas excéder, en moyenne, 48 heures par semaine, qu'elle soit décomptée en demi-journées ou en décompte horaire, lissée sur une période de quatre mois.

Il existe un « *service quotidien de jour* » et un « *service relatif à la permanence des soins, pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, sous forme de permanence sur place ou par astreinte à domicile* »²³ Depuis 2003, il est acquis que les praticiens réalisent leurs obligations statutaires de service aussi bien de jour que de nuit sans que la répartition ait été arrêtée. Autrement dit, le temps d'activité de nuit, de fin de semaine et de jours fériés fait partie des obligations de service. La jurisprudence européenne avait imposé cette solution en précisant que « *le temps de garde qu'effectuent les médecins (...) doit être considéré dans sa totalité comme du temps de travail* »²⁴. En revanche, les textes sont muets sur une répartition des obligations de service entre le jour et la nuit.

La réglementation fait également référence à une notion nouvelle. Il s'agit du temps de travail effectif (TTE). On n'en retrouve pas de définition juridique précise mais c'est une notion qui apparaît en continu quand on parle de temps de travail médical. Le TTE est pris en compte dans le calcul des obligations de service réalisées²⁵. Il faut rappeler que la CJCE a considéré dans un arrêt JAEGER, du 9 septembre 2003²⁶, que les périodes où les médecins sont contraints d'être sur place, même lorsqu'ils ne sont pas sollicités, font partie intégrante de leur temps de travail effectif. Autrement dit, les périodes de sommeil entre deux appels – dès lors que le médecin est contraint d'être sur place – sont du TTE. Ainsi, en pratique, la nouvelle réglementation relative à la permanence des soins revient à décompter au plus près le temps de présence médicale.

²³ Article 1^{er} de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

²⁴ CJCE, 3 octobre 2000, SIMAP, précité

²⁵ F. Méry, *Aspects réglementaires du temps de travail du personnel médical*, in C. Lussiez et al., *op.cit.*

²⁶ CJCE, 9 septembre 2003. *Landeshauptstadt Kiel contre Norbert Jaeger*, Recueil de jurisprudence 2003

Enfin, il convient d'insister sur une dernière notion relative au mode d'organisation des services qui induit un décompte particulier du temps de travail. Les services peuvent en effet choisir d'être organisés en temps médical continu dans lesquels le temps est décompté, par dérogation, en heures et non en demi-journées. L'arrêté du 30 avril 2003 limite cette possibilité aux activités suivantes : anesthésie réanimation, urgences, réanimation, néonatalogie, réanimation néonatale, gynécologie-obstétrique (service réalisant plus de 2000 accouchements par an).

b) *L'affirmation d'outils entrant dans la gestion du temps de travail médical*

Les tableaux de service nominatifs mensuels

L'arrêté du 15 février 1973 relatif à l'organisation et à la rémunération des gardes introduisait déjà les tableaux mensuels nominatifs en détaillant leur mode de présentation. L'arrêté du 30 avril 2003 réactualise cette notion de tableau de service nominatif mensuel en en faisant le document incontournable de la gestion des ressources humaines médicales notamment pour le calcul du temps de travail additionnel. Ce tableau est essentiel dans le quotidien du service et de l'établissement puisqu'il doit mentionner la présence, de jour et de nuit, de l'ensemble des praticiens rattachés à la structure. Il doit préciser à chaque fois le nom et la qualité du praticien. De surcroît, s'il convient d'inclure les demi-journées de présence, il faut également mentionner dans ces tableaux les activités et positions suivantes : activité libérale, activité d'intérêt général, mission temporaire, présence non clinique, arrêt maladie, accident du travail, congé maternité ou paternité...qui entrent au final dans le décompte des obligations de service réalisées.

Il convient de distinguer entre le tableau nominatif mensuel « prévisionnel » et le tableau nominatif mensuel « réel ». Le premier est arrêté avant le 20 de chaque mois pour le mois suivant par le directeur sur proposition du chef de service conformément à l'organisation du temps de présence médicale arrêtée annuellement par le directeur après avis de la CME. Le deuxième est également arrêté par le directeur et va constater les obligations de service réalisées à l'issue de chaque quadrimestre. A terme, la rémunération des PH devrait être directement indexée sur ces tableaux.

Les tableaux généraux de service et le tableau des gardes et astreintes

Les tableaux généraux de service arrêtent une organisation type de fonctionnement pour chaque service. L'arrêté du 30 avril 2003 ne les définit pas expressément mais y fait référence car ils sont utilisés pour déterminer un volume

prévisionnel de TTA par quadrimestre. De la même manière, le tableau des gardes et astreintes, auquel aucun de ces textes ne fait référence, est inclus dans « *l'organisation de la permanence des soins [qui] est arrêtée annuellement par le directeur après avis de la CME* »²⁷. Dans un cas comme dans l'autre, ils ont vocation à organiser de manière prévisionnelle sur une année les activités et le besoin en temps médical. Les services rencontrent beaucoup de difficultés à les modéliser mais ils sont essentiels pour permettre à la communauté hospitalière de comprendre le fonctionnement de base du service.

Le temps de travail additionnel

Le temps de travail additionnel (TTA) est du temps de travail supplémentaire effectué par les praticiens au-delà de leurs obligations de service statutaires (permanences sur place comprises). Il permet de ne pas respecter à la lettre la limite des 48 heures hebdomadaires tout en reconnaissant la charge de travail des médecins.

Il est effectué sur la base du volontariat et peut faire l'objet d'un contrat de temps de travail additionnel conclu entre le médecin et le directeur²⁸. L'arrêté du 30 avril 2003 précise que le décompte du TTA intervient à l'issue de chaque quadrimestre sur la base des tableaux de service réels et définitifs. Le mode de calcul du TTA est complexe et fait intervenir en particulier les notions de temps de travail effectif et d'obligations de service théoriques. Une période de TTA peut être, au choix du praticien, indemnisée, récupérée ou versée au compte épargne temps. Elle équivaut à deux demi-journées si elle est récupérée ou versée au compte épargne temps²⁹.

Le compte épargne temps

Le compte épargne temps est l'ultime mécanisme qui permet au système d'être applicable. Comme pour les personnels non médicaux, les pouvoirs publics ont créé un compte permettant aux médecins d'accumuler des droits à congés rémunérés et qui n'ont pas été pris pendant l'année³⁰. Il est ouvert, pour une durée de dix ans³¹, sur demande expresse du praticien concerné. Le compte épargne temps est alimenté,

²⁷ Article 5 de l'arrêté du 30 avril 2003

²⁸ Article 4 de l'arrêté précité

²⁹ Pour les modalités d'indemnisation, se reporter en annexe III

³⁰ Article 2 du décret du 18 novembre 2002

³¹ depuis un décret du 9 octobre 2003

d'une part, dans la limite de trente jours par an par le report des congés annuels, sans que le nombre de jours de congés pris dans l'année puisse être inférieur à vingt et d'autre part, avec le report de tout ou partie des jours de RTT ou des plages de TTA. Après avoir respecté un délai de prévenance, le praticien peut liquider son compte épargne temps, soit en une seule fois et en totalité à compter d'un délai de dix ans, soit en plusieurs fois.

c) *Les acteurs chargés d'animer cet ensemble réglementaire*

Les dispositions relatives au temps de travail, qu'elles soient nouvelles ou réactualisées, ne sauraient avoir d'utilité si elles n'étaient pas mises en œuvre et contrôlées. La réglementation a ainsi souhaité mettre au cœur du système l'ex-commission des gardes et astreintes, appelée désormais commission d'organisation de la permanence des soins et pharmaceutique. Elle est composée du directeur et/ou de son représentant, du président de la CME, de médecins dont la moitié accomplit des permanences sur place, d'un membre par service exerçant en temps médical continu et d'une autre moitié issue de services n'assurant pas de garde sur place

Selon l'article 8 de l'arrêté du 30 avril 2003, la COPS se prononce, avec le directeur, « *sur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité* » et donc sur la nécessité de maintenir ou pas sur tel ou tel secteur une permanence sur place ou une astreinte. Elle dispose d'une latitude très forte pour déterminer les axes forts de la politique de l'établissement en matière de permanence médicale. Les pouvoirs publics ont effectivement choisi de valoriser une association forte des médecins à la réflexion d'amélioration de l'organisation des activités médicales tant du point de vue interne que des relations avec les établissements environnants.

Pour ce faire, le président de la COPS mène avec la direction des affaires médicales une analyse précise non seulement de l'adéquation entre les moyens humains disponibles par rapport au temps nécessaire pour fonctionner mais aussi des choix à effectuer sur le devenir de telle ou telle organisation médicale ou liste de garde. Les organisations de service seront ensuite validées par la CME et finalement arrêtées par le directeur. La nouveauté réside en ce que pendant très longtemps cette commission s'était surtout focalisée sur les permanences de nuit, elle doit désormais se pencher sur le temps médical de jour générateur d'une partie non négligeable du temps additionnel.

La réforme revêt des aspects stratégiques indiscutables sur le positionnement de l'établissement dans le secteur sanitaire. Dans un contexte de raréfaction des ressources humaines médicales hospitalières, cette question se révèle d'importance dans la mesure où les hôpitaux n'ont pas la maîtrise complète de leur avenir.

1.1.2 Un contexte de raréfaction des ressources humaines médicales hospitalières

Cette réforme intervient pour réduire le temps de travail alors que l'hôpital public est touché par des problèmes de démographie médicale (A), par la désaffection des médecins pour le secteur public (B) et enfin par augmentation très forte des contraintes de sécurité dans certaines disciplines (C).

A) Une diminution de la démographie médicale hospitalière

Les projections démographiques font état d'une pénurie de médecins dans les années 2020, date à laquelle l'effectif sera alors égal à celui de 1990. D'ores et déjà, de fortes difficultés sont apparues pour certaines spécialités médicales et dans plusieurs établissements hospitaliers notamment situés en milieu rural³². En revanche, la région Ile-de-France semble moins touchée par cette évolution. Les nombreux départs à la retraite de médecins à partir de 2008, la féminisation du corps médical et le développement du temps partiel sont parmi les principales explications de la contraction du temps de travail³³. Il ne faut pas négliger non plus que l'évolution de la société « *vers une civilisation du loisir* »³⁴ touche également les plus jeunes qui souhaitent privilégier une meilleure qualité de vie.

³² M. Terroir, *Démographie médicale et soignante*, Revue Hospitalière de France, n°495, Nov./Déc. 2003, p.59

³³ X. Niel, A. Vilain, *Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographiques*, Etudes de la DREES, n°114, Mai 2001, p.2 et s.

³⁴ J. Dumazdier, *Vers une civilisation du loisir*, coll. Esprit, Seuil, Paris, 1966

La progression de déséquilibres régionaux et l'inadéquation aux besoins de certaines spécialités médicales sont inquiétantes³⁵. D'une part, on constate que les médecins sont en moyenne deux fois plus nombreux dans les régions méridionales qu'au nord de la Loire. Le principe de la liberté d'installation suivie d'une relative sédentarité du corps médical renforce cette situation tandis que le numerus clausus et/ou le concours de l'internat n'ont été que peu efficaces pour pallier les inégalités géographiques. D'autre part, il existe un déséquilibre important entre médecins spécialistes et généralistes. Le rapport Nicolas estime à seulement 56 000 sur 94 750 omnipraticiens, le nombre des vrais médecins généralistes « sans orientation complémentaire ». En parallèle, le nombre de spécialistes a considérablement augmenté depuis 30 ans passant de 37 à 51% de la population médicale. Pour autant, de réelles pénuries sont apparues en anesthésie, gynécologie médicale, chirurgie générale ou encore en ophtalmologie.

Ce sont pourtant de ces profils dont l'hôpital a besoin. C'est pourquoi, on assiste dans de nombreuses régions sinistrées à des rapprochements d'équipes médicales publiques et privées qui permettent d'assurer une continuité de prise en charge³⁶.

Au-delà de ces problèmes d'ordre démographique, on assiste à une crise des vocations des plus jeunes médecins et même de certains anciens pour l'hôpital public.

B) La désaffection des médecins pour le monde hospitalier

Le système hospitalier public français connaît l'une des plus graves crises de son existence. M. Jean-Marie CLEMENT, spécialiste de droit hospitalier, a ainsi intitulé son dernier ouvrage « *la crise de confiance hospitalière* »³⁷ tandis que la Fédération Hospitalière de France (FHF) rappelle que les reports de charge des établissements de santé français représentent 765 millions d'euros cumulés³⁸.

³⁵ G. Nicolas, M. Duret, *Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale*, Juin 2001, p.2

³⁶ *Comment anticiper la raréfaction des médecins et ses conséquences sur l'accès aux soins à l'échelle d'une région ?*, Module interprofessionnel de santé publique, Rapport, ENSP, Rennes, 2001, p.9

³⁷ J.M. Clément, *op.cit.*

³⁸ Page d'accueil du site internet de la FHF au 31 août 2004

Dans le même temps, le sondage rendu public par la Fédération Hospitalière de France en mai 2004 lors d'Hôpital Expo indique l'opinion très positive des Français à l'égard de l'hôpital public. 67% des Français interrogés estiment que le système hospitalier est satisfaisant en France. Néanmoins cette enquête n'est pas sans préciser que pour 83% des Français la pénurie de personnels médicaux et infirmiers est au premier rang des difficultés hospitalières³⁹.

Cette pénurie est alimentée du fait de la désaffection du corps médical, en particulier des plus jeunes, à l'égard des carrières hospitalières. Les témoignages ne manquent pas dans le sens du défaut d'attractivité de l'hôpital public pour les praticiens hospitaliers pour lesquels « *aux rémunérations trop statiques s'ajoute le poids d'une administration de plus en plus mal supportée* »⁴⁰. L'augmentation des tâches administratives, la participation à de trop nombreuses réunions infructueuses et l'empilement de textes réglementaires viennent compléter ce tableau.

Les avantages de se lancer dans une carrière hospitalière – participation à la rénovation et à la reconstruction des hôpitaux, bénéfice d'un équipement médical de haute technicité, poste de chef de service, possibilité de faire de la recherche et de suivre une meilleure formation continue – ne semblent plus suffire pour attirer voire retenir les médecins. M. Clément conclut ce constat en expliquant que « *la défiance et le désespoir* » caractérisent « *l'itinéraire de nombreux médecins hospitaliers usés par tant de promesses et de revirements* »⁴¹. Il n'est pas inutile non plus de se rappeler les propos du Professeur Jean-Michel DUBERNARD qui comprend « *qu'un chef de clinique choisit neuf fois sur dix de finir sa carrière dans le privé où il touchera un salaire deux à cinq fois supérieur que dans le public* »⁴² et où il n'est pas tenu d'attendre plusieurs années, parfois en vain, des responsabilités hospitalières. L'inexistence d'une réelle gestion des ressources humaines⁴³ conduit à « *l'empilement de statuts, à la précarité de certains de ces statuts, à des perspectives de carrière peu lisibles ou encore à des procédures de recrutement faisant une large part à la cooptation* »⁴⁴. D'ailleurs,

³⁹ in *La lettre de la Fédération Hospitalière de France*, Numéro exceptionnel, mai 2004, p.2 et s.

⁴⁰ J.M. Clément, *op.cit.*, p.33

⁴¹ *Ibid.*

⁴² Propos repris par S. Le Touzic Meunier, in *L'hôpital de proximité face au défi de la RTT médicale et de l'application de la directive européenne*, Mémoire ENSP, Rennes, 2003, p.26

⁴³ Ph. Ulmann, *La France va-t-elle manquer de médecins ?*, Regards sur l'actualité, n°288, Fév. 2003, p.29

⁴⁴ S. Le Touzic Meunier, *op.cit.*, p.26

« l'organisation médicale [de l'époque] et le système de rémunération des médecins hospitaliers résultaient de fait que ceux-ci n'étaient pas soumis ni au Code du travail ni au statut de la fonction publique »⁴⁵.

Malgré le défi technique et culturel que soulève l'aménagement et la réduction du temps de travail médical, la mise en œuvre de cette réforme pourrait constituer pour les jeunes générations une amélioration en terme de statut grâce à l'intégration des gardes dans le temps de travail, le repos quotidien après une garde ou encore les 20 jours de congés supplémentaires au titre de l'ARTT selon l'étude précitée de Mme Le TOUZIC-MEUNIER, directrice adjointe à l'hôpital d'Evreux⁴⁶. Le rapport de l'IGAS relatif à la gestion des praticiens hospitaliers de décembre 2002 confirme cette analyse expliquant que l'application du repos quotidien est « un progrès pour la sécurité des malades et pour leur qualité de vie ». Il ajoute que « les responsables hospitaliers admettent que la synchronisation des rythmes hospitaliers avec les rythmes scolaires est un élément de clarification et de confort, car, de fait, une partie des consultations ou des hospitalisations programmées tenaient compte de ce rythme en fermant lors des périodes de vacances »⁴⁷.

C) L'apparition de normes nécessitant des moyens humains supplémentaires

L'affaire du sang contaminé a profondément marqué l'hôpital. Les exigences en terme de sécurité sanitaire se font de plus en plus fortes.

Plusieurs disciplines médicales à risques ont été encadrées pour assurer une présence médicale expérimentée en continu. Les moyens humains nécessaires ont conduit à attribuer dans de très nombreuses structures hospitalières tous les moyens relatifs aux créations de postes médicaux ; c'est le cas des urgences⁴⁸, de l'obstétrique, de la néonatalogie et de la réanimation néonatale⁴⁹, et de la réanimation⁵⁰.

⁴⁵ Fiche 2.1, *Les Fiches techniques relatives à la réduction du temps de travail du personnel médical hospitalier*, DHOS, oct.-nov. 2001, disponibles sur www.sante.gouv.fr

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ Ch. de Batz, F. Lalande, G. Laurand, *op. cit.*, p.52

⁴⁸ Décrets 95-647 et 95-648 du 9 mai 1995 relatifs à l'accueil et au traitement des urgences et aux conditions de fonctionnement, modifiés par les décrets 97-615 et 97-616 du 30 mai 1997

⁴⁹ Décrets 98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998 concernant les autorisations nécessaires et les conditions de fonctionnement pour les établissements de santé pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale

A titre d'exemple, en ce qui concerne les urgences, l'autorisation d'exercice délivrée par les ARH est subordonnée au respect de règles architecturales, biomédicales et de personnel médical et paramédical. Ainsi, l'équipe doit-elle bénéficier de la présence d'un psychiatre et être en mesure de faire appel à un médecin spécialiste de la pathologie en cause, si la nécessité l'impose. Par ailleurs, les médecins présents doivent répondre à des exigences de formation (titulaire d'une capacité à la médecine d'urgence) et d'une durée minimale d'expérience professionnelle pour le corps médical. Enfin, l'équipe médicale ne peut être composée que de praticiens hospitaliers, adjoints contractuels, d'assistants, d'attachés ou encore de médecins vacataires et ne peut donc faire appel qu'à ce type de statuts pour l'organisation des listes de gardes senior. Cette dernière disposition est très difficilement applicable dans les établissements. En région Ile-de-France notamment, les directeurs des affaires médicales constatent l'envolée du recours aux médecins à diplôme étranger depuis une dizaine d'année dans des spécialités en difficulté. En effet, ces médecins travaillent majoritairement à l'hôpital et sont le plus souvent des spécialistes⁵¹. Ils apparaissent, dans certaines disciplines, comme le seul recours pour maintenir la continuité des soins.

La réforme de l'aménagement et de la réduction du temps de travail médical est un véritable défi pour le monde hospitalier en qu'elle doit conduire les établissements de santé à se réorganiser faute de personnel médical disponible. Toutefois, dès sa mise en place, cette réforme a suscité des critiques tant des directions des affaires médicales que du corps médical lui-même.

⁵⁰ Décrets 2002-465 et 2002-466 relatifs aux établissements de santé pratiquant la réanimation et aux conditions techniques de fonctionnement

⁵¹ A. Couffinal, J. Mousquès, *Les médecins diplômés hors de France : statuts et caractéristiques*, Etude pour le CREDES, Bulletin d'information en économie de la santé, n°45, déc. 2001

1.2 Des insuffisances révélées lors de sa mise en œuvre

Les premiers mois d'application de la réforme de l'ARTT médicale ont révélé plusieurs insuffisances que ne suffit pas à expliquer l'insatisfaction des médecins à son égard (1.2.1). Au-delà de l'éternelle plainte à l'égard du manque de moyens, les professionnels ont constaté que ces mesures, toutes entrées en vigueur en même temps, soulèvent des incertitudes qui rendent la réforme difficilement applicable (1.2.2).

C'est pourquoi, pour protéger le temps de travail médical devenu une ressource précieuse pour les établissements de santé, plusieurs études et propositions ont été faites pour proposer en particulier des aménagements de la directive européenne de 1993 (1.2.3).

1.2.1 Une réforme mal acceptée

J'ai posé la question du ressenti éprouvé par les vingt médecins rencontrés lors de l'enquête menée au CHIPSG⁵². Beaucoup reconnaissent que l'ARTT est « *un progrès social important auquel les médecins sont sensibles* ». Tous estiment notamment que la mise en place du repos compensateur après une garde est, dans l'absolu, une excellente chose. Ceux qui assuraient des gardes ont aussi reconnu qu'il n'était plus admissible de faire « *48 à 72 heures de garde de suite avec très peu de période de sommeil* ». Un pédiatre ajoute que l'ensemble des dispositions relatives à l'ARTT apparaissent comme « *une reconnaissance du travail fait... et même de ce qui est fait en plus* ». Il s'agit certainement « *d'une avancée dans la vie des médecins notamment en ce qui concerne le repos quotidien les lendemains de garde* » confirme un anesthésiste.

Cependant, passée la première réaction, l'annonce du sujet traité a produit la même réaction de tous les praticiens rencontrés : « *on n'a rien demandé !* ». C'est le leitmotiv du discours médical vis-à-vis d'une réforme davantage subie que souhaitée. En effet, ils considèrent tous, à l'exception du médecin des urgences, « *qu'il s'agit d'une réforme qui a été mise en place alors qu'on n'avait pas les moyens de le faire* » et d'autres d'ajouter « *que l'ARTT médical est une catastrophe dans un contexte délicat tant sur le plan financier pour les établissements (pas de recrutement possible) que sur le plan de la démographie médicale* ». Un chirurgien estime que « *l'ARTT pour*

⁵² Annexes I, II et III

le personnel para-médical et maintenant pour le personnel médical a pillé les hôpitaux de leurs ressources premières tandis que les structures d'hospitalisation privée ne sont pas touchées ». Tous sans hésiter considèrent que les recrutements qui ont suivi la mise en place de la réforme ont été insuffisants quand bien même ils auraient déjà permis de réduire des difficultés de certains services en ayant bénéficié.

Cette réforme opère également un choc culturel en obligeant à compter son temps de travail. Ce « *changement de culture* » entraînerait une certaine démotivation voire l'installation « *d'un esprit malsain* » selon l'expression d'un radiologue. D'aucuns regrettent que le réflexe de compter son temps médical ou en tout cas de ne plus faire n'importe quoi et à n'importe quel prix soit en train d'apparaître. Un anesthésiste-réanimateur prétend que « *la récupération est devenue un droit dont on peut abuser* » et affirme que « *compter est devenu la première préoccupation des internes* », chaque travail méritant salaire.

Ce dernier aspect ressort très fortement des rencontres avec le corps médical. Les médecins « seniors » estiment que les internes et parfois les jeunes médecins n'ont plus la même approche de la profession. Ils ne sont manifestement plus enclins à accepter les conditions de travail de leurs aînés. Un chef de service juge que « *la génération actuelle y est plus attentive.* » et que « *le confort personnel du jeune médecin passe avant le patient* ». Un pédiatre parle même de « *génération RTT* ».

Les « seniors » acceptent mal que les plus jeunes ne suivent pas leurs traces. Les préoccupations des internes à leur arrivée dans le service seraient de savoir si le repos quotidien est appliqué après une garde, s'ils peuvent disposer de week-end entiers sans astreinte ou si les présences les dimanches matins sont payées. De la même manière, un médecin des urgences explique que « *les jeunes médecins n'hésitent pas à inclure dans le décompte de leur temps de travail l'ensemble de leurs participations aux staffs médicaux et autres réunions de service* ». Tous ces éléments seraient éloignés des préoccupations de la génération des 40/50 ans. On constatera seulement qu'il n'est pas rare que les praticiens prennent tout ou partie de leurs jours de réduction du temps de travail et qu'à la question de savoir s'il était envisageable de revenir dessus, un seul a répondu par l'affirmative.

La vie familiale, le droit aux loisirs ou à gagner de l'argent sont devenus des valeurs des jeunes médecins. Bien que passionnés par leur travail, les internes considèrent encore désavantageux leur « ratio temps de travail/rémunération » par rapport à celui de jeunes ingénieurs, par exemple. Un psychiatre pense que la nouvelle génération est certainement aussi dévouée que l'ancienne mais qu'elle n'est pas prête

à tout accepter. Les internes n'estiment pas travailler moins que leurs aînés à la seule différence qu'ils souhaitent prendre leur repos quotidien suite à une garde et bénéficier de plus de considération. Ils ont le sentiment très fort de rester encore « *la cheville ouvrière* » des services.

« *Gérer la pénurie* » tel est la slogan lancé par mes interlocuteurs. La réflexion autour de la manière de savoir comment faire plus avec moins s'ébauche. Toutefois, il faut reconnaître que sur bien des aspects l'ARTT médical reste difficilement applicable en l'état.

1.2.2 Une réforme difficilement applicable en l'état

L'aménagement et la réduction du temps de travail médical a réduit de 20 à 30 % le temps médical disponible dans les hôpitaux. M. JY DELANOË, directeur de l'hôpital de Lagny-sur-Marne, précise d'ailleurs que les pouvoirs publics n'ont pas alloué les moyens qu'il faudrait « *au sens que les postes accordés, pas assez nombreux, le sont sur trois ans alors que les droits ont été donnés en une seule fois à la totalité du corps médical* »⁵³.

Il ressort de la pratique que les nouvelles modalités de décompte du temps de travail et d'organisation particulièrement chronophages (A) tandis que les hôpitaux n'ont pas vraiment entamé leur phase de réflexion sur la réorganisation des services (B). Les flous entretenus par la réglementation tout autant que l'insuffisance des moyens financiers alloués ont limité les marges de manœuvre des établissements de santé dans la mise en œuvre de la réforme (C).

A) Un nouveau décompte du temps de travail et de nouvelles modalités d'organisation fortement demandeuses de temps médical

Deux modalités expliquent la forte augmentation de demande de temps médical. Il s'agit en particulier de l'intégration des grades dans le temps de travail (a) et de l'organisation médicale en temps continu (b).

⁵³ J-Y. Delanoë, *Hôpital, comment en est-on arrivé là ?*, Le Quotidien du Médecin du 23/01/04

a) *La délicate question de l'intégration des gardes dans le temps de travail*

L'attribution des jours RTT donne aux médecins le droit à vingt jours de congés supplémentaires tandis que le repos quotidien conduit à arrêter toute activité, même non clinique, pendant une durée de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures du médecin. Les effets de contraction du temps médical sont donc très forts dans la mesure où la jurisprudence européenne a imposé l'intégration des gardes dans le temps de travail.

Cette modalité d'organisation conduit à ne plus distinguer entre les périodes de travail de jour et celles de nuit. Il faut désormais ajouter les demi-journées effectuées de nuit dans le calcul des obligations de service. Or celles-ci sont maintenues à dix. Au-delà il s'agit de temps de travail additionnel. On comprend aisément qu'un praticien réalisant une permanence sur place la semaine et une autre le week-end, même en respectant parfaitement le repos quotidien, voit, en pratique, augmenter son temps de travail effectif à défaut de recrutements palliant ses absences réglementaires. Ce constat est renforcé depuis que les internes bénéficient également du repos quotidien. Leurs absences, quand elles sont autorisées par les chefs de service, modifient l'organisation d'un service, limitant leur temps de présence qui est compensé par les « seniors ».

La mise en place de l'aménagement et la réduction du temps de travail médical a donc eu pour effet de créer une scission entre deux catégories de services hospitaliers, ceux assurant des gardes et les autres. Ces derniers sont de petits services. Ils n'assurent pas de garde, au mieux une astreinte opérationnelle, et ne sont que des « PME qui n'ont que peu d'intérêt à diminuer leur activité sauf à fermer boutique » selon l'expression d'un chirurgien rencontré lors de l'enquête précitée. Ces services n'ont que peu de levier à faire jouer pour obtenir des postes. Les chefs de service concernés ont, à ce titre, agité « le risque de paupérisation de leurs services ».

Cependant, les chiffres expriment le besoin des services à garde en terme de praticiens. Une étude menée par la DHOS chargée d'évaluer l'application de l'ARTT médical confirme que, sur 263 établissements identifiés, seuls 47% accordaient aux praticiens, de façon régulière et dans tous les services le repos quotidien tandis que 23% ne l'accordent pas ou très peu⁵⁴. L'URHIF confirme puisque seuls 19% des établissements franciliens hors AP-HP pratiquent intégralement le repos quotidien⁵⁵.

⁵⁴ Eléments tirés de la synthèse nationale d'une enquête menée par la DHOS sur l'application de l'ARTT médical, disponible sur www.sante.gouv.fr

C'est pourquoi, ces mêmes établissements ont, pour 46% d'entre eux des difficultés à assurer les permanences sur place sans recourir à des praticiens étrangers. Le recours à des « mercenaires médicaux » est une réelle inquiétude pour les établissements tant en matière de sécurité que de qualité des soins.

L'organisation d'un service en temps médical continu justifie également une affectation importante de personnel.

b) *Le choix d'un mode d'organisation en temps médical continu*

Le mode d'organisation de certains services en temps médical continu, c'est-à-dire dont le temps de travail est décompté en heures et non en demi-journées, a été décrit par l'arrêté du 30 avril 2003⁵⁶. La circulaire du 6 mai 2003 prévoit la mise en place de ces structures lorsque « *l'intensité et la nature de l'activité sont globalement identiques le jour, la nuit, tous les jours de l'année et lorsque les effectifs de la structure le permettent* ».

83% des services des urgences d'Ile-de-France sont organisés en temps médical continu. En revanche, ce mode d'organisation est beaucoup moins pratiqué en anesthésie (50%) ou en néonatalogie (16%)⁵⁷. Ce ne sont souvent que les urgences qui offrent une taille suffisante. Les patients n'y font qu'un passage et les médecins assurent une prise en charge globale du malade. Les médecins, qui prennent beaucoup de gardes, n'ont pas de réelle clientèle dédiée. Contrairement aux services d'hospitalisation traditionnelle, les services d'accueil des urgences ne sont pas tenus à un suivi individualisé de leurs patients sur une longue durée. Aussi, l'organisation en temps continu est ce qui s'adapterait le mieux à leur fonctionnement selon le chef de service des urgences du CHIPSG. Il explique que « *les médecins devront toujours terminer leurs dossiers le jour même et soulager leur patient au plus vite. Il est donc très fréquent de dépasser ses obligations de service ; instaurer un horaire en heures est une mesure de protection de ces médecins et une reconnaissance de leur travail* ».

⁵⁵ Enquête menée par l'URHIF dans le cadre de sa journée de printemps en juin 2004

⁵⁶ Cette possibilité est ouverte aux seules activités suivantes : anesthésie réanimation, urgences, réanimation, néonatalogie, réanimation néonatale, gynécologie-obstétrique (service réalisant plus de 2000 accouchements par an), article 2 de l'arrêté du 30 avril 2003

⁵⁷ *Ibid.*

Dans beaucoup d'établissements, ces nouvelles modalités d'organisation du travail ont révélé les difficultés déjà existantes de fonctionnement des services assurant de nombreuses permanences sur place. Au CHIPSG, les services des urgences, du SMUR, d'anesthésie réanimation ou encore de pédiatrie et de néonatalogie ont été les seuls bénéficiaires des postes créés dans le cadre de la mise en place de l'ARTT dans la mesure où le nombre de postes médicaux pour assurer une liste de permanence sur place a augmenté en flèche pour s'établir à 6 ou 7 et ce, même si l'ARHIF estime qu'il n'est que de 4,8.

C'est pour cela que sont souhaitées des réorganisations de service.

B) L'émergence d'une réflexion sur les organisations de service

Lors de la présentation de la réforme, le Ministère de la Santé précisait que « *l'intégration de garde dans le temps de travail et le respect du plafond hebdomadaire (...) constituent une petite révolution culturelle et un défi dans l'enjeu est l'amélioration des organisations hospitalières* »⁵⁸. Elle est d'autant plus importante que le temps médical commence à manquer dans certaines structures tandis que la charge de travail s'est alourdie.

Il convient donc de concilier diminution du temps de travail et maintien de l'offre de soins voire son augmentation puisque la mise en œuvre de la TAA obligera dans les années à venir à valoriser au mieux l'activité produite. Il faut reconnaître que de premières réflexions émergent (a) mais qui sont encore bien trop insuffisantes (b).

a) *De premières réflexions intéressantes*

Les établissements sont donc entrés dans une phase de recherche d'économies de temps médical qu'il est possible de réaliser sans remettre en cause la couverture sanitaire.

Les hôpitaux publics se sont engagés progressivement dans cette voie, non sans difficulté, compte-tenu de la réforme de la TAA. Les directions des affaires médicales, avec le corps médical, se sont engagées dans une réflexion pour rechercher des gains en temps médical mais sans qu'il ait été possible de donner l'assurance qu'ils soient réinvestis en terme de recrutements de médecins.

⁵⁸ Document de présentation des principes du protocole d'accord du 21 octobre 2001, *précité*

Il leur faut donc obtenir des informations sur le fonctionnement des services et sur l'utilisation et le suivi du temps de travail des praticiens. Les tableaux mensuels de service ont été réaffirmés comme le moyen de suivre le décompte du temps de travail. Pour les raisons exposées plus haut, fournir des tableaux a été vécu comme « *une agression* » par certains estimant qu'ils n'avaient de comptes à rendre à personne, ni d'explication à fournir concernant l'utilisation du temps médical. Comprenant qu'il s'agit autant d'une mesure de protection que d'un moyen d'établir leur rémunération⁵⁹, les praticiens interrogés dans l'enquête précitée estiment désormais que la direction doit disposer de l'information la plus complète possible. Toutefois, l'enquête de l'URHIF précise que cette pratique n'est répandue que dans 50% des établissements franciliens⁶⁰. La pratique démontre, par ailleurs, que l'inexistence d'un outil informatique de décompte du temps de travail performant est pénalisant pour suivre le temps de travail des médecins. L'analyse des informations peut donc être sujette à erreur en raison d'un décompte manuel de la part des bureaux des affaires médicales.

Etape complémentaire, les tableaux généraux de service doivent servir de base de travail à la COPS et à la direction pour, une année donnée, arrêter des organisations-types de service. Cet exercice est au cœur de la réforme de l'aménagement et la réduction du temps de travail médical. Cependant, « *la formalisation des plannings n'est pas évident pour beaucoup qui n'étaient d'ailleurs pas demandeurs* » explique le Docteur Guy RENO, président de la CME du CHIPSG. Les chefs de service, conscients de la pénibilité de certaines gardes, avaient déjà engagé une réflexion. Il est devenu désormais indispensable de la poursuivre en s'interrogeant sur la nécessité du maintien de listes de garde, sur la possibilité de mutualiser celles-ci entre plusieurs services ou encore d'élargir l'assiette des gardes. A ce titre, le chef d'un service de psychiatrie du CHIPSG estime que cette logique de contraction du temps de travail induit l'obligation pour tous les médecins, et même pour les plus anciens, de continuer à prendre leur tour de garde sauf à trouver des apports extérieurs. Cela est d'autant plus vrai que les pouvoirs publics insistent pour un renforcement de la présence médicale de « seniors » la nuit, ce à quoi un cardiologue, confronté à ce problème répond que « *“la séniorisation” des gardes la nuit est certes une bonne chose mais, à effectif constant, c'est conduire à une “juniorisation” du jour et donc à une diminution de la qualité des soins* ».

⁵⁹ En droit, la rémunération des praticiens est dépendante de la réalisation des obligations de service (service fait) tandis que le temps de travail additionnel réalisé au-delà des obligations statutaires est conditionné à la remise de tableaux mensuels de service.

⁶⁰ Enquête URHIF précitée

b) *Des réorganisations trop peu nombreuses remettant en cause l'esprit de la loi*

Tous les services doivent rationaliser leurs organisations dans la mesure où les demandes de moyens supplémentaires ne seront pas toutes honorées. Force est de constater que les chefs de service n'ont pas tous entamé cette réflexion faute de temps, d'envie ou de méthode. Il n'est pas rare de les voir aborder cette pratique avec réticence car ils craignent que délivrer une information sur leur fonctionnement interne puisse se retourner contre eux. En effet, ils estiment qu'admettre qu'un service lourd fonctionne même avec un effectif limité nuit au final à la reconnaissance de leurs besoins en moyens supplémentaires.

Ils n'admettent pas tous le principe de la démarche. Concernant le fonctionnement interne des services, elle entraîne une réflexion sur l'opportunité de maintenir des présences multiples certains jours. Cela revient à s'interroger sur ses habitudes professionnelles notamment les week-ends. En effet, dans certains services, jusqu'à trois présences les samedis et dimanches matins sont relevées. Or, la réglementation prévoit que les dix demi-journées de présence obligatoire s'effectuent sur onze demi-journées. En conséquence, si accepter trois présences le samedi matin ne posait pas de problème jusqu'à présent, car elles n'étaient pas forcément payées, désormais elles sont comptabilisées dans le temps de travail. Dès lors qu'elles sont effectuées au-delà des obligations de service, elles génèrent du TTA, devant être indemnisé comme tel⁶¹.

L'indicateur relatif au TTA reflète assez bien la tendance menée ou pas par le corps médical pour opérer des changements dans sa façon de travailler. L'existence de TTA conduit à s'interroger sur la bonne utilisation du temps médical alors que les difficultés financières ou la pénurie de personnel ne permettent pas de faire des recrutements. Les directeurs des affaires médicales d'Ile-de-France affirment, à ce titre, que le nombre de permanences de soins supprimées, modifiées ou mutualisées depuis 2002 est assez faible même si de nombreux dispositifs sont discutés dans l'optique de rationaliser et d'optimiser ce temps médical⁶².

⁶¹ Toute période de temps de travail additionnel accomplie de jour est indemnisée sur la base de 300 € pour une période (12h) et de 150 € pour une demi-période (art. 13 A-2 de l'arrêté). Depuis le 1^{er} juillet 2004, toute période de TTA effectuée la nuit, le dimanche ou un jour férié est indemnisée à hauteur de 400€ (450€ à partir du 1^{er} janvier 2005). Cette somme est divisée par deux pour les demi-périodes et le samedi après-midi.

⁶² Conclusion de l'enquête URHIF *précitée*, in C. Lussiez et al., *op. cit.*, p.6

La lenteur du processus implique donc que, pendant une phase transitoire, le corps médical continue à travailler selon des organisations génératrices de TTA. Toutefois, les médecins estiment que ce temps additionnel n'a pas la même portée selon le type de service. « *Cette réforme a mis en évidence que beaucoup travaillaient dur tandis que d'autres ont des rythmes plus réduits. Le contrôle du temps médical est pour cela intéressant mais il faut que cela soit suivi d'effet* » explique un réanimateur. D'ailleurs, contestant le retard et les modalités de paiement, une pétition a ainsi été adressée à la direction du CHIPSG par une partie du corps médical revendiquant, à l'époque, le paiement de ces plages « *en fonction de la pénibilité parfois importante des horaires de certains praticiens qui assurent la continuité des soins auprès de patients qui nous donnent leur confiance* ». La direction estima qu'il n'était pas possible de différencier le TTA effectué par chaque service, sauf à arrêter brutalement des organisations de service, ce qui n'aurait pas correspondu à l'esprit de la loi.

Afin d'éviter la reproduction d'une telle situation, arrêter les organisations de service est essentiel. Clarifier les services générant du temps de travail additionnel est indispensable afin de pouvoir en contractualiser le volume nécessaire au bon fonctionnement du service. L'arrêté du 30 avril 2003 introduit cette nouvelle modalité dont l'objectif est tout autant de préserver la continuité des soins et d'assurer le médecin d'une indemnisation de son temps de travail supplémentaire que d'arrêter le volume de temps additionnel indispensable dans un établissement.

Finalement, au terme de 18 mois de pratique de la réforme, il faut reconnaître que l'application de toutes ces dispositions en même temps a pris de court les structures hospitalières. Nonobstant la mise en place d'une « *démarche concertée* »⁶³, le cadre juridique reste flou ce à quoi s'ajoutent des insuffisances de financement notables.

⁶³ P. Chiché, *L'organisation de la continuité des soins à l'hôpital*, Bulletin Juridique de la Santé Publique, n°65, Sept. 2003, p. 19

C) Un cadre juridique encore flou et une insuffisance de moyens financiers

Malgré la bonne volonté des acteurs, le dispositif juridique (a) et financier (b) a démontré certaines failles qui ont incité à la plus grande prudence dans son application.

a) *Un cadre juridique à crédibiliser*

La réglementation prévoit deux types de modalités de décompte du temps de travail. D'une part, elle prévoit un décompte en demi-journée pour la plupart des services et une organisation en temps médical continu dans laquelle le décompte du temps de travail se fait en heures. Cette distinction pose problème car aucun texte ne prévoit clairement de référence horaire pour la demi-journée. On trouve cependant plusieurs indications. Le protocole du 22 octobre 2001 prévoit que la durée de travail maximale hebdomadaire est de 48 heures et que les obligations de service représentent dix demi-journées. En conséquence, d'aucuns ont pris comme référence pour une demi-journée la valeur de 4,8 heures soit 4h48. La DHOS, quant à elle, a expliqué qu'une demi-période de TTA valait 6 heures. Enfin, plusieurs établissements ont retenu localement un fonctionnement avec des permanences de 10 heures le jour et de 14 heures la nuit.

Cela crée une iniquité de traitement entre les services. S'estimant lésés, deux médecins, rencontrés lors de l'enquête, considèrent qu'il faudrait, à titre expérimental, instaurer un système de pointage pour que les médecins des services organisés en demi-journées trouvent un moyen de prouver leur activité. Un représentant de l'ARHIF ajoute « *qu'on ne va pas pouvoir longtemps continuer à ne pas savoir combien chaque médecin travaille en heures sur une journée au risque qu'ils voient leur rôle et leur présence banalisés et à devenir des "pointeurs"* ». L'URHIF complète cette critique en rappelant qu'il se crée au cœur du corps médical « *deux catégories de médecins ; ceux dont la présence est rémunérée à due concurrence de sa dernière minute réelle et les autres dont les efforts ne feront jamais l'objet, quels qu'ils soient, que du salaire correspondant au niveau de carrière atteint* »⁶⁴.

⁶⁴ C. Lussiez et al. , *op. cit.*, p.10

Par conséquent, la réglementation n'exclut pas, dans une volonté de détermination au plus près des périodes de temps de travail additionnel, une position extrême qui reviendrait à considérer que seuls les médecins participant aux services organisés en temps médical continu seraient éligibles, sur la base du volontariat, aux plages de TTA.

Les insuffisances de financement des différentes mesures ont ajouté à ce constat.

b) *Des insuffisances de financement*

Sur plusieurs aspects cette réforme de l'ARTT médical a prévu une sensible revalorisation des indemnités de gardes appelées désormais indemnités de sujétion. « *Un temps de travail effectué dans le cadre de ses obligations de service hebdomadaires, la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou jour férié* » voit son montant fixé pour les praticiens hospitaliers, les assistants ou encore les attachés à 250 € pour une nuit entière (équivalent à deux demi-journées) ou un dimanche et jour férié et à 125 € pour une demi-nuit ou un samedi-après-midi. En revanche, lorsque les services ont recours à des médecins extérieurs pour assurer ces permanences, le prix est fixé à environ 400 € (depuis le 1^{er} juillet 2004).

Par ailleurs, il convient d'ajouter le temps de travail additionnel réalisé sur la base du volontariat par les médecins de l'hôpital au-delà de leurs obligations de service dont l'indemnité est fixée à 300 € pour toute période travaillée de jour et à 400 la nuit (450 € au 1^{er} janvier 2005).

Aux augmentations importantes de ces indemnités, il faut ajouter la prime des assistants – devant fidéliser ces jeunes médecins à l'hôpital – qui a pesé sur les enveloppes financières reçues de la part des ARH. Sur ce dernier point, il est intéressant de noter que 25% des établissements de santé franciliens ont été contraints de ne pas signer de primes de quatre ans pour les assistants⁶⁵.

Les pouvoirs publics ont également eu conscience de la nécessité de rendre crédible le compte épargne temps en passant le plafond de temps cumulé de sept à dix ans, permettant ainsi à un praticien de pouvoir bénéficier d'un droit cumulé de 18 mois s'il verse la totalité de ses jours épargnables pendant ces dix années. Jusque-là, il faut reconnaître que le principe du compte épargne temps, à l'image de ce qui s'était

⁶⁵ Enquête URHIF *précitée*

passé pour le personnel non médical, n'avait pas entraîné une forte adhésion étant qualifié de « *bombe à retardement* » par une grande partie du corps médical, dans la mesure où le départ des médecins faisant valoir leurs droits au CET ne seront pas forcément remplacés « *accentuant les difficultés de services aux équipes réduites* »⁶⁶.

Le CET apparaît néanmoins comme un moyen pour les établissements de se sortir de situations financières insolubles et pour les médecins de ne pas totalement perdre le bénéfice de congés non pris et de jours travaillés non rémunérés ou non récupérés. Il convient également d'insister sur la nécessité de fiabiliser le système. Si les missions du Fonds pour l'Emploi Hospitalier (FEH) ont été étendues au financement des droits à congés non pris ou épargnés dans un compte épargne temps pour la période de montée en charge progressive des créations d'emplois RTT entre 2002 et 2004⁶⁷, il ressort de l'enquête menée par l'URHIF que 86% des hôpitaux n'ont pas procédé à la provision des crédits à hauteur du nombre de jours total portés sur les CET. Au-delà de cette période, il appartiendra à chaque établissement d'épargner lui-même et on peut désormais s'inquiéter sur les pratiques que suivront les établissements publics de santé après 2005 en matière d'épargne.

Il faut ajouter au titre des insuffisances de financement que faute d'argent, 52% des hôpitaux n'ont pas pu financer de jours RTT en 2003. Un décret du 19 janvier 2004, puis une circulaire du 29 mars 2004, sont intervenus en ce sens. Ils sont relatifs à la méthode de calcul des droits de tirage de chaque établissement sur les enveloppes régionales destinées à l'utilisation des CET des personnels médicaux et non médicaux. Alors que ce financement sera consacré prioritairement à financer le remplacement des médecins ayant épargné des droits dans un compte épargne temps pendant la montée en charge des créations des emplois dits RTT, il est prévu que les crédits accordés pourront permettre, sur décision du chef d'établissement et dans la limite du droit de tirage de chaque établissement, le financement, sous forme de mensualités de remplacement, de jours RTT non épargnés sur le CET ainsi que de plages de temps de travail additionnel effectuées du fait de la réalisation progressive des recrutements RTT⁶⁸. Une telle disposition démontre l'insuffisance des financements accordés pour la mise en œuvre de la réforme.

⁶⁶ Ch. de Batz, F. Lalande, G. Laurand, *op. cit.*, p.50

⁶⁷ Décret n°2004-73 du 19 janvier 2004 relatif au compte épargne-temps dans les établissements publics de santé et circulaire n°2004-147 du 29 mars 2004 d'application du décret du 19 janvier 2004

⁶⁸ *Ibid.*

Enfin, concernant le paiement des premières plages de temps de travail additionnel en 2003, une ambiguïté se manifeste au moment de les indemniser. Alors que le statut de praticiens hospitaliers du 6 décembre 2002 ne semblait pas envisager en prévoyant l'intégration des gardes dans le temps de travail, l'arrêté du 30 avril, la circulaire du 6 mai et l'arrêté du 18 novembre 2003 sont muets sur la répartition des obligations de service entre le jour et la nuit. Cette inflexion réglementaire a permis en 2003 de justifier, en cas d'accord de la COPS, le fléchage de ces plages soit en temps de nuit (à hauteur de 50 € pour le TTA + l'indemnité de sujétion de 250 €), soit en temps de jour (300 €), soit entre la nuit et le jour selon une répartition locale.

De surcroît, l'arrêté du 18 novembre 2003 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 prévoit dans son article 12 que « *lorsqu'un praticien choisit de récupérer ou verser au compte épargne temps une période de TTA, il doit être procédé à la régularisation du montant de l'indemnité de sujétion versée au titre de cette même période* ». Certains syndicats de praticiens hospitaliers, en particulier le SNPHAR, ont vivement regretté cette disposition qui, selon eux, remet en cause l'un des principes forts de la réforme⁶⁹. Ce syndicat menace de ne plus admettre la réalisation de temps de travail additionnel.

La mise en place de la réforme de l'ARTT exige du temps. La culture médicale commence à intégrer que les nouvelles exigences de la directive européenne doivent être interprétées comme une protection des travailleurs.

Cependant, tandis qu'elle se met en place localement dans les établissements, les premiers éléments appliqués ont révélé plusieurs éléments de blocage parfois irréductibles. De nombreux acteurs du monde hospitalier ont à ce titre émis des propositions qui, sans remettre en cause le fond de la réforme, exigent des assouplissements de la réglementation pour ne pas tomber dans des dérives maximalistes.

⁶⁹ N. Smolski, Résultat du sondage relatif à l'application de la directive européenne 93/104 à travers les textes modifiant le statut de PH, Journal du SNPHAR, n°29, Juin 2004, p.13 et s.

1.2.3 Les adaptations techniques proposées doivent trouver un relais au niveau national voire européen

La directive européenne de 1993 est un sujet d'inquiétudes du monde hospitalier français mais aussi européen. La Mission Nationale d'Évaluation de la RTT conduite par M. PIQUEMAL, Président de la Conférence des directeurs de centres hospitaliers généraux, a effectivement reconnu les grandes difficultés rencontrées par les établissements pour mettre en œuvre toutes ces dispositions d'un seul coup⁷⁰.

Si un accord d'assouplissement est intervenu avec les organisations syndicales médicales, les critiques ne sont pas restées vaines. Aussi, dans le cadre du Plan Hôpital 2007, M. Jean-François MATTEI, alors Ministre de la Santé, avait souhaité la mise en place d'une Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH) dont l'un des premiers thèmes d'études fut consacré au temps de travail des médecins (A).

Par ailleurs, sous la pression des établissements de santé, plusieurs instances représentatives du monde hospitalier français et européen ont relayé une volonté d'assouplissement de la directive européenne concernant notamment le repos compensateur après une garde (B).

A) Des expériences de terrain exploitant le flou de la réglementation

La DHOS a souhaité disposer d'une vision chiffrée et exhaustive de la situation des établissements un an après la mise en œuvre des textes relatifs à l'ARTT médical. En juillet 2004, la MEAH a produit un premier rapport d'étape dans lequel elle explique son objectif de « *partager avec les établissements les expériences menées par certains pour organiser et répartir au mieux leurs ressources médicales* »⁷¹.

Au travers des sujets exploités par cette mission, il est intéressant de noter que le développement du suivi du temps médical est un élément fondamental pour que les acteurs de la réforme puissent disposer d'outils d'aide à la décision. A ce titre, la Mission a concentré son attention sur les outils de décompte, de suivi et de

⁷⁰ A. Piquemal, *Mise en place de la RTT dans les établissements de santé*, Rapport de la Mission Nationale d'Évaluation, Oct. 2002, 29 p.

⁷¹ *Temps de travail des médecins et organisation des services*, Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, Rapport d'étape, Juillet 2004, 18 p., disponible sur www.sante.gouv.fr

planification du temps de travail des médecins, sur les expériences de mutualisation et de partage de temps médicaux et enfin, sur la charge de travail des médecins. Son analyse précise que, dans toutes les situations traitées, ce sont les marges de manœuvre laissées par les textes réglementaires qui ont été utilisées.

Concernant le décompte, le suivi et la planification du temps de travail, la MEAH s'appuie sur les expériences menées dans deux hôpitaux français qui ont mis en place des outils informatiques de décompte visant à planifier l'activité médicale des praticiens, à mesurer l'activité effectivement réalisée dans le but de comptabiliser les éléments variables de rémunération comme les indemnités de sujétion et le temps de travail additionnel et à s'assurer du respect des dispositions légales sur le repos quotidien. De tels instruments, une fois acceptés par le corps médical, démontrent leur intérêt dans le suivi régulier de l'activité et des obligations de service.

Toutefois, tous ces outils ne permettent pas de réduire les difficultés énoncées plus haut concernant la différence de traitement entre les services organisés en temps médical continu et les autres. En effet, tous ces logiciels proposent des valeurs forfaitaires d'heures pour une demi-journée. La MEAH d'ajouter que *« ces outils n'auraient pu être mis en œuvre sans un travail préalable de concertation et de précision des textes réglementaires et de chiffrages des règles de décompte »*⁷². Consciente de cette nécessité, la Mission estime tout de même qu'elle permet, à la longue, *« de contourner les risques de cloisonnement que peut engendrer la réglementation entre les types de praticiens »*⁷². Il s'agit donc de s'accorder avec le corps médical sur des règles de décompte claires et partagées par tous afin de gagner du temps dans la comptabilisation du temps médical. L'automatisation du système rend plus sûr la détermination des volumes de ressources médicales mobilisées et objective la recherche de gisements de temps médical et d'économies, le cas échéant.

Pour le reste, la MEAH décrit des systèmes de réflexion autour de la forfaitisation des astreintes ou de mutualisation de temps médical s'appuyant tant sur les marges de manœuvre laissées libres par les textes ou bien sur une concertation longue entre les acteurs de terrain. Cela se traduit dans plusieurs régions par la mise en place de guides du temps de travail qui ajustent, au contexte local, les dispositions réglementaires.

⁷² *Ibid.*, p.7

Malgré des réussites locales, les différentes fédérations hospitalières européennes estiment nécessaires d'apporter des inflexions à la directive de 1993.

B) La revendication d'un assouplissement des dispositions de la directive européenne de 1993

Tous les pays européens ne sont pas allés aussi loin dans l'intégration de ces dispositions. Le Royaume-Uni a même utilisé le régime de « l'opt-out »⁷³, c'est-à-dire la renonciation individuelle à la durée maximale du travail. En effet, suite à l'arrêt SIMAP en 2000⁷⁴, certains Etats ont vu dans cette pratique un moyen de contourner les contraintes créées par la jurisprudence en permettant aux médecins, sur la base du volontariat, de continuer à pratiquer des horaires de travail supérieurs à 48 heures par semaine. La France, en revanche, l'a très peu utilisé assurant un niveau de protection supérieur à celui imposé par la directive. Elle a effectivement modifié le statut des praticiens hospitaliers en posant la limite de 48 heures hebdomadaires comme absolue. Les médecins peuvent néanmoins accomplir, sur la base du volontariat, un volume de temps de travail additionnel rémunéré au-delà de leurs obligations de service, dont les syndicats de médecins souhaitent qu'il soit le plus faible possible.

Devant l'insatisfaction des pays membres concernant l'application de la directive européenne 93/104, la Commission Européenne a lancé une vaste consultation pour évaluer et mesurer l'impact de cette réglementation et de la jurisprudence concernant la définition du temps de travail⁷⁵. La Fédération Hospitalière de France au travers le collectif HOPE, regroupant 14 fédérations hospitalières européennes, a plaidé pour un assouplissement de l'interprétation donnée par le juge de la durée du temps de travail. A défaut d'assouplissements, ces fédérations estiment que la continuité des soins et la sécurité des malades seraient remises en cause. Parmi les propositions, il peut en être citée deux qui répondent aux difficultés de terrain.

D'une part, HOPE exige la redéfinition du temps de travail. Le fait que les périodes de sommeil entre deux appels – même si les médecins sont contraints d'être

⁷³ Art. 18.1 (b)(i) de la directive 93/104/CE

⁷⁴ Cf *supra* : partie 1.1.1

⁷⁵ Commission Européenne, *Communication de la Commission au Conseil, au Parlement Européen, au Comité Economique et Social Européen et au Comité des Régions concernant le réexamen de la directive 93/104/CE*, Décembre 2003, p.6

sur place – fassent partie intégrante du temps de travail, diminue un peu plus le temps disponible. A ce titre, le collectif européen demande que le temps de sommeil ne soit plus inclus dans le temps de travail effectif qui, lorsqu'il « *intervient au cours d'une permanence pourrait faire l'objet d'une indemnisation particulière sans pour autant être inclus dans la limite des 48 heures hebdomadaires* »⁷⁶. Les gouvernements allemands et britanniques estiment que si la jurisprudence JAEGER était confirmée le besoin en médecins doublerait pour un coût de plusieurs millions d'euros. L'infléchissement de la jurisprudence conduirait à distinguer entre les gardes lourdes et les plus légères et de répondre par-là même aux difficultés qui sont survenues au moment du paiement du TTA 2003. Plusieurs établissements trouveraient également un moyen de justifier la remise en cause de listes de garde.

D'autre part, HOPE souhaite maintenir « l'opt-out » c'est-à-dire la faculté pour chaque médecin d'opter pour une durée de travail supérieure à 48 heures hebdomadaires sur la base du volontariat. Cette demande répondrait notamment aux demandes de certains médecins de pouvoir travailler au lendemain d'une garde pendant une durée limitée. Elle aurait l'avantage pour ces praticiens de d'assurer un suivi personnalisé des patients, notamment admis la nuit dans un service. La transmission serait ainsi améliorée. De surcroît, cela validerait ce qui se passe dans de nombreux services où le médecin, ayant assuré sa garde, reste bien souvent à l'hôpital sans assurer d'activité clinique (bibliographie, recherche, cotation...) mais en se tenant prêt à intervenir en cas de problème.

Les syndicats de praticiens sont particulièrement réticents à ces évolutions estimant qu'il s'agirait d'une remise en cause fondamentale des principes de la directive européenne même s'ils pâtissent des difficultés de recrutements que connaissent les établissements. La Commission est, elle aussi, réticente à cette solution rappelant dans sa communication les effets nocifs pour la santé et la sécurité des travailleurs de « l'opt-out ». Elle s'inquiète également du recours à des solutions moins protectrices notamment par le biais des médecins non salariés et non couverts par la directive qui entend protéger les travailleurs contre une trop grande flexibilité des organisations ⁷⁷.

⁷⁶ Lettre de la FHF n°6, Juin 2004, p.12

⁷⁷ Commission Européenne, *op. cit.*, p.23

Le 22 septembre dernier, la Commission Européenne a finalement proposé une évolution notable de la directive au terme d'une longue période de consultation de tous acteurs concernés. Elle prévoit :

- ✓ que la faculté de ne pas appliquer à des cas individuels la durée maximale hebdomadaire de travail resterait possible (« opt-out ») mais serait mieux encadrée afin d'éviter les abus.
- ✓ que les Etats membres pourraient étendre de quatre mois à un an la période de référence servant au calcul de ces 48 heures hebdomadaires de travail
- ✓ que le temps de garde durant lequel aucun travail n'est exercé ne serait pas comptabilisé comme temps de travail et le repos compensateur serait accordé dans un délai de 72 heures.

La Commission présente ses propositions comme « *un ensemble équilibré qui préserve l'objectif de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs tout en répondant aux besoins d'une économie européenne moderne* »⁷⁸. Au premier rang des évolutions, se trouve l'introduction d'une nouvelle catégorie de temps de garde avec « *la période inactive du temps de garde qui est celui durant lequel le travailleur, bien que disponible sur son lieu de travail, n'exerce pas ses fonctions. Ce temps ne sera comptabilisé comme du temps de travail sauf législation nationale contraire* »⁷⁹

Sous réserve de confirmation par les autres instances européennes d'une évolution notable de la directive à laquelle la SNPHAR n'a pas tardé à réagir. Il explique son très fort mécontentement face à cette mesure qualifiée de « *rétrograde au plan social* » et qui ne serait que la conséquence de la mauvaise anticipation de l'application de la directive de 1993.

En attendant la confirmation de ses propositions qui obligeront, en France, à une modification des statuts des médecins, la réforme de l'ARTT médical conserve son objectif de permettre un débat entre corps médical et directions autour des réorganisations de services et des mutualisations de moyens.

C'est le choix unique qui s'offre au Centre hospitalier intercommunal de Poissy / Saint-Germain-en-Laye. Sa situation unique en terme de potentialités médicales doit lui permettre d'aborder cette réforme avec plus de certitudes que d'autres établissements publics de santé.

⁷⁸ Communiqué de la Commission Européenne du 22/09/04 repris sur : www.apm.reuters.fr

⁷⁹ *Ibid.*

2. LES CHOIX DU CHIPSG POUR DEPASSER LES BLOCAGES LIES A L'AMENAGEMENT ET REDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL MEDICAL MILITENT POUR LA MISE EN PLACE D'UN VERITABLE MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES MEDICALES

Le Centre hospitalier intercommunal de Poissy / Saint-Germain-en-Laye est dans une situation particulière. Il est issu d'une fusion entre deux établissements de santé faisant de lui le premier établissement en taille de la région Ile-de-France après l'AP-HP. Pour différentes raisons, les restructurations n'ont pas été menées à leur terme créant un flou autour de son avenir.

L'ARTT médical apparaît comme un levier de changement important. Dans ses objectifs, elle oblige les établissements à mutualiser du temps médical. Même s'il est confronté à certaines des contraintes levées par cette réforme, au regard de l'importance de ses ressources médicales, le CHIPSG dispose en lui-même des solutions pour faire face à une réduction du temps de travail.

C'est pourquoi, la réforme de l'ARTT médical est un élément indissociable de la politique stratégique de l'hôpital dans laquelle le corps médical doit assumer ses responsabilités (2.1). Révélant également l'inexistence d'une réelle gestion des ressources humaines médicales, l'ARTT médical oblige à développer une culture locale du management (2.2).

2.1 La réforme de l'aménagement et réduction du temps de travail médical est un élément indissociable de la politique stratégique du CHIPSG

Après avoir démontré la spécificité de la situation du CHIPSG face à l'ARTT médical (2.1.1), il sera étudié en quoi le renouvellement du dialogue avec le corps médical induit par cette réforme est un enjeu fondamental de la relance du projet médical du CHIPSG (2.1.2).

2.1.1 Le CHIPSG, établissement fragile, face à l'enjeu stratégique de l'ARTT médical

Premier établissement en taille de la région Ile-de-France, le Centre hospitalier intercommunal de Poissy / Saint-Germain-en-Laye est un établissement puissant mais dont l'avenir a longtemps été flou (A). La mise en œuvre de la réforme de l'ARTT médical est apparue comme un facteur dynamisant de la politique stratégique de l'établissement (B).

A) Le paradoxe de la situation du Centre hospitalier de Poissy / Saint-Germain

Le CHIPSG est dans une situation paradoxale. Il traverse une crise de confiance depuis les années 2000 qui pèse sur ses performances (a) alors qu'il bénéficie de potentialités importantes (b).

a) *Un établissement en crise de confiance*

La fusion dont est issu le Centre hospitalier intercommunal de Poissy / Saint-Germain-en-Laye n'a pas rencontré tous les espoirs placés en elle. Ainsi, la presse régionale et nationale s'est-elle fait l'écho des difficultés de cohabitation entre les deux sites du CHIPSG. Au travers des quelques « Unes » suivantes, il est aisé de marquer les différentes phases de l'histoire commune des deux hôpitaux : « *Hôpital : la fusion en marche* » en mai 1997, « *Quand la fusion porte ses fruits* » en décembre 1997, « *Kouchner pense les plaies* » en juillet 1998, « *On a fini de jouer !* » par Michel PERICARD⁸⁰ en décembre 1998, « *Deux sites jumeaux, un seul pôle mère-enfant* » en avril 2000, « *Vers une fusion équilibrée* » en janvier 2001, « *L'hôpital de Saint Germain va-t-il disparaître ?* » en février 2002, « *La piste du site unique confirmée* » en juillet 2002, « *Les urgences ne sont plus assurées la nuit à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye* » en octobre 2002, « *Un nouvel hôpital à l'horizon 2010* » en avril 2003, « *Où construire le futur pôle d'excellence* » en juin 2003, « *Le troisième hôpital remis en cause* » en septembre 2003, « *La maternité de Saint-Germain ferme ses portes* » en décembre 2003, « *L'hôpital [de*

⁸⁰ Maire de Saint-Germain-en-Laye

Saint-Germain] *reste... mais amputé* » tandis que « *Un hôpital moderne va être construit à Poissy* » en juin 2004⁸¹.

La lecture de ces titres permet d'illustrer les fluctuations autour de cet hôpital dont la zone d'influence couvre un bassin de population de près de 700 000 habitants. Les enjeux politiques sont apparus très forts dans ce dossier. M. le Docteur RENO, Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du CHI, le souligne : « *les établissements regroupés [en Ile-de-France] ont maintenu deux sites d'hospitalisation* » et ajoute qu'il faut « *s'interroger sur la pertinence de ces opérations qui ne répondent pas à une logique médicale mais constituent des compromis de nature politique* »⁸².

Pour le directeur du CHIPSG, M. Marc BUISSON, trois blocages ont cristallisé la progression de l'hôpital : un blocage politique, un blocage immobilier à l'issue de la première phase du projet médical et un blocage du corps médical.

A ce titre, une étude de 2001 de M. Michel CREMADEZ, consultant et professeur à HEC, menée pour le compte du CHIPSG confirme le rôle pris par une partie du corps médical. Selon lui, « *l'un des élus a cédé aux pressions exercées par des professionnels* ». Alors que « *les fusions [avaient] eu au moins le mérite de rapprocher les équipes médicales d'établissements voisins, souvent concurrentiels* »⁸³, une scission entre les communautés médicales de Poissy et de Saint-Germain est apparue tant et si bien qu'une partie de la communauté médicale est allée jusqu'à être reçue directement par le Cabinet du Ministre pour remettre en cause un projet de site unique validé par les instances. « *C'est une spécificité francilienne* » confirme un conseiller technique du Directeur de l'ARHIF qui constate à regrets de telles pratiques susceptibles de mettre à mal une dynamique d'établissement⁸⁴.

De telles hésitations sur l'avenir d'un établissement sont néfastes sur le moral des personnels. Démotivés et déboussolés, ceux-ci perdent confiance dans l'avenir tandis que l'établissement hypothèque ses chances de pouvoir jouer ses atouts. C'est d'autant plus vrai dans une région où la forte concentration de centres de santé publics et privés,

⁸¹ Articles issus du *Journal de Saint-Germain-en-Laye* (municipal), des *Nouvelles de Poissy* (municipal), du *Courrier des Yvelines* (département), du journal *Le Parisien* (région), du *Quotidien du Médecin* (national)

⁸² G. Renou, *Les impératifs d'une restructuration hospitalière en Ile-de-France*, in *Le Quotidien du Médecin* du 11/09/01

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ Déclaration faite dans le cadre de l'enquête menée pour cette étude

qui se livrent une très forte concurrence, se fait ainsi au détriment de l'hôpital qui n'arrive pas à se réformer.

b) *Des potentialités médicales encore importantes*

Malgré tout, le potentiel du CHIPSG reste fort grâce à une offre médicale diversifiée et de qualité qui lui a permis d'être l'un des seuls centres hospitaliers généraux classés à plusieurs reprises dans les classements des hôpitaux publiés dans la presse grand public. Depuis juin 2004, la communauté médicale s'est accordée sur un nouveau projet médical dont l'impact est tel que l'ARHIF l'a placé comme élément majeur du SROS de 3^{ème} génération pour le département des Yvelines.

Les incertitudes liées à l'avenir de l'établissement ne l'ont pas empêché de poursuivre certains objectifs prioritaires et essentiels pour son avenir. Conformément au premier projet médical, le regroupement de la maternité sur un seul site a été réalisé afin de répondre de manière plus efficace aux besoins de la population, ce qui a permis notamment de réaliser des économies de temps médical la nuit pour les réaffecter le jour. Le CHIPSG a également mené avec succès sa phase d'accréditation en l'obtenant de l'ANAES en 2002 avec une simple réserve. L'adhésion du personnel a été entière et la motivation de mener à bien un tel objectif a permis en son temps de poursuivre la mobilisation du personnel non médical.

En ce qui concerne le personnel médical, le président de la CME, M. le Docteur RENOUE estime que la principale conséquence des fusions est de permettre d'atteindre « *une masse critique idéale* »⁸⁵. Pour ce qui est du Centre hospitalier intercommunal de Poissy / Saint-Germain-en-Laye, cette masse critique de médecins semble exister puisque, on recense près de 233 ETP de praticiens hospitaliers temps plein, temps partiel et contractuels auxquels s'ajoutent 45 assistants, plus de 380 demi-journées de praticiens attachés et 137 internes et « faisant fonction » d'internes (FFI). L'établissement, au regard de son importance, assure également une offre de soins continue grâce à une forte présence médicale sur place 24 heures sur 24 pour répondre au mieux aux besoins de la population du bassin de vie.

Par ailleurs, le fait que le CHIPSG reste un centre de référence dans plusieurs disciplines hospitalo-universitaires a motivé les praticiens hospitaliers à rester à l'hôpital.

⁸⁵ G. Renou, *op.cit.*

Il n'y a pas eu de fusion pure et simple de services assurant le même type d'activités sur un seul site en raison de la volonté de poursuivre la délivrance de soins de proximité à Poissy et à Saint-Germain en attendant la finalisation du deuxième projet médical.

En revanche, le projet d'établissement a prévu la mise en place progressive de chefferie de service unique, quasiment achevée aujourd'hui. Placer un chef de service à la tête des deux services capable de fédérer les équipes médicales de chaque site autour d'un projet de service unique est apparu essentiel pour la cohérence de la politique de l'établissement en matière d'offre de soins.

La fusion n'a pas réussi à optimiser complètement la recherche des synergies et des complémentarités entre les deux sites hospitaliers. Pour autant, elle a permis le rapprochement d'une partie des deux communautés médicales. Au moment où la réforme de l'aménagement et de la réduction du temps de travail médical accélère le mouvement de contraction du temps médical, il convient d'aller plus loin et le corps médical devra participer à ces profondes restructurations.

B) La mise en place de l'ARTT médical confirme une nouvelle dynamique au CHIPSG

L'ARTT médical apparaît dans sa globalité comme un moyen de lever l'un des facteurs de blocage de la fusion à savoir les réticences du corps médical. Elle doit permettre de convaincre les médecins de la nécessité de se restructurer et que le CHI est en position de le faire. C'est pourquoi, l'ARTT doit être vu autrement que comme une contrainte (a) même dans un contexte financier délicat pour l'établissement (b).

a) *L'ARTT doit être vu autrement que comme une contrainte*

L'ARTT médical n'intervient pas dans le même contexte au CHIPSG que dans les autres établissements de santé français. Certes, le déficit de moyens humains se fait ressentir dans les spécialités les plus sinistrées comme l'anesthésie. En revanche, la « *masse critique* » dont parle le président de la CME existe dans plusieurs disciplines dans la mesure où la fusion des deux établissements de santé de même taille tant en lits qu'en personnels a été réalisée sans une remise en cause substantielle du tableau des emplois.

Cependant, le rapprochement des services n'a pas toujours été possible. En ophtalmologie ou en cardiologie, l'existence de doublons sur chaque site éclate les effectifs et pèse sur le bon fonctionnement des services concernés. C'est d'autant plus vrai que les médecins du CHIPSG assurent de très nombreuses lignes de gardes. L'intégration des gardes dans le temps de travail et l'obligation de respecter le repos quotidien, en particulier, pèsent sur le temps de travail médical disponible. A effectif constant, la non mutualisation de ces listes de gardes ainsi que la non-réorganisation du fonctionnement des services conduisent aux mêmes effets que dans l'ensemble des établissements de santé français, à défaut de recrutements suffisants. La direction a fait porté ses efforts sur cet enjeu lors de l'affectation des crédits ARTT sans que cela ait toujours porté ses fruits.

L'incertitude sur l'avenir de l'établissement a pu créer une défiance entre les communautés médicales de Poissy et de Saint-Germain et ce malgré les fusions de services. Beaucoup se sont inscrits dans une logique de site et donc d'opposition. Ces crispations ont entretenu une sorte de statu-quo néfaste. L'ex-commission des gardes et astreintes avait pourtant plusieurs fois porté ses efforts sur la réorganisation des listes de gardes et procéder à des mutualisations de moyens...sans réussite particulière.

L'arrivée de l'ARTT change la donne. Le corps médical du CHIPSG le plus réticent se trouve confronter à un nouvel élément qui oblige à réfléchir à de nouveaux modes d'organisation dans la mesure où l'ensemble des crédits ARTT ont été affectés à des services en crise dont l'existence sur les deux sites ne pouvaient être remise en cause comme les urgences, les SMUR, les réanimations et le pôle mère-enfant, vitrine du savoir-faire de l'hôpital. En conséquence, le discours institutionnel et stratégique de l'établissement insiste sur la chance que représente le fait d'être deux et non seul pour faire face à cette contraction du temps médical.

Pour la direction, le levier que constitue l'ARTT médical est très important pour mettre à plat l'ensemble du système afin de rechercher, d'une part, les économies en temps médical pour permettre l'application la plus satisfaisante possible de la réforme et d'autre part, pour renforcer les coopérations entre services et mettre fin à certaines déviations. Cette volonté se fait encore plus pressante dans un contexte de difficulté financière.

b) Une réforme qui intervient dans un contexte de difficulté financière

La montée en puissance de la tarification à l'activité a mis en évidence les difficultés financières des hôpitaux d'Ile-de-France. La presse s'est tout dernièrement fait

l'écho de la pratique de nombreux établissements du report de charges tant et si bien que 200 millions d'euros seraient nécessaires pour renflouer les caisses de ces seules structures franciliennes⁸⁶. De plus, le changement de tarification des établissements oblige à avoir une base budgétaire saine pour permettre qu'elle porte les effets escomptés. A ce titre, M. DOUSTE-BLAZY a confirmé que l'Etat s'engagerait à « *remettre les compteurs à zéro* » en dégageant des moyens financiers pour réduire les reports de charge⁸⁷.

En Ile-de-France, cette démarche s'est traduite par la mise en œuvre d'un programme de retour à l'équilibre financier. Il s'adresse « *aux établissements franciliens dont la situation financière actuelle ou prévisionnelle intégrant la montée en charge de la tarification à l'activité justifie des mesures internes significatives de retour à l'équilibre financier en contre-partie d'une aide financière de l'ARH* »⁸⁸.

Autrement dit, la tutelle a souhaité conditionner le versement d'une enveloppe financière aux efforts réalisés par chaque établissement pour faire des économies. En effet, beaucoup des difficultés financières existantes sont structurelles et le simple apurement des comptes ne résoudrait rien. Il est intéressant de noter que l'ARHIF pose au premier rang des mesures à conduire celles relatives au temps médical. Elle en liste plusieurs qui portent sur l'organisation de la permanence des soins et de l'activité médicale. Concernant l'organisation de la permanence des soins, l'ARHIF estime ainsi que chaque établissement doit s'orienter vers un travail d'analyse précis de l'opportunité des permanences, de la gestion des plages additionnelles et de l'adaptation des effectifs à l'activité réelle des services.

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical, le Centre hospitalier intercommunal de Poissy / Saint-Germain-en-Laye a souhaité s'inscrire dans cette logique. L'ARTT médical et les mesures de réduction des déficits sont au cœur de la stratégie de l'établissement qui entend conserver la meilleure offre de soins de la population mais en s'appuyant sur le seul critère du « *médicalement utile* ». C'est pourquoi, le Comité de pilotage entend prendre ses responsabilités à très court terme et donner un coup d'accélérateur pour faire avancer la question des gardes et astreintes et celle du temps de travail additionnel.

⁸⁶ *Le Parisien* du 13/09/04

⁸⁷ Discours du Ministre de la Santé et de la Protection Sociale, lors du congrès Hôpital-Expo, 25 mai 2003, disponible sur www.sante.gouv.fr

⁸⁸ ARHIF, *Guide méthodologique relatif à l'élaboration, mise en œuvre et suivi d'un plan de retour à l'équilibre financier*, Juillet 2004 : disponible sur www.parhtage.fr

Amorcée depuis plusieurs mois par la direction et la COPS, l'analyse ne peut pas porter uniquement sur des critères objectifs. Les habitudes de travail, l'enjeu financier que représentent les gardes dans la rémunération des médecins et encore la volonté de protéger un avantage acquis ne sont plus des arguments suffisants pour justifier un refus de remettre en cause telle liste de garde ou telle organisation de service.

A titre d'exemple, plusieurs services du CHIPSG ont recours depuis plusieurs années à des médecins extérieurs ou à des FFI pour participer aux listes de gardes. Même si cette pratique est réglementairement prohibée depuis l'arrêté du 18 novembre 2003, elle perdure conduisant à verser des indemnités de sujétion à hauteur de 400 € au lieu de 250 € s'il s'agissait de médecins du service tandis que cela multiplie les astreintes de sécurité pour seconder ces médecins qui n'ont en principe pas le droit d'exercer seuls en France. De la même façon, le manque de visibilité sur les organisations de service et le défaut d'outils de suivi n'ont pas permis de limiter le temps de travail additionnel qui a été détourné de sa finalité initiale. Malgré les avertissements de la direction, l'enveloppe de TTA a été complètement utilisée au paiement de ce temps sans rechercher les causes réelles de ce besoin d'heures supplémentaires.

Cette fuite en avant dans la demande de moyens supplémentaires n'est plus acceptable dans un établissement qui doit faire face à des difficultés financières et à la mise en place d'une réforme conduisant à réduire le temps médical.

Aussi la direction de l'établissement a-t-elle choisi de mettre le corps médical face à ses responsabilités et de renforcer le dialogue avec lui au sein notamment de la COPS dont le rôle a évolué avec l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation sur le temps de travail médical. Il s'agit d'une modification substantielle demandée au corps médical que de s'engager dans une démarche d'analyse et de contrôle de sa propre organisation. Il est aidé en cela par la direction des affaires médicales dont le rôle a profondément évolué depuis deux années.

2.1.2 L'ARTT médical s'appuie sur un nouveau mode d'approche des relations entre corps médical et direction

De façon à contourner les pressions éventuelles, la direction bénéficie désormais d'un nouveau levier de changement qui doit encourager le corps médical à prendre ses responsabilités face à la diminution du temps médical. La direction des affaires médicales

et la COPS se sont accordées sur une méthode d'analyse des tableaux de service la plus poussée possible afin que la prise de décision par le corps médical en soit facilitée (A).

Il conviendra ensuite de préciser que les facteurs-clefs de succès sont d'une part une évolution du positionnement de la COPS (B) et d'autre part, l'adhésion des chefs de service à la démarche (C).

A) L'élaboration d'une méthode d'analyse fondée sur des outils d'aide à la décision

En 2003, le CHIPSG a versé une somme de 640 K€ pour l'indemnisation du temps de travail additionnel. Il s'agit de ce fait de recrutements qui n'ont pas pu être réalisés. Pour toutes les raisons qui ont été exposées plus haut, il n'avait pas été possible de s'accorder sur les services devant en bénéficier tandis qu'aucune adaptation des listes de gardes n'avait été approuvée par la communauté médicale.

Conscient du potentiel du CHIPSG en terme de temps médical, la direction des affaires médicales, avec l'aide de la COPS, a construit un outil d'analyse des tableaux généraux de service (a) en fonction d'indicateurs simples (b) afin de calculer au mieux le temps médical nécessaire au fonctionnement des services. C'est au terme de cette analyse de données objectives que la COPS statuera, permettant à la direction de contractualiser sur le TTA, de manière expérimentale dans un premier temps (c).

a) *Le mise en place d'un outil d'aide à la décision*

Le principe de base est simple : il s'est agi de comparer **le temps nécessaire** au fonctionnement du service issu des informations délivrées par les chefs de service avec **le temps disponible** établi en fonction des effectifs du service. Le résultat mathématique obtenu correspond à un nombre de demi-journées (ou d'heures pour les services en temps médical continu) dont le service manque ou bénéficie en plus pour faire fonctionner le service.

Concernant le temps nécessaire, la conception d'un tel outil de suivi oblige à obtenir l'information la plus précise possible. Ce tableau dépend du nombre de demi-journées de présence de jour en période normale (hors garde) auquel il faut ajouter les éventuelles demi-journées effectuées en garde. L'addition de ces chiffres donne un nombre total de demi-journées de temps médical nécessaires au fonctionnement sur une semaine qui intègre les présences de week-end. Il convient de le multiplier par le nombre de semaines pour lesquelles le service fonctionne ainsi.

Toutefois, il est acquis que les services hospitaliers ne fonctionnent pas tous à 100% pendant toute l'année. Il existe en effet des périodes où l'activité est réduite. Ces périodes appelées « mode dégradé » doivent faire l'objet d'une attention très particulière.

Les nombreuses discussions que nous avons eu avec les chefs de service démontrent qu'ils ont parfois des difficultés à identifier ces périodes et le temps médical nécessaire. Cela revient aussi pour eux à reconnaître que le service peut fonctionner avec un temps médical limité pendant certaines périodes. L'effort pédagogique doit porter sur le fait que ce tableau n'est pas un audit permettant de faire émerger des demandes de personnel supplémentaire mais d'avoir une vision la plus transparente de ce qui est effectivement réalisé et nécessaire, le cas échéant, dans une structure hospitalière. En pratique, les services ont recouru au « mode dégradé » entre 8 et 15 semaines par an. Les médecins disposant de 45 jours de congés par an, soit 9 semaines, on peut estimer que ce mode dégradé correspond aux vacances scolaires dont on s'aperçoit, en pratique, qu'elles entraînent des fermetures de consultations voire de services d'hospitalisation de jour ou de semaine. A défaut d'information plus précise, ce chiffre a été retenu pour pratiquer l'analyse.

Le temps disponible est calculé en multipliant le nombre d'ETP par le nombre de demi-journées statutaires annuelles, soit 414. Une attention particulière est bien évidemment portée à cet effectif. Il doit être en adéquation entre celui qu'utilise réellement le service et le tableau de suivi des emplois dont dispose la direction des affaires médicales. Il convient d'intégrer tous les praticiens qui ont bénéficié de la réforme de l'ARTT et notamment les praticiens attachés qui, depuis 2003, peuvent générer eux aussi du TTA. En revanche, si les internes ne sont pas pris en compte dans le calcul, la question de savoir si les FFI doivent être intégrés dans les effectifs se pose. En effet, ces médecins étrangers, dont le diplôme n'est pas reconnu en France, sont en principe placés sous la responsabilité d'un PH du service mais assurent bien souvent le rôle d'assistant dans les services. Le choix a été fait de les intégrer dans le calcul sauf refus exprès d'un chef de service.

Tableau d'analyse des tableaux de service

→ Calcul du temps nécessaire :

Présences médicales en service normal de jour et par semaine (en ½ j.)	Nombre de permanences par semaine (en ½ j.)	Validité « Mode dégradé » (nbre de semaines)	Tps nécessaire (en ½ j.)
A (avec samedi matin) A1 : en période normale A2 : en mode dégradé	B (avec dimanche matin)	C C1 : en période normale C2 : en mode dégradé	D = (A+B) x C

Se décline en fonction de l'activité du service:
A = A1 + A2

Le décompte des présences prend en compte le respect du repos quotidien

Le total de **C1+C2 = 52** en semaines travaillées dans l'année

dont a été ôté le temps réalisé par les médecins extérieurs au service

ainsi que les présences de week-end systématiquement récupérées

→ Calcul du temps disponible :

ETP pris en compte dans le calcul du temps disponible	Temps disponible (en ½ j.)
E = Tableau de suivi des emplois (TSE)	F = E x 414

→ Conclusion au regard du tableau de service

Bilan (en ½ j.)
G = F - D

exprimé également

- en ETP : **H = G / 414**
- en plages TTA : **J = H x 207**

b) *Indicateurs complémentaires de gestion du temps de travail*

Nombre de permanences, d'astreintes et de déplacements en astreinte assurés par les médecins du service

Cela va permettre de déterminer la charge de travail de nuit et de proposer le cas échéant des transformations de gardes en astreintes ou une forfaitisation des astreintes dès lors que le nombre de déplacements est très important lors de chaque astreinte.

Pourcentage de permanences sur place effectuées par des médecins extérieurs et des FFI

Le président de la commission de l'organisation et de la permanence des soins a souhaité que soit décompté du **temps médical** nécessaire le nombre de permanences de nuit effectuées **par des médecins extérieurs**. Cette information, aisément disponible en consultant les listes de garde, revêt une triple nature. D'une part, elle démontre que ce ne sont pas toujours les médecins du service qui effectuent les gardes sur place. Le recours à des mercenaires est fréquent dans certaines disciplines dans la mesure où l'assiette des médecins du service participant aux listes de gardes est trop faible. D'autre part, cela justifie le fait que les médecins du service inscrits sur les listes de garde doivent respecter une phase de repos quotidien de 11 heures. Enfin, le fort pourcentage de médecins extérieurs, au-delà de l'impact sur la qualité des soins, oblige non seulement à une rémunération plus importante de ces vacations (400€ au lieu de 250€) et à mettre en place des astreintes de sécurité au coût également important.

Pourcentage des présences de week-end récupérées

La pratique hospitalière conduit les praticiens à suivre leurs patients les samedis et dimanches matins. Si le samedi doit être inclus dans les obligations de service, il n'en est pas de même pour le dimanche matin. Selon la réglementation, les médecins sont tenus à dix demi-journées de travail réparties sur onze possibles, samedi inclus. Les entretiens avec le corps médical ont démontré l'importance de cette présence qui devrait faire néanmoins l'objet d'une récupération. Lorsque c'est le cas, nous l'avons soustraite du temps médical nécessaire. Concernant le dimanche matin, la direction des affaires médicales a considéré qu'il s'agissait d'une permanence et en tout état de cause, elle vient augmenter le temps nécessaire. La COPS a statué sur « la nécessité médicale » des présences de samedis et dimanches matins mais elle contraint les services non à garde à récupérer ces deux présences ou à les faire faire par un praticien à temps partiel dans le cadre de ses six demi-journées statutaires.

Nombre de postes vacants dans le service, motifs de ces vacances et formulation d'une demande de poste

S'appuyer sur un tel critère permet de s'interroger sur les motifs d'une vacance de poste et sur la nature des postes vacants. Il est effectivement plus intéressant de recruter un médecin plutôt que de payer du temps de travail additionnel beaucoup plus cher. Ce critère va mettre en évidence la pénurie et les absences de personnel médical rencontrées par un service pendant une année donnée.

Il pourrait être utile de le rapprocher du nombre de lits ouverts et fermés ainsi que la durée moyenne de séjour dans un service pour avoir une idée de la charge de travail du service durant l'année étudiée mais aussi des demandes qui sont exprimées devant la commission des effectifs médicaux (CDEM) dont la mission est de statuer sur le devenir des critères alloués pour le recrutement de médecins. D'ailleurs, depuis 2004, cette commission a admis de se prononcer sur le devenir de tout poste vacant dans la structure hospitalière.

Bilan du temps de travail réalisé l'année n-1

Le TTA réalisé en 2003 sera comparé aux résultats obtenus. Cela permet d'avoir un indicateur pertinent de comparaison de l'organisation du service d'une année sur l'autre. Il permet de dégager des tendances quant aux effectifs ou au respect du repos de sécurité.

Solde des congés annuels / RTT de l'année n-1

Il a été récemment intégré un nouvel item relatif au solde des congés annuels / RTT de l'année n-1. Le bilan TTA 2003 a été élaboré en diminuant du nombre de pages déclarées le solde de CA / RTT non pris à l'issue de l'année. En effet, dans la mesure où les praticiens ne prennent pas tous leurs jours de congés, ils ont tendance à générer naturellement du temps de travail additionnel puisqu'ils travaillent à des moments où ils pourraient être absents⁸⁹. Cependant, nous nous sommes rendus compte que des pratiques divergeaient selon les services pour ce qui est du remplissage des tableaux nominatifs de service. Pour ce qui est des récupérations, certains chefs de service inscrivent la mention « récupération » tandis que d'autres inscrivent « CA » ou « RTT ».

⁸⁹ Notons que ces jours ne sont pas perdus car automatiquement épargnés sur le compte épargne temps, quand les praticiens en ont ouvert un, ce qui est massivement le cas des praticiens du CHIPSG.

Au final, la modalité de comptabilisation du TTA retenue en COPS pénalise les premiers cités ; le nombre de CA/RTT restants étant importants, il diminue d'autant le nombre de plages de TTA notifiées sans que cela soit justifié.

c) L'analyse des tableaux généraux de service menant à la contractualisation du temps de travail additionnel et/ou à l'aménagement de la permanence des soins de nuit

Les résultats obtenus en colonne "G" du tableau présenté ci-dessus représentent un nombre de demi-journées (ou d'heures pour les services en temps médical continu) dont le service manque ou bénéficie en plus pour fonctionner normalement. Pour faciliter la compréhension, nous avons choisi de l'exprimer en ETP et en plages de temps de travail additionnel potentielles.

La nécessité de recourir à tel ou tel indicateur se fait au cours des discussions avec chaque chef de service qui se doit d'expliquer l'organisation de son service. La difficulté de l'analyse réside beaucoup dans la volonté de service de vouloir se singulariser par rapport aux autres alors que l'objectif de la direction et de la COPS est d'obtenir une homogénéité de fonctionnement entre structures semblables.

Cette phase d'analyse est en cours de finalisation devant la COPS depuis la mi-septembre. La démarche du projet médical lancée depuis cette même date a placé au premier rang de ses priorités la meilleure utilisation du temps médical qui se matérialisera par une limitation du TTA et des aménagements de certaines lignes de gardes. Elle devrait aboutir à une solution définitive dans le courant du mois d'octobre. On peut d'ailleurs penser que les services n'accepteront cette analyse que pour 2005 et par pour 2004. A ce titre, il faut regretter le manque d'engagement de certains chefs de service dans la démarche qui a causé de nombreux retards.

Dès à présent, il est néanmoins possible de tirer quelques conclusions grâce à une expérimentation menée avec quelques services pilotes dont les urgences, la réanimation, la psychiatrie, la neurologie et l'ORL. La réalisation de TTA doit être abordée comme une modalité transitoire donnant le temps aux services de mettre en œuvre une organisation dans laquelle le temps médical disponible est équivalent au temps nécessaire. Au terme de deux mois d'étude, il a été possible de signer des contrats de temps de travail additionnel pour 2004 avec des médecins volontaires qui s'engagent ainsi à effectuer un volume de temps de travail supplémentaire.

Cette démarche de contractualisation permet d'aller plus loin dans l'analyse des organisations. Il s'agit de mettre à plat toute l'organisation et de déterminer avec précision les périodes pendant lesquelles les services fonctionnent à 100% grâce aux périodes de mode dégradé. Il convient également de déterminer la place des médecins extérieurs dans les listes de gardes ce qui diminue de fait le temps nécessaire à réaliser par les médecins du service.

Ainsi, la négociation qui s'engage avec le chef de service est un échange au terme duquel un certain nombre de principes doivent être respectés à commencer par le repos compensateur. Ces périodes ne doivent donc pas être comptabilisées dans le décompte du temps de travail. On s'est rendu compte qu'accepter la remise en cause de présence dans leur service au lendemain d'une garde était souvent de la principale difficulté pour certains chefs de service. Au terme de l'analyse qui met en avant les contraintes irréductibles auxquelles est confronté le service, il s'agit d'évaluer le temps effectivement nécessaire. Au final, les services doivent envisager de mutualiser certaines gardes ou d'en supprimer.

Estimant que les recrutements ont été faits là où ils devaient l'être en urgence, dans un établissement tel que le CHIPSG, la tutelle acceptera de moins en moins qu'il ne réussisse pas à ne plus générer de temps additionnel. La signature de contrats a été notamment possible avec le service des urgences en considérant que les postes médicaux vacants seraient utilisés pour payer le temps de travail additionnel compte-tenu des principes retenus. C'est aussi un des enseignements de l'analyse à savoir que la contractualisation n'est envisageable qu'avec les services qui pendant une période donnée connaissent des difficultés de personnel. La valorisation financière des postes vacants dégage un volume financier qui doit permettre de couvrir le TTA généré.

C'est pourquoi, on comprend l'importance de lier application de l'ARTT et projet médical pour en favoriser la meilleure utilisation possible de façon à réamorcer la marche en avant de l'établissement. La COPS joue un rôle fondamental dans la mobilisation du corps médical à ces enjeux.

- B) L'évolution du positionnement de la commission de l'organisation et de la permanence des soins et de la direction

La COPS n'est pas une institution nouvelle. Elle remplace la commission des gardes et astreintes. Cependant, dans l'esprit de la réglementation, ses attributions ont été renforcées afin de lui permettre de statuer « *annuellement avec le directeur sur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués* »⁹⁰.

La COPS conserve sa mission de statuer sur l'opportunité du maintien des listes de gardes ou d'astreintes. Désormais, elle doit également procéder à l'analyse précise des organisations de jour afin d'évaluer le temps médical nécessaire et de contrôler le temps de travail additionnel. Enfin, l'arrêté donne au travail de la COPS une dimension financière nouvelle. C'est à ce titre que, face à l'envolée du nombre de jours de temps de travail additionnel réalisés, la COPS du CHIPSG avait décidé, en décembre 2003, de ne pas indemniser toutes les plages au prix fort mais en modulant leur paiement en fonction d'une répartition jour/nuit⁹¹. Elle a aussi décidé la transformation des astreintes opérationnelles en astreintes forfaitaires, plus intéressantes sur le plan financier, afin que les astreintes opérationnelles ne se transforment pas systématiquement en plage de TTA compte-tenu du nombre de déplacements.

Aussi, cette commission apparaît-elle comme une instance de pilotage de l'ARTT au niveau local. La structuration de toutes les discussions est donc indispensable pour permettre au final à la CME puis au directeur d'arrêter, annuellement, les mesures assurant la permanence des soins. M. BUISSON compare la COPS et même la CDEM avec les commissions des assemblées parlementaires. Elles identifient les problèmes, les acteurs sont entendus, des chiffres analysés pour proposer un avis de décision à la CME, assemblée délibérante. L'intérêt de la COPS est d'avoir une composition plus large que la seule CME ; des médecins non chefs de service participent à ses travaux. Cela présente l'intérêt majeur de mobiliser le plus grand nombre à ces problématiques. Elle est une instance de débat qui exige que chacun se penche sur sa propre organisation et sur l'impact de son organisation dans l'ensemble que constitue l'hôpital.

⁹⁰ Article 8 de l'arrêté du 30 avril 2003

⁹¹ Cf *supra*, partie 1.2.2, C

Cette vision transversale est au cœur de la mission stratégique de la COPS. Sont abordées en séance des problématiques qui engagent bien souvent non seulement le service en cause mais aussi tout un chemin clinique. Ainsi, la dimension technique de son travail se double d'un message politique. Le directeur du CHIPSG estime que « *cette double dimension technique et stratégique est fondamentale* ». Il insiste, certes, sur l'étude technique et objective qui doit être menée mais elle n'est pas suffisante. Chaque médecin aurait naturellement tendance à ne décider que dans le seul intérêt de son service. Or statuer sur la suppression d'une liste de garde d'anesthésie engage à mesurer l'impact que cela peut avoir sur l'organisation du bloc opératoire et sur l'accueil d'urgences en grand nombre. De surcroît, la COPS ne limite pas sa réflexion au seul établissement dont elle dépend. Elle inscrit sa réflexion dans une logique de territoire de santé dans la mesure où ses décisions pourraient avoir un impact certain sur l'offre de soins. A ce titre, l'ARTT médical, en ce qu'il réduit le temps médical, doit conduire à s'interroger même sur le maintien d'activités dont personne ne veut⁹².

Pour conduire cette réflexion, la COPS s'appuie sur le binôme directeur des affaires médicales / président de la commission de l'organisation et de la permanence des soins. De fait, la réforme donne un rôle important à la direction des affaires médicales, en particulier, pour veiller à l'application la plus rigoureuse possible des textes au temps de travail et contrôler l'affectation des crédits ARTT. Même si la direction peut justifier grâce à son analyse des textes et des tableaux de services un certain nombre de réorganisations indispensables, elle ne peut les porter seule sans affronter le courroux des médecins. L'impact de certaines mesures peut être source de blocages irréductibles. Aussi, une caution médicale, par le biais du président de la COPS, est indispensable pour faire admettre de telles restructurations. Ce binôme soulève des questionnements issus de son analyse des organisations de service. Ainsi, à l'image du directeur avec le président de la CME, le binôme directeur des affaires médicales / président de la commission de l'organisation et de la permanence des soins pourrait-il constituer une sorte de contrat dont certains se sont interrogés s'il pouvait s'agir « *d'un PACS, comme Programme d'Actions Concertées Stratégiques* » selon l'expression de M. Jean-Pierre CLAVERANNE, directeur de l'Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales et leurs réseaux (IFROSS)⁹³.

⁹² Ph. Paris, *Propositions de l'URHIF pour une meilleure application de l'ARTT médical*, in C. Lussiez et al., *op. cit.*, p. 9

⁹³ J.P. Caveranne, *D'eau et de feu, un projet commun*, in M. Cavalier, R. Dalmasso, J-J. Romatet, *Médecins, Directeur : un PACS pour l'hôpital ?*, Coll. Action santé, Editions Erès, Ramonville Saint-Agne, 2002, p.35

Cependant ce programme ne saurait se réaliser sans le concours des chefs de service. Ils détiennent la capacité de s'opposer à toute évolution de l'organisation hospitalière à la différence près qu'ils engagent désormais l'ensemble de leur service en ne respectant pas les décisions arrêtées en COPS puis en CME.

C) Le relais indispensable des chefs de service

Le Professeur François Bernard MICHEL, de l'Académie de Médecine, s'émouvait dans un ouvrage d'entretiens avec le Professeur Jean BERNARD de ce que « *par nécessité de gestion, les responsables ont voulu calquer la gestion hospitalière sur celles des entreprises* »⁹⁴ tout en faisant référence à une enquête de l'Académie de Médecine auprès des chefs de service hospitaliers révélant que 87% déplorent la détérioration de leurs conditions de travail et sont 68% à l'imputer à « *l'hégémonie administrative* »⁹⁵.

Avec la réforme de l'aménagement et de la réduction du temps de travail médical, ce positionnement doit nécessairement évoluer. Il est indispensable que l'organisation médicale des services fasse l'objet de discussions entre la direction et les chefs de service. L'article L.6146-5 du Code de la Santé Publique donne aux chefs de service la charge « *d'assurer la conduite générale du service et d'organiser son fonctionnement technique* ».

Désormais, toute décision relative à l'organisation d'une nouvelle consultation ou de plages d'interventions doit prendre en compte ses impacts sur le temps médical disponible. Les rapporteurs de la mission IGAS sur la gestion des PH font remarquer que « *cette situation est d'autant plus complexe à gérer qu'il existe au sein des services une multiplicité de statuts médicaux différents, ainsi qu'une grande variabilité des charges de travail, une forte interdépendance des disciplines entre elles dans la prise en charge des patients, des droits spécifiques qu'il faut gérer comme la formation, l'activité d'intérêt général, le temps partagé ainsi que l'organisation du repos compensateur* » et d'ajouter

⁹⁴ J. Bernard, F-B. Michel, *Médecine hier, médecine aujourd'hui : entretiens*, Editions PUF, Paris, 2003, p.135

⁹⁵ Louis F. Hollender, *Analyse de l'enquête sur les chefs de service des Hôpitaux généraux. Propositions de l'Académie nationale de médecine*, Bull. Acad. Nat. Méd., 1003, 187, n°1, janv. 2003, pp.179-182

que « *jusqu'à aujourd'hui, les médecins avaient l'habitude d'établir des tableaux de garde, sans toujours bien tenir compte de l'ensemble de ces contraintes* »⁹⁶.

Dans l'enquête menée auprès des médecins du CHIPSG, les treize chefs de service interrogés ont reconnu, que la réforme de l'ARTT avait fait évoluer leur positionnement. Ils estiment devoir être des « *managers d'équipe* » mais regrettaient « *le manque de lisibilité de leur rôle par manque d'information et de formation* ». Ils apparaissent comme de véritables animateurs d'équipe qui distribuent les rôles et les objectifs, assurent la coordination et évaluent. Ils sont « *une sorte de chef d'orchestre dans le service* » selon l'expression de l'un d'eux. Leur responsabilité est donc clairement affirmée dans l'organisation médicale et dans la structure hospitalière. Les chefs de service ont également de manière indirecte mais réelle une influence dans la gestion des PH de leur service en validant les tableaux mensuels de service qui retracent le temps de travail de chacun et la rémunération au final.

Il est désormais indispensable qu'ils se préparent à l'exercice de cette tâche, face aux contraintes nouvelles. S'il est prévu que tout chef de service doit être un PH confirmé, le système ne prévoit pas d'autre condition d'accès comme la validation d'une formation spécifique. Cependant il est intéressant de noter que tous les médecins du CHIPSG que j'ai rencontré ayant moins de 45 ans avaient suivi ou suivaient une formation en management des médecins des hôpitaux.

C'est donc naturellement vers eux que se tournent la COPS et la direction pour engager une discussion sur les aménagements dans l'organisation du service pour optimiser les ressources disponibles. Il s'agit d'une nouveauté qu'introduit l'ARTT à savoir que les chefs de service doivent rendre des comptes non seulement à l'administration mais aussi à leurs collègues. Tout blocage de leur part a des conséquences sur le service et plus encore sur l'application homogène de la réforme. Mme Fabienne MERY, directrice des affaires médicales du CHIPSG, identifie deux risques principaux tenant aux chefs de service et pouvant peser sur l'application homogène de la réforme à savoir : « *la non-acceptation par les chefs de service du principe de transparence sur leurs organisations de service* » et « *de la crainte voire de l'incompréhension ressentie que des effectifs leur soient ôtés* ».

⁹⁶ Ch. de Batz, F. Lalande, G. Laurand, *op. cit.*, p.55

Un positionnement radical contre une mesure proposée, susceptible de priver les médecins du service d'un avantage pour tout l'établissement, peut en conséquence être délicat à tenir. Ainsi, au CHIPSG, tout service ne rendant pas ses tableaux de service ne peut pas bénéficier du paiement de TTA. Le directeur des affaires médicales, de concert avec la COPS, a réalisé un travail important de sensibilisation aux tableaux de service en mettant au point une procédure d'élaboration et de validation des tableaux mensuels nominatifs dans le cadre du groupe « GRH » du comité de pilotage qualité de l'hôpital. Cela participe également au projet conduit par la direction de mettre en place un guide du temps de travail médical auquel beaucoup de médecins se sont intéressés. Il ressort en effet des entretiens menés avec eux qu'ils connaissent très mal les différentes modalités issues de la réglementation.

Ce travail d'explication est progressif pour permettre à tous de comprendre les mécanismes de fonctionnement de l'ARTT. L'analyse des tableaux généraux de l'ensemble des services se fonde sur un discours responsabilisant du corps médical du CHIPSG. L'information délivrée exige une très grande transparence de façon à ce que l'analyse en soit la plus pertinente possible.

Chacun doit admettre de mettre à plat de toutes les situations sans tabou, dans le cadre d'un débat dépassionné et en s'appuyant sur les outils décrits plus haut. Les situations personnelles et autres inimitiés entre chefs de service mettraient à mal la crédibilité de la démarche. De plus, le corps médical du CHIPSG doit accepter de ne plus s'inscrire dans une logique de sollicitation toujours plus importante de moyens mais dans une logique de rapprochement entre équipes médicales. Dans le cas particulier du CHIPSG, c'est tout l'enjeu du travail de la COPS. Avec le concours des chefs de service, dans une logique de contraction du temps de travail, elle doit chercher à délivrer un message fondé sur le développement de l'activité de l'établissement. La complémentarité entre le site de Poissy et celui de Saint-Germain doit permettre d'y parvenir. L'ARTT médical est un moyen essentiel de changement.

L'ARTT a donc conduit à faire évoluer le positionnement du corps médical dans l'institution mais de nombreuses interrogations persistent. En effet il faut reconnaître que toute la démarche décrite reste fondamentalement dépendante de l'adhésion du corps médical au message délivré par la direction.

Ce message s'articule autour de la nécessaire optimisation des ressources humaines médicales. Les établissements publics de santé sont apparus bien seuls face à l'inexistence de réels outils de gestion des ressources humaines. C'est aussi pourquoi la

poursuite d'un dialogue responsable avec le corps médical reste au cœur de l'action hospitalière.

2.2 L'ARTT médical démontre les insuffisances de la gestion des ressources humaines médicales à laquelle la recherche d'une nouvelle culture locale du management tente de pallier

Du fait des conditions peu favorables dans lesquelles elle est intervenue, la réforme de l'ARTT médical a relancé le débat autour de la mise en place d'une véritable gestion du personnel médical. La démarche suivie par le Centre hospitalier intercommunal de Poissy / Saint-Germain-en-Laye dans le cadre de l'application de l'ARTT médical démontre une volonté institutionnelle d'associer au plus près le corps médical à la réflexion sur l'optimisation des ressources médicales.

Il semble toutefois que l'on pourrait aller plus loin s'il existait une véritable politique de gestion des ressources médicales (2.2.1), les débats relatifs à la gouvernance hospitalière amènent d'une façon ou d'une autre à aborder la question de la gestion des praticiens hospitaliers notamment au niveau local (2.2.2).

2.2.1 Les difficultés à faire émerger une politique de gestion des ressources humaines médicales

Il s'agit d'une notion encore floue en ce qui concerne le corps médical. L'ARTT médical, notamment au CHIPSG, a fait émerger le besoin de la mise en place d'une véritable politique de gestion des ressources humaines (A) qui, cependant, se heurte à plusieurs obstacles (B).

A) La réforme de l'ARTT révèle l'importance de la mise en place d'une politique de gestion des ressources humaines médicales

L'évolution essentielle liée à la mise en place de l'aménagement et de la réduction du temps de travail médical relève des efforts que les établissements ont dû mener pour optimiser l'utilisation du temps de travail médical. Quelle que soit la manière de la faire, en force ou en concertation, il est devenu indispensable de s'appuyer sur des outils de mesure du temps de travail afin de faire bénéficier l'ensemble du corps médical

des lois AUBRY et de la directive européenne. Cela était jusque là lié au refus habituel des médecins de communiquer sur leurs organisations de travail. Rappelons que les tableaux de service nominatifs datent de 1973 mais n'avaient jamais été exigés. Grâce à la nouvelle réglementation, les tableaux sont obligatoires et sans eux les effets sont directs sur les émoluments des praticiens, notamment pour le non versement des indemnités de temps additionnel. La matérialisation d'un échange au niveau local entre direction et corps médical a donc fait apparaître des insuffisances en matière de gestion des ressources humaines.

Les établissements ne disposent pas de réels moyens de gérer leurs ressources humaines. Ils ont surtout tendance à gérer la pénurie de personnel comme si l'application brutale de la réforme de l'ARTT médical n'avait pas été anticipée dans ses effets.

A titre d'exemple, les établissements sont dans une situation délicate pour réussir à maintenir la permanence des soins en recourant à des mercenaires, à des statuts peu valorisants sur le plan de la protection sociale comme celui de praticiens hospitaliers contractuels ou encore aux FFI pour bénéficier de l'apport médical de médecins dont le diplôme n'est pas reconnu en France. Cependant, la faiblesse du nombre de médecins dans certaines disciplines telle que l'anesthésie ne doit pourtant pas conduire à recruter le premier venu.

De la même façon, il leur revient de se pencher sur la structuration de la population médicale qui peut avoir des conséquences non négligeables sur l'organisation d'un service. Ainsi, le débat avec le corps médical peut-il s'engager autour du recours à certains praticiens comme les attachés. La modification de leur statut en août 2003 a considérablement amélioré leur situation notamment en matière de rémunération. Ils sont recrutés par le directeur sur proposition du responsable de la structure prévue pour leur affectation et sur un volume de demi-journées arrêté en conseil d'administration. Le recrutement s'effectue sur le fondement d'un contrat. La direction dispose en cela d'un moyen de gestion de la disponibilité des ressources humaines. Toutefois, cela exige de remettre en cause des situations et des pratiques anciennes, ce qui est rarement populaire auprès du corps médical.

Intervenant dans un contexte de baisse de la démographie médicale et de désamour entre les médecins et l'hôpital, l'ARTT médical démontre l'impérieuse nécessité « *de se doter de données et d'informations sur les médecins, leurs pratiques et leurs comportements afin de disposer de tous les outils nécessaires (...) à la mise en place*

d'une politique de gestion des ressources humaines médicales » confirme M. Philippe ULMANN⁹⁷. Le rapport de l'IGAS publié en 2002 précise, pour sa part, que « *la gestion des ressources humaines médicales de l'hôpital public a pour finalité la recherche de la meilleure adéquation possible entre les emplois et les professionnels appelés à occuper ces emplois* »⁹⁸. Il ajoute qu'obtenir le plus petit écart « *entre les besoins et les ressources, c'est-à-dire entre les emplois à occuper et les praticiens dont l'hôpital peut disposer* » relève de la responsabilité du Ministère de la Santé qui doit utiliser tous les leviers d'action que sont notamment le recrutement, la formation initiale et continue, la gestion de la mobilité et des carrières, l'organisation du travail, le temps de travail, le système de management, la rémunération...

C'est au final de la qualité de l'offre de soins dont il est question. Il convient donc de mettre en œuvre autre chose qu'une simple gestion administrative du personnel médical. Le passage vers une gestion des ressources humaines médicales doit faire émerger les besoins et apporter la meilleure solution possible notamment grâce à des outils de gestion prévisionnelle pour « *être en cohérence avec les grandes orientations stratégiques de la politique hospitalière* »⁹⁹.

Cependant, il existe des obstacles forts tenant à la nature du statut des PH et à l'éclatement des acteurs intervenant dans la gestion de ce statut qui doivent être avant tout réglés pour permettre à cette gestion d'être opérationnelle.

B) Des obstacles importants à la mise en place d'une gestion des ressources humaines médicales

Parmi les obstacles principaux qui nuisent à la mise en place d'une politique de gestion des ressources humaines se trouvent, d'une part, l'éclatement des rôles dans la gestion du corps médical (a) et d'autre part, le maintien du statut unique de praticien hospitalier (b).

⁹⁷ Ph. Ulmann, *op. cit.*, p.36

⁹⁸ Ch. de Batz, F. Lalande, G. Laurand, *op. cit.*, p.8

⁹⁹ *Ibid.*

a) *L'inexistence d'un pilotage de la gestion du corps des praticiens hospitaliers*

La multiplicité des acteurs tend à démunir l'employeur direct de moyens d'action sur son personnel. Cette étude n'a pas pour objet de décrire dans le détail le rôle de chacun dans la gestion des médecins hospitaliers mais de reconnaître que « *la répartition des tâches nuit à son efficacité* »¹⁰⁰. On peut notamment rappeler qu'au niveau national, interviennent la Direction Générale de la Santé qui fixe le *numerus clausus* et le nombre d'internes et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins qui assure, avec le concours des DRASS et des DDASS, la gestion des concours, des recrutements et des carrières des praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel. Pour ce qui est des procédures administratives de gestion administrative des praticiens, elles sont assurées par les DRASS en relation avec les services déconcentrés de l'Etat.

L'IGAS met en avant le manque de gestion prospective de la sous-direction chargée de la gestion des praticiens hospitaliers. « *La valeur ajoutée de l'administration centrale, pour réelle en termes de tâches effectivement réalisées dans la gestion administrative, et malgré la qualité et le dévouement de ses personnels, apparaît faible* »¹⁰¹ en particulier pour les délais de nominations qui sont très longs et limitent la réactivité du secteur public par rapport au secteur privé.

Parmi les acteurs de la gestion des praticiens hospitaliers se trouvent les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) mais n'ont qu'un rôle très indirect. La mise en œuvre de l'ARTT médical et non médical a cependant fait évoluer leur rôle car, à plusieurs reprises, les ARH ont modifié les critères d'attribution des postes soit en prévoyant une enveloppe globale, soit en prévoyant des enveloppes fléchées sur certains postes. Les ARH ont organisé un suivi de l'affectation des postes par le biais des comités régionaux de suivi et certaines ont exigé d'obtenir des établissements un bilan de leurs réorganisations. En revanche, le rapport de l'IGAS regrette « *qu'aucun bilan n'est demandé aux hôpitaux, une fois le médecin installé, pour connaître les gains de productivité ou les surcoûts* ».

C'est essentiellement grâce aux SROS que les ARH peuvent influencer la gestion des ressources médicales en incitant des établissements à coopérer tout en attribuant un poste médical sur les deux entités. La Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier fait d'ailleurs état de plusieurs expériences de partage de temps médical dans

¹⁰⁰ *Ibid.*, p.9

¹⁰¹ *Ibid.*, p.14

le cadre de coopérations entre établissements publics et privés¹⁰². Dans le cadre de la réduction du temps de travail, l'ARH joue un rôle de soutien des établissements pour justifier le recours à de tels montages. Pour autant, les auteurs du rapport estiment qu'il s'agit de mesures relativement marginales en terme de gestion qui ne remettent pas en cause le centralisme du système actuel.

Enfin, à l'échelon local, l'établissement public de santé ne joue finalement qu'un rôle très réduit dans la gestion des médecins hospitaliers. D'ailleurs, il faut rappeler que les procédures de recrutement échappent à toute formalisation et s'apparentent plutôt à de la cooptation. Le conseil d'administration n'a qu'un rôle très indirect sur la gestion des PH en pouvant modifier l'organisation médicale. Quant à la CME, «*elle n'a qu'une influence indirecte dans la gestion des praticiens hospitaliers, les avis qu'elle formule sont parfois davantage le reflet de la somme d'intérêts individuels que de celui de l'établissement* »¹⁰³ explique le rapport IGAS.

Quant au directeur de l'établissement de santé, il n'a pas non plus de rôle direct dans la gestion des PH : il n'assure pas les nominations puisque les décisions sont prises par le Ministre de la Santé, il ne donne pas son avis sur la désignation des chefs de service, ni sur leur renouvellement puisque ces avis sont ceux formulés par la CME et le CA et n'a pas de réelles possibilités de rétablir le bon fonctionnement du service.

Le rôle du bureau des affaires médicales est un travail de gestion administrative : traitement des procédures pour les vacances de postes, les nominations, le suivi des carrières des PH pour que les données soient transmises en temps utile aux autorités de tutelle chargées d'émettre les arrêtés de changement d'échelon, règlement de la paie¹⁰⁴.

Toutefois, comme le démontre l'ARTT, c'est lui qui arrête, après avis de la COPS et de la CME, les tableaux de service ainsi que les listes de garde. Il dispose à cet effet de la possibilité de signer ou pas ces listes. L'IGAS conclut avec pertinence sur son rôle de «*promotion d'une politique médicale globale mais d'impossibilité de gérer les situations médicales individuelles* ».

Tous les acteurs précités n'interviennent que de manière marginale sur la gestion des praticiens hospitaliers. La dilution des responsabilités n'est pas une bonne chose et

¹⁰² MEAH, rapport d'étape *précité*, p. 11 et s.

¹⁰³ Ch. de Batz, F. Lalande, G. Laurand, *op. cit.*, p.18

¹⁰⁴ *Ibid*, p.20

c'est l'attractivité de l'hôpital public qui en pâtit. Le statut unique des praticiens confirme ce constat.

b) *Le statut unique des praticiens, vecteur d'immobilisme*

La réforme de l'ARTT médical a fait émerger de nombreuses critiques à l'égard du statut unique des praticiens hospitaliers que l'IGAS qualifie d'inadapté.

Pourtant le statut de 1984 prévoyait des spécificités importantes faisant des médecins hospitaliers des agents publics particuliers. Nommés par le Ministre de la Santé, les praticiens sont protégés de l'autorité administrative pour ce qui est de leur activité de soins tandis qu'ils ne sont pas sous la subordination hiérarchique du chef de service. Par ailleurs, d'autres avantages sont justifiés pour conserver une attractivité plus forte de l'hôpital public par rapport au secteur libéral. Ainsi, un praticien hospitalier temps plein peut-il avoir une activité privée au sein même de l'hôpital où il exerce habituellement dérogeant ainsi aux règles de non-cumul qui s'appliquent aux fonctionnaires. Enfin, certains peuvent même cumuler deux emplois publics. C'est le cas des PU-PH qui assurent une mission d'enseignement en Faculté et une activité clinique et de recherche à l'hôpital public.

Les avantages de ce statut en ce qu'ils contribuent à garantir la liberté d'exercice et l'indépendance déontologiques ne sont plus suffisants dans un contexte de renforcement des contraintes réglementaires, financières et administratives auxquelles le corps médical est souvent hostile. Le statut ne semble pas non plus adapté pour introduire des différenciations entre les médecins notamment en terme de rémunération. Le Docteur Stanislas JOHANNET, anesthésiste-réanimateur à l'AP-HP, expose en substance que si le statut unique des praticiens hospitaliers a bien rempli son objectif initial de rassembler sous de mêmes dispositions réglementaires de multiples statuts médicaux, les différents « *replâtrages* » qu'il a subis pour s'adapter aux situations locales démontre « *la mauvaise réponse apportée par ce statut aux besoins des établissements et aux aspirations des médecins* »¹⁰⁵.

Ce constat est confirmé par l'IGAS qui liste plusieurs éléments. Le rapport explique d'abord la lourdeur des procédures de recrutements et de nomination des praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel qui ne permet pas toujours de répondre

¹⁰⁵ S. Johanet, *Refondre les statuts médicaux pour moderniser l'hôpital*, Gestion Hospitalière, n°491, Mai/Juin 2003, p.54

aux soucis des établissements de pourvoir les postes dans des délais raisonnables. De plus, le rapport regrette que la mobilité, qui est en principe un outil de gestion dynamique des ressources humaines, ne soit pas facilitée pour les PH, les incitant à l'immobilisme géographique. Il ajoute que « *n'encourageant pas la mobilité, le statut ne facilite pas les réorganisations internes et les regroupements entre établissements. En effet, dans la mesure où le PH est nommé dans un service d'un établissement, il ne peut être déplacé qu'avec son accord* »¹⁰⁶. Enfin, le rapport insiste sur l'existence d'un mode de rémunération uniforme. Même si le traitement des médecins hospitaliers échappe à la grille indiciaire de la fonction publique, leur avancement d'échelon ne se fait qu'à l'ancienneté. En revanche, il faut rappeler qu'il n'existe pas de disposition statutaire prévoyant un intéressement des praticiens au fonctionnement de leur service, département ou établissement (prime de résultat, de qualité.).

Les syndicats de médecins reconnaissent que le statut unique tel qu'il existe pèse en matière d'attractivité de l'hôpital et donc de recrutement notamment suite à la mise en place de l'ARTT. Pour le Docteur JOHANNET cette réforme n'a fait « *qu'aggraver une très grande inégalité de charge de travail par praticien* » ; « *les établissements ne disposent d'aucun moyen légal pour attirer les compétences spécifiques qui leur sont nécessaires* » dans la mesure où il leur est impossible « *de récompenser le dynamisme ou le sens de l'initiative des éléments les plus productifs et entrepreneurs* »¹⁰⁷.

Au final, d'aucuns s'accordent pour reconnaître l'insuffisance d'outils de gestion des ressources humaines médicales qui permettraient une évolution du positionnement des médecins dans l'hôpital. En attendant, de nombreuses voix s'élèvent pour dénoncer l'immobilisme dont peut faire preuve une partie du corps médical empêchant de mener à bien certaines restructurations. L'ARTT médical l'a prouvé et la mise en place de la TAA le confirme.

C'est pourquoi, il convient de poursuivre ce que l'ARTT médical sous-tend à savoir la responsabilisation des acteurs médicaux. Localement, il est indispensable que les établissements continuent à mener leur mutation « *grâce à l'optimisation du management, de la gestion des ressources humaines médicales et des organisations* »¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Ch. de Batz, F. Lalande, G. Laurand, *op. cit.*, p.24

¹⁰⁷ *Ibid.*, p.55

¹⁰⁸ ARHIF, *Projet de mise en place d'un Centre Régional de ressources sur l'optimisation du management et des Organisations*, Mars 2004, disponible sur : www.parthage.fr

2.2.2 Vers l'optimisation de la gestion des ressources humaines et des organisations au niveau des établissements

Si l'ARTT médical pouvait avoir comme objectif de relancer l'attractivité de l'hôpital en offrant de meilleures conditions de travail, les circonstances dans lesquelles il est intervenu l'ont quelque peu infléchi. La mobilisation locale du personnel médical a parfois permis de mener certaines restructurations.

Le CHIPSG, compte-tenu de sa situation en terme de personnel médical, a tout intérêt à poursuivre dans cette voie qui conduit l'ensemble de la communauté médicale à se mobiliser autour d'une vision transversale de l'établissement. La nouvelle phase de l'accréditation l'y pousse (A) tout autant que les débats autour de la gouvernance hospitalière (B).

A) Une évaluation des pratiques professionnelles fondée sur le management

Le Centre hospitalier intercommunal de Poissy / Saint-Germain-en-Laye est site expérimentateur de la version n°2 de l'accréditation. L'engagement dans l'accréditation dès 2000 avait déjà eu pour but de mobiliser l'ensemble des acteurs hospitaliers autour d'un projet commun.

L'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Évaluation des Soins (ANAES) a choisi de porter son évaluation sur la qualité du management tant au niveau de la direction qu'à celui des responsables de secteurs d'activités. Elle explique à ce titre « *qu'au-delà des compétences techniques et professionnelles, la dimension managériale est un élément essentiel pour la réussite des missions de ces établissements* »¹⁰⁹.

Le rapport de l'IGAS précité avait pointé, à l'image de la Cour des Comptes dans son rapport annuel 2002 sur la Loi de financement de la sécurité sociale, l'insuffisance d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins. Les auteurs du rapport considèrent que « *cette absence d'évaluation pose une difficulté majeure pour la détermination des besoins correspondant à un objectif quantitatif et qualitatif en matière d'offre de soins* »¹¹⁰.

¹⁰⁹ ANAES, *Guide pour l'auto-diagnostic de la qualité du management en établissement de santé*, Janvier 2004, p.6

¹¹⁰ Ch. de Batz, F. Lalande, G. Laurand, *op. cit.*, p.31

Cependant, évaluer directement les pratiques des médecins est encore quelque chose auquel ils ne semblent pas prêts¹¹¹. Aussi le choix de l'ANAES s'est-il porté sur le management des pratiques. L'appréciation du management des établissements porte sur plusieurs champs dont la pertinence des choix stratégiques, les outils de gestion et les procédures organisationnelles installés. L'ANAES estime enfin que le discours managérial s'élabore autour de cinq fonctions que sont : prévoir, organiser, décider, motiver et évaluer.

Il est intéressant de noter que pour l'ANAES, ces fonctions « *sont le socle de l'action de tout responsable hospitalier* »¹¹² au premier rang desquels sont les médecins et en particulier les chefs de service. Concernant la « fonction organiser » dont il est tant question dans la réforme de l'ARTT médical, l'Agence estime que la réussite de l'action des acteurs passe par l'adaptation de l'organisation aux objectifs et aux choix stratégiques et ajoute que toute organisation est le fondement pour impulser une dynamique et s'assurer du concours du plus grand nombre à la réalisation des objectifs. Enfin, l'ANAES explique que l'évolution des activités, sous la pression du manque de temps médical par exemple, doit nécessairement s'accompagner d'une adaptation des structures.

Cette nouvelle procédure d'évaluation n'en est qu'au stade de l'expérimentation. Même si les membres du Collège de l'ANAES n'ont pour l'instant souhaité qu'installer une grille d'auto-diagnostic, elle s'inscrit parfaitement dans le sens développé lors de la mise en place de l'ARTT médical. Elle doit en conséquence apparaître comme un moyen de confirmer le caractère indispensable de certaines restructurations. D'ailleurs, toute procédure qualité, quoique sous-tendant des objectifs différents selon le point de vue que l'on adopte, se pose comme un outil de rationalisation et de recherche de la solution la plus appropriée. Dans son étude relative à l'évaluation de la performance hospitalière, Mme M.C. DOURTHOUS, directrice adjointe au CHU de Nantes, confirme dans son étude relative à l'évaluation de la performance hospitalière, que « *les hôpitaux doivent être capables de détecter les changements à venir pour anticiper les évolutions de la demande et des besoins* ». Elle rappelle que « *cela signifie d'être capable d'innover sur le plan organisationnel malgré la pénurie de compétences* »¹¹³.

¹¹¹ Propos de M. le Docteur Séguier, Président du CLIN du CHIPSG et membre du groupe de travail de l'ANAES, dans le cadre de l'enquête interne *précitée*

¹¹² ANAES, *op.cit.*, p.6

¹¹³ M.C. Dourthous, *De la performance de l'évaluation médicale à l'évaluation de la performance hospitalière*, Mémoire ENSP, Rennes, 2002, p.61

L'entrée de l'hôpital dans cette nouvelle démarche augure d'une volonté de poursuivre dans la voie d'une meilleure organisation ce qu'oblige à faire la réforme de l'ARTT médical. De la même manière, les réflexions relatives à la rénovation de la gouvernance hospitalière entendent rénover la culture managériale à l'hôpital.

B) Une responsabilisation des acteurs dans la gestion interne hospitalière

L'objectif de l'ARTT médical, au-delà de la réduction stricte du temps de travail, fut de rénover les organisations médicales devant permettre de regrouper et optimiser des moyens humains médicaux limités. Le corps médical doit mener cette réflexion en gardant à l'esprit les incidences qu'elle peut avoir sur l'ensemble de l'établissement. C'est dans cet esprit de responsabilisation que sont apparus de nombreux aménagements de l'organisation interne des hôpitaux.

Depuis 2002 et la mise en place du projet Hôpital 2007, un ensemble de propositions ont été faites pour aménager l'organisation interne de l'hôpital. Parmi les nombreux rapports sur la question, on retiendra celui de MM. PERRIN, DEBROSSE et VALENCIEN qui est à la base du protocole d'accord de janvier 2004 signé entre les syndicats et le Ministère. L'enjeu est de décloisonner la structure hospitalière grâce à l'implication des différents acteurs au sein de pôles d'activité capables de développer un projet commun. La démarche suivie conduit à la responsabilisation des acteurs tant sur le plan individuel que collectif grâce au développement de la contractualisation à tous les niveaux.

L'accord trouvé en janvier dernier donne à un conseil exécutif, regroupant cadres de direction et représentants des médecins, le rôle de piloter l'ensemble. Le projet d'ordonnance dont la presse s'est fait écho ces derniers jours le confirme¹¹⁴. Il semble que pour la première fois une volonté existe pour modifier en profondeur « *la culture managériale à l'hôpital* »¹¹⁵. A ce titre M. Michel CREMADEZ explique que « *le management consiste à passer de la gestion de territoires faiblement interdépendants à une gestion de flux entre ces territoires de plus en plus articulés, d'un optimum individuel à un optimum collectif* »¹¹⁶. Il ajoute que « *objectifs individuels et collectifs doivent mobiliser les*

¹¹⁴ *Le Quotidien du Médecin* du 14/09/04

¹¹⁵ A. Perrin, *Une nouvelle culture managériale*, Les Cahiers Hospitaliers, Octobre 2003, p.21

¹¹⁶ M. Crémadez, *Evolution de la gouvernance, un enjeu capital pour l'hôpital*, Gestion Hospitalière, n°490, Novembre 2003, p.726

*capacités d'auto-organisation des acteurs en leur permettant d'accéder ensemble à la dimension stratégique de l'organisation »*¹¹⁷. Enfin, un directeur d'un établissement ayant participé à l'expérimentation de la nouvelle gouvernance précise qu'elle a permis de « *développer la médicalisation des processus de décision, l'optimisation des moyens et la gestion de proximité »*¹¹⁸.

L'ARTT médical tel qu'appliqué au CHIPSG entre dans la description de cette épure. Cependant, il convient de poursuivre dans la voie de la contractualisation interne qui est encore très peu développée. L'IGAS regrette dans son rapport que très peu d'établissements n'aient utilisé les possibilités ouvertes par les textes pour optimiser le fonctionnement des services ou des unités fonctionnelles. Ainsi, il n'existe pas « *de contractualisation interne ni de modalités d'intéressement aux résultats ni de prise en compte des conséquences négatives, pour le service ou pour les unités fonctionnelles, d'un dysfonctionnement lié au comportement d'un PH »*¹¹⁹.

Pour ce faire, il convient donc de s'appuyer sur les futurs chefs de pôle. Cela signifie qu'il est possible de définir des indicateurs de suivi et de résultats pour le fonctionnement des services dans lesquels pourraient se situer les items relatifs à la bonne utilisation du temps médical. Cette volonté doit se traduire, d'abord, par des résultats rapides de façon expérimentale permettant, ensuite, l'intégration de l'ensemble de la communauté médicale « *dans le management de l'établissement qui semble être la seule piste constructive pour l'amener à contribuer à la bonne marche de l'activité »* révèle Mme Corine RENAULT, consultante et auteur d'une enquête sur l'association entre médecins et gestionnaires à l'élaboration du projet médical dont la coopération est un élément incontournable¹²⁰.

Responsabilisation et association du corps médical au plus près de la gestion des établissements sont essentielles dans la réussite de tout projet. L'ARTT médical a néanmoins causé des tensions en terme d'effectifs médicaux qui n'invitent pas les jeunes médecins à rester à l'hôpital.

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 727

¹¹⁸ *Le Quotidien du Médecin* du 13/09/04

¹¹⁹ Ch. de Batz, F. Lalande, G. Laurand, *op. cit.*, p.27

¹²⁰ C. Renault, *Pour une gouvernance qui associe médecins et gestionnaires*, Gestion Hospitalière, n°488, Novembre 2003, p.725

En renforçant des collaborations internes, le CHIPSG a donc des atouts pour fidéliser son personnel médical qui doute mais aussi ses jeunes internes dont la culture n'est toujours pas celle du management.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, il n'est pas encore possible de tirer un bilan positif ou négatif sur les modalités d'application de la réforme de l'aménagement et la réduction du temps de travail médical. Néanmoins, cette réforme a donné le coup d'envoi d'un infléchissement du discours médical lequel se réfugiait bien souvent derrière la nécessité d'obtenir plus de moyens humains et financiers pour le fonctionnement de son propre service voire de son propre site hospitalier.

La démarche stratégique du Centre hospitalier intercommunal de Poissy / Saint-Germain-en-Laye fondée sur la transparence et la responsabilisation des acteurs s'est construite autour du travail d'une instance réglementaire qu'est la commission de l'organisation et de la permanence des soins dont le rôle est de proposer une organisation de la permanence des soins relayée par toute la communauté médicale. Les pouvoirs publics ont cherché à engager les établissements publics de santé vers une restructuration et une mutualisation des moyens médicaux.

Le corps médical du CHIPSG est donc face à ses responsabilités : ne plus pouvoir travailler faute de temps médical, se rapprocher ou supprimer une partie de l'offre de soins du CHI. Il convient que leur prise de conscience soit pleine et entière sans a priori.

Les premiers développements tendent à démontrer que toutes ces solutions sont exploitées par le biais d'une refonte de la permanence sur place et une application correcte du repos de sécurité, grâce à une association avec le privé dans le cadre d'un partenariat public privé mais aussi, et c'était l'effet recherché, par une profonde restructuration de l'offre de soins interne.

Une telle réforme illustre la nécessité que le corps médical s'approprie non seulement les incidences statutaires des textes mais aussi et surtout les finalités. En l'occurrence, cela prend du temps. C'est pourquoi, la dimension managériale d'un tel chantier est fondamentale et systématique comme le prouve l'engagement de l'établissement dans la deuxième phase de l'accréditation qui évalue la qualité du management et notamment celui des médecins.

Néanmoins, il ne faut pas négliger l'impact particulièrement néfaste de la réforme sur certaines spécialités médicales quelle que soit la taille d'un établissement. Les hôpitaux publics ont une mission d'apporter des soins à tout un bassin de population en accord avec les termes des outils de planification sanitaire. Il n'est pas question pour eux

de renoncer à ces missions au prétexte de la nécessité de restructurer. Il en est ainsi du rôle du directeur, en particulier, de relayer auprès de sa tutelle les difficultés rencontrées faute de personnel médical. C'est d'autant plus vrai que le contexte de la tarification à l'activité oblige les établissements à faire des choix très stricts pour relancer leur activité.

Les acteurs de l'hôpital public doivent être conscients de la nécessité de se restructurer. Cela passera par une association de tous à son fonctionnement, qui au-delà d'une confiance retrouvée, fera émerger une véritable culture commune d'établissement.

Toutefois l'hôpital ne doit pas tout accepter au risque de ne plus apporter la même offre de soins à la population et de perdre encore un peu plus de son attractivité auprès des plus jeunes médecins. Il est donc urgent de donner aux établissements les moyens de disposer d'une certaine autonomie dans la gestion de leurs ressources humaines médicales.

Bibliographie

OUVRAGES

J. Bernard, F.B. Michel, *Médecine hier, médecine aujourd'hui : entretiens*, PUF, Paris, 2003, 156 p.

M. Cavalier, R. Dalmaso, J-J. Romatet, *Médecins, Directeur : un PACS pour l'hôpital ?*, Coll. Action santé, Editions Erès, Ramonville Saint-Agne, 2002, 150p.

MANUEL

ANAES, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, Deuxième procédure d'accréditation, Nov. 2003

ANAES, *Guide pour l'auto-diagnostic de la qualité du management en établissement de santé*, Janvier 2004

ARTICLES

ARTT Médical

P. Chiché, *L'organisation de la continuité des soins à l'hôpital*, Bulletin Juridique de la Santé Publique, n°65, Sept. 2003, pp.18-19

P. Chiché, *Le nouveau statut des blouses blanches*, Bulletin Juridique de la Santé Publique, n°66, Oct. 2003, pp.17-19

J-Y. Delanoë, *Hôpital, comment en est-on arrivé là ?*, Le Quotidien du Médecin, 23 Janv. 2003, p.18

F. Gaudin, *L'hôpital survit grâce au système D*, Impact Médecine, n°63, 23 Janv. 2004, pp.26-29

S. Johanet, *Refondre les statuts médicaux pour moderniser l'hôpital*, Gestions Hospitalières, n°491, Mai/Juin 2003, pp.54-56

Dossier RTT ou le temps c'est de l'argent, Les Cahiers Hospitaliers, n°188, Mars 2003, pp.26-28

Réduction du temps de travail du personnel médical hospitalier, Les Cahiers Hospitaliers, n°196, décembre 2003, pp.15-19

Démographie médicale

M. Terroir, *Démographie médicale et soignante*, Revue Hospitalière de France, n°495, Nov./Déc. 2003, pp.56-59

Ph. Ulmann, *La France va-t-elle manquer de médecins ?*, Regards sur l'actualité, n°288, Fév. 2003, pp.27-36

Gouvernance hospitalière et management

M. Crémadez, *Evolution de la gouvernance, un enjeu capital pour l'hôpital*, Gestion Hospitalière, Gestions Hospitalières, n°488, Nov. 2003, pp.726-731

M. Crémadez, *Vers une nouvelle gouvernance hospitalière*, Gestions Hospitalières, n°490, Janv./Fév. 2004, pp.42-49

C. Lacourcelle, *Pour piloter la performance*, Entreprise et Carrières, n°673, juin 2003, pp.14-16

A. Perrin, *Une nouvelle culture manageriale à l'hôpital*, Les Cahiers Hospitaliers, n°194, Oct. 2003, p.21

C. Renault, *Pour une gouvernance qui associe médecins et gestionnaires*, Gestion Hospitalière, n°488, Nov. 2003, pp.723-725

ETUDES ET RAPPORTS

Actes du séminaire « les politiques de santé », *L'avenir de l'hôpital*, Promotion 2002/2004, Ecole Nationale d'Administration, Juillet 2003

Y. Berland, *Coopération des professions de santé, le transfert de tâches et de compétences*, Rapport au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Oct. 2003, 55 p.

Ch. de Batz, F. Lalande, G. Laurand, *Gestion des praticiens hospitaliers*, Rapport n°2002.143, IGAS, Déc. 2002, 100 p.

C. Lussiez et al., *L'ARTT médical et le repos de sécurité : quelle application en Ile-de-France ?*, URHIF, Journée de printemps, Juin 2004, 10 p.

J-J. Bouquier et al., *L'évolution du métier de médecin*, rapport de la Commission nationale permanente, Conseil National de l'Ordre des Médecins, Juin 2001, 22 p.

G. Nicolas, M. Duret, *Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale*, Juin 2001

X. Niel, A. Vilain, *Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques*, Etudes de la DREES, n°114, Mai 2001, 6 p.

A. Piquemal, *Mise en place de la RTT dans les établissements de santé*, Rapport de la Mission Nationale d'Evaluation, Oct. 2002, 29 p.

N. Smolski, *Résultats du sondage SNPHAR sur l'application de la directive 93/104 à travers les*

textes modifiant le statut de PH, PHAR, n°29, Juin 2004, pp.12-14

Temps de travail des médecins et organisation des services, Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, Rapport d'étape, Juillet 2004, 18 p.

MEMOIRES

M.C. Dourthous, *De la performance de l'évaluation médicale à l'évaluation de la performance hospitalière*, Mémoire ENSP, Rennes, 2002, 67 p.

S. Le Touzic Meunier, *L'hôpital de proximité face au défi de la RTT médicale et de l'application de la directive européenne*, Mémoire ENSP, Rennes, 2003, 80 p.

Comment anticiper la raréfaction des médecins et ses conséquences sur l'accès aux soins à l'échelle d'une région ?, Module interprofessionnel de santé publique, Mémoire ENSP, Rennes, 2001, 25 p.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Directive européenne du 23 novembre 1993 fixant des prescriptions minimales de sécurité et de santé en matière d'aménagement du temps de travail

Protocole d'accord du 22 octobre 2001 relatif à l'aménagement et la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers et **circulaire du 26 juillet 2002** relative à la mise en œuvre du protocole d'accord du 22 octobre 2001

Décret du 18 novembre 2002 portant création d'un compte épargne temps pour les personnels médicaux, modifié par un **décret du 9 octobre 2003**

Décrets du 6 décembre 2002 relatifs aux statuts des praticiens hospitaliers, puis **décret du 1^{er} août 2003** relatif au statut des praticiens attachés

Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et **circulaire du 6 mai 2003** relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins et d'application des dispositions d'intégration des gardes dans les obligations de services statutaires

Décret du 19 janvier 2004 relatif au compte épargne-temps dans les établissements publics de santé et **circulaire du 29 mars 2004** d'application

Liste des annexes

ANNEXE I :

Présentation de l'enquête menée au Centre hospitalier intercommunal de Poissy / Saint-Germain-en-Laye du 1^{er} au 6 septembre 2004

ANNEXE II :

Données chiffrées relatives à l'enquête menée au sein du Centre hospitalier intercommunal de Poissy / Saint-Germain-en-Laye

ANNEXE III :

Grille des questions posées aux personnes interrogées

ANNEXE I

Présentation de l'enquête

L'enjeu de cette enquête était double. D'une part, il s'est agi d'apprécier les insuffisances de la loi lors de la mise en place de l'aménagement et réduction du temps de travail médical du point de vue des principaux acteurs et d'autre part, l'évolution du positionnement du corps médical pour faire face à ses insuffisances.

Entre le 1er juin et le 5 août 2004, j'ai fait le choix de réaliser une enquête dite « qualitative » s'appuyant des entretiens réalisés auprès de vingt médecins, chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy / Saint-Germain-en-Laye, chefs de service et/ou praticiens hospitaliers auxquels il convient d'ajouter six internes en médecine.

Ces entretiens se sont déroulés sur une durée moyenne d'une heure, exclusivement dans les bureaux ou services desdits praticiens et sur prise de notes. Pour mener à bien cette enquête, j'ai constitué une grille d'entretien articulée autour de cinq questions ouvertes dont l'objectif était de connaître et comprendre leur état d'esprit face à cette réforme de l'aménagement et réduction du temps de travail médical.

L'ensemble des réponses a été rendu anonyme.

ANNEXE II :

Données chiffrées relatives à l'enquête menée au sein du Centre hospitalier intercommunal de Poissy / Saint-Germain-en-Laye

→ DONNEES RELATIVES AU PERSONNEL MEDICAL

Personnel médical	Chefs de service	Praticiens Hospitaliers	Internes		Total
			Généraliste	Spécialiste	
	13	7	5	1	26

Personnel médical (hors internes)	Médecins dont urgences	Médecins hors MCO	Chirurgiens	Anesthésiste - réanimateurs	Total
		12	3	2	3

Personnel médical (hors internes)	Présidents d'instance	Membres d'instances	Hors instances	Total
		3	16	1

→ DONNEES RELATIVES AUX SERVICES

Services	Services à garde	Services avec astreinte	Service hors garde et astreinte	Total
		7	6	1

Services par spécialités	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anesthésie-réanimation ▪ Cardiologie ▪ Pédiatrie ▪ Psychiatrie ▪ Réanimation médicale ▪ SMUR ▪ Urgences 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirurgie ▪ Gastro-entérologue ▪ Gériatrie ▪ Imagerie médicale ▪ Médecine interne ▪ Neurologie ▪ Pneumologie 		Total

ANNEXE III :

Grille des questions posées aux personnes interrogées

▪ Grille des questions posées aux praticiens hospitaliers :

- Quelle réaction face à l'ARTT médical ?
- Quelles conséquences sur l'organisation du service ?
- Quels outils sont utilisés pour mesurer le temps de présence médicale ?
- Comment est ressenti le fait de devoir rendre des comptes à l'administration ?
- Quel doit être le positionnement du chef de service ?

ou

- Comment les médecins non chefs apprécient-ils le rôle du chef de service et comment eux-mêmes à titre personnel s'investissent-ils ?

▪ Grille des questions posées aux internes :

- Ont-ils des difficultés à prendre leur repos de sécurité ?
- Avec cette réforme du repos quotidien, quelle est l'attitude des seniors à leur égard ? Peut-on parler de conflit de génération ?
- Quelle est aujourd'hui la semaine type d'une interne ?
- Comment apprécient-ils le rôle de médecin hospitalier et celui de chef de service ?
- Quelle leur vision du monde hospitalier ? Ont-ils pour ambition de rester à l'hôpital ?