



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'Hôpital**

**Promotion 2005**

---

**Les mutations de la profession de  
praticien hospitalier à travers l'aménagement et  
la réduction du temps de travail médical :  
évolutions sociologiques et implications managériales,  
l'exemple du centre hospitalier régional d'Orléans.**

---

**Marie TACZANOWSKI**

---

# Remerciements

---

La réalisation de ce mémoire constitue une source d'enrichissement personnel, notamment du fait de la qualité des rencontres que j'ai pu faire, de personnes d'horizons professionnels divers, que je tiens à saluer.

**M. JP GUSCHING**, directeur général du CHR d'Orléans. Je vous adresse mes plus sincères remerciements pour les entretiens que vous avez bien voulu m'accorder, qui ont nourri ma réflexion sur mon futur métier. Je tiens à remercier **l'ensemble de l'équipe** de direction du CHR d'Orléans pour l'accueil qui m'a été réservé.

**Mme G. ETRONNIER**, directrice des affaires médicales du CHRO et maître de stage. Un grand merci pour ton accompagnement et ton précieux soutien dans les différentes étapes de mon travail, ainsi que pour la qualité des relations que nous avons nouées.

**M. O. SIMON**, attaché d'administration au CHRO, que je remercie pour sa disponibilité.

**M. M. WENZLER**, directeur adjoint et directeur des affaires médicales au CH de Mulhouse, encadrant mémoire, et **M. M. BURDLOFF**, attaché d'administration. Recevez mes plus vifs remerciements pour vos conseils avisés et le temps que vous avez bien voulu consacrer au suivi attentif de mon étude.

Merci également à **M. M. FRITZ**, directeur du CH de Mulhouse, pour la qualité de votre accueil et vos encouragements lors de ma rencontre avec mon encadrant mémoire.

Je témoigne toute ma reconnaissance à l'ensemble des **médecins, internes, directeurs** du CHRO, du CH de Mulhouse, du CH de Blois, du CH de l'Agglomération Montargoise et des **Hôpitaux Civils de Colmar** qui m'ont accordé de leur temps et contribué à l'approfondissement de mon analyse.

Je tiens à remercier **M. le Pr. D. BERTRAND**, responsable du Master «analyse et gestion des établissements de santé » (Paris 7), et **Mme F. LIGNEUL**, secrétaire, pour leur soutien.

J'adresse mes remerciements à **M. A LUCAS**, et à **M. FX SCHWEYER**, enseignants à l'ENSP, pour leur aide dans l'orientation du sujet.

Merci à mes collègues et amis de l'ENSP, tout particulièrement à **Céline**.

Merci à **Papa**, pour me faire part de ton expérience avec tant de générosité, et à toi **Maman**, qui portes un regard bienveillant sur tout ce que j'entreprends.

**Jean-Marie**, pour ton indispensable présence et en souvenir de ces longs week-ends de travail où nous échangeons sur l'avenir partagé des médecins et directeurs d'hôpitaux...



Illustration tirée de :

**CAVALIER M., DALMASSO R., ROMATET J-J**, *Médecins, Directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*

Ed Erès, Coll. Action Santé, 2002.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
--------------------------	----------

<b>1 L'ARTM, UNE TRADUCTION POLITIQUE ET JURIDIQUE DES EVOLUTIONS SOCIOLOGIQUES DU CORPS MEDICAL, QUI ALIMENTE UNE TRANSFORMATION DE L'IDENTITE PROFESSIONNELLE DES PRATICIENS HOSPITALIERS.....</b>	<b>5</b>
--	----------

1.1 LE CADRE REGLEMENTAIRE ET SOCIETAL DE LA POLITIQUE D'ARTM.....	5
--	---

1.1.1 <i>Les facteurs d'évolution de la profession médicale favorables à une politique d'ARTM</i>	6
---	---

A) Un changement du rapport au travail dans la société auquel le corps médical ne demeure pas étranger.....	6
---	---

B) Au-delà des évolutions sociétales, une prise de conscience des risques sanitaires et sécuritaires de la fatigue liée au travail des médecins .....	7
---	---

a) Des arguments sanitaires justifiant une limitation du temps de travail médical.....	8
--	---

b) Des arguments juridiques justifiant une limitation du temps de travail médical.....	9
--	---

C) Les spécificités de l'activité médicale hospitalière appelant un encadrement du temps de travail des médecins .....	9
--	---

a) La difficulté à appréhender la notion de temps de travail du médecin hospitalier....	10
---	----

b) La féminisation de la profession médicale à l'origine d'un changement de référentiel en matière de temps de travail médical.....	11
---	----

c) Les contraintes propres à l'exercice de l'activité médicale en milieu hospitalier.....	13
---	----

1.1.2 <i>Le dispositif normatif de l'ARTM : encadrer le temps de travail médical tout en préservant la souplesse inhérente au métier de médecin.....</i>	<i>15</i>
--	-----------

A) L'action des anesthésistes réanimateurs et des urgentistes dans l'avènement de la réforme.....	15
---	----

B) Des dispositions qui précisent la notion de temps de travail médical .....	17
---	----

a) La fixation d'un plafond hebdomadaire de la durée du travail .....	17
---	----

b) L'intégration des gardes dans le temps de travail .....	18
--	----

c) Le droit à un repos quotidien.....	18
---------------------------------------	----

d) Les bénéficiaires du dispositif d'ARTM.....	20
--	----

C) Les questions non résolues par la réforme .....	21
--	----

a) Des flous juridiques persistants .....	21
---	----

b)	Des contradictions dans la législation .....	24
1.1.3	<i>Une réforme inachevée qui appelle des mesures d'assouplissement.....</i>	26
A)	Un bilan qui souligne les difficultés d'application de l'ARTM.....	26
a)	Une réorganisation des activités freinée par le manque d'effectifs médicaux .....	26
b)	L'apparition de nouveaux risques médico-légaux .....	27
c)	Les effets potentiellement néfastes d'une diminution de l'activité sur la qualité du service public hospitalier .....	28
B)	Un nécessaire assouplissement des modalités d'application de l'ARTM .....	29
a)	La possibilité d'effectuer du temps additionnel à la durée maximale hebdomadaire.....	29
b)	La possibilité de cumuler des jours de repos sur un compte épargne temps .....	30
c)	La possibilité de forfaitiser les astreintes .....	31
d)	Une amorce de changement au niveau européen.....	31
1.2	L'ARTM, VECTEUR D'EVOLUTION DES REPRESENTATIONS CULTURELLES ET DU POSITIONNEMENT DES MEDECINS AU SEIN DE L'INSTITUTION HOSPITALIERE.....	32
1.2.1	<i>Compter son temps de travail, un changement culturel bouleversant les éléments constitutifs de la profession médicale .....</i>	33
A)	Les divisions de la communauté médicale sur la pertinence et les modalités de décompte du temps de travail.....	33
B)	L'ARTM, facteur d'altération de l'autonomie professionnelle des médecins... ..	35
C)	...ou facteur d'apparition de nouvelles marges d'autonomie dans un espace de négociation entre médecins et directeurs ? .....	37
1.2.2	<i>Du colloque singulier à l'exercice collégial de la médecine : un risque de dépersonnalisation de la prestation de soin du médecin au patient à travers l'ARTM? .....</i>	38
A)	L'ARTM suppose une organisation du travail médical de plus en plus collégiale ..	38
a)	Une nécessaire synchronisation des temps de travail soignants et médicaux .....	39
b)	Une meilleure coordination de l'activité entre médecins .....	40
B)	L'exercice collégial de la médecine suscite des inquiétudes en termes de qualité de la prise en charge des patients.....	41
C)	Restructurer le soin tout en préservant son humanité, un enjeu pour la médecine actuelle .....	42
1.2.3	<i>La reconfiguration des relations entre médecins et directeurs sous l'effet de l'ARTM : une convergence vers une culture gestionnaire commune.....</i>	43
A)	L'affirmation du pouvoir gestionnaire du directeur d'hôpital.....	44
B)	L'émergence de médecins managers .....	45
C)	Une culture gestionnaire partagée qui tend à opérer un changement de modèle hospitalier .....	48

## **2 L'ARTM, UN EXEMPLE DE LA CONDUITE MANAGERIALE DU CHANGEMENT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES MEDECINS DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL D'ORLEANS..... 50**

2.1	LA PERCEPTION DE L'ARTM PAR LES ACTEURS DU CHANGEMENT : « UNE REFORME CIRCONSTANCIELLEMENT NEFASTE, MAIS STRUCTURELLEMENT POSITIVE » .....	52
2.1.1	<i>L'ARTM réalise un encadrement de l'activité médicale en phase avec les aspirations des praticiens hospitaliers.....</i>	52
2.1.2	<i>Des avis partagés sur l'introduction d'une logique de décompte du temps de travail médical</i>	53
2.1.3	<i>L'exacerbation de clivages au sein de la communauté médicale .....</i>	54
2.1.4	<i>Des inquiétudes quant aux effets potentiellement néfastes de l'ARTM .....</i>	55
2.2	LES ETAPES DU PILOTAGE DE L'ARTM AU CHRO .....	56
2.2.1	<i>Un plan d'actions caractérisé par un effort de communication sur les objectifs de la réforme</i>	56
A)	Définir des objectifs compatibles avec la position particulière du CHRO dans l'offre de soins .....	57
B)	Concilier les intérêts des individus et de l'institution hospitalière.....	58
C)	Mettre en avant l'intérêt de la transparence et non du contrôle de l'activité médicale	59
D)	Passer d'une logique de moyens à une réflexion organisationnelle avec l'appui des chefs de service.....	60
2.2.2	<i>La mise en œuvre de l'ARTM au CHRO témoigne de changements organisationnels effectifs, malgré une application inégale des dispositions de la réforme par les praticiens ...</i>	61
A)	L'application de l'ARTM a impulsé une réorganisation concertée des activités médicales.....	61
a)	La COPS : un partenariat entre médecins et directeurs pour le pilotage de l'ARTM au sein de l'établissement.....	62
b)	Des changements organisationnels modestes mais effectifs .....	63
B)	Une application à géométrie variable des dispositions relatives à l'ARTM.....	65
a)	Une appréciation approximative de la limitation à 48 heures hebdomadaires .....	66
b)	Un recours indispensable au TA pour assurer la continuité des soins .....	66
c)	Une application circonstancielle du repos compensateur .....	67
d)	Une utilisation des jours RTT et du CET répondant aux stratégies individuelles des praticiens .....	67
2.2.3	<i>L'évaluation des effets de l'ARTM : un bilan contrasté .....</i>	68
A)	Un gain au plan de la sécurité pour les patients.....	69
B)	Une meilleure qualité de vie pour les praticiens .....	69
C)	Des inquiétudes quant à la qualité de la prise en charge du patient .....	70

D)	Des difficultés d'application conduisant à une organisation marginalement dérogatoire à la légalité .....	71
2.3	LES QUESTIONS SOULEVEES PAR L'ARTM APPELLENT UN DEVELOPPEMENT DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MEDICALES.....	73
2.3.1	<i>Perfectionner les outils de gestion du corps médical.....</i>	73
A)	Moderniser les outils de gestion du temps de travail médical.....	73
a)	Les outils actuels de gestion du temps de travail médical sont insatisfaisants.....	74
b)	Vers une informatisation de la gestion du temps médical.....	75
B)	Flexibiliser les outils de gestion du recrutement et des carrières des PH.....	77
a)	Au plan quantitatif, une insuffisance du nombre de médecins formés .....	77
b)	Au plan qualitatif, un défaut d'attractivité de la profession de PH.....	78
2.3.2	<i>La recherche de stratégies d'optimisation du temps de travail médical.....</i>	81
A)	Une réflexion sur la répartition des tâches entre médecins et paramédicaux .....	81
B)	Une meilleure articulation de l'activité entre médecins .....	82
a)	Revoir le dispositif de gardes et d'astreintes .....	83
b)	Rationaliser l'occupation des blocs opératoires .....	85
c)	Porter davantage attention à l'utilisation du temps médical.....	86
C)	Une restructuration des activités hospitalières dans le cadre de coopérations entre établissements .....	87
2.3.3	<i>Une gestion des ressources humaines médicales en devenir.....</i>	90
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>93</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>97</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ARH</b>	Agence Régionale de l' <b>H</b> ospitalisation
<b>ARTM</b>	<b>A</b> ménagement et <b>R</b> éduction du <b>T</b> emps de travail <b>M</b> édical
<b>ARTT</b>	<b>A</b> ménagement et <b>R</b> éduction du <b>T</b> emps de <b>T</b> ravail
<b>CCA-AHU</b>	<b>C</b> hef de <b>C</b> linique des universités <b>A</b> ssistant des hôpitaux – <b>A</b> ssistant <b>H</b> ospitalier <b>U</b> niversitaire
<b>CET</b>	<b>C</b> ompte <b>E</b> pargne <b>T</b> emps
<b>CHRO</b>	<b>C</b> entre <b>H</b> ospitalier <b>R</b> égional d' <b>O</b> rléans
<b>CJCE</b>	<b>C</b> our de <b>J</b> ustice des <b>C</b> ommunautés <b>E</b> uropéennes
<b>CME</b>	<b>C</b> ommission <b>M</b> édicale d' <b>E</b> tablissement
<b>CMH</b>	<b>C</b> oordination <b>M</b> édicale <b>H</b> ospitalière
<b>COPS</b>	<b>C</b> ommission de l' <b>O</b> rganisation et de la <b>P</b> ermanence des <b>S</b> oins
<b>DHOS</b>	<b>D</b> irection de l' <b>H</b> ospitalisation et de l' <b>O</b> rganisation des <b>S</b> oins
<b>DREES</b>	<b>D</b> irection de la <b>R</b> echerche, des <b>E</b> tudes, de l' <b>E</b> valuation et des <b>S</b> tatistiques
<b>ETP</b>	<b>E</b> quivalent <b>T</b> emps <b>P</b> lein
<b>FFI</b>	<b>F</b> aisant <b>F</b> onction d' <b>I</b> nterne
<b>IGAS</b>	<b>I</b> nspection <b>G</b> énérale des <b>A</b> ffaires <b>S</b> ociales
<b>INPH</b>	<b>I</b> ntersyndicat <b>N</b> ational des <b>P</b> raticiens <b>H</b> ospitaliers
<b>INSEE</b>	<b>I</b> nstitut <b>N</b> ational de la <b>S</b> tatistique et des <b>E</b> tudes <b>E</b> conomiques
<b>IRCANTEC</b>	<b>I</b> nstitution de <b>R</b> etraite <b>C</b> omplémentaire des <b>A</b> gents <b>N</b> on <b>T</b> itulaires de l' <b>E</b> tat et des <b>C</b> ollectivités publiques
<b>MCU-PH</b>	<b>M</b> âitre de <b>C</b> onférences <b>U</b> niversitaire – <b>P</b> raticien <b>H</b> ospitalier
<b>MIRE</b>	<b>M</b> ission <b>I</b> nterministérielle de <b>R</b> echerche et d' <b>E</b> tudes
<b>PAC</b>	<b>P</b> raticien <b>A</b> djoint <b>C</b> ontractuel
<b>PH</b>	<b>P</b> raticien <b>H</b> ospitalier
<b>PHU</b>	<b>P</b> raticien <b>H</b> ospitalier <b>U</b> niversitaire
<b>PU-PH</b>	<b>P</b> rofesseur des <b>U</b> niversités – <b>P</b> raticien <b>H</b> ospitalier
<b>RTT</b>	<b>R</b> éduction du <b>T</b> emps de <b>T</b> ravail
<b>SNAM</b>	<b>S</b> yndicat <b>N</b> ational des <b>M</b> édecins, <b>C</b> hirurgiens, <b>S</b> pécialistes et <b>B</b> iologistes des <b>H</b> ôpitaux <b>P</b> ublics
<b>SNPHAR</b>	<b>S</b> yndicat <b>N</b> ational des <b>P</b> raticiens <b>H</b> ospitaliers <b>A</b> nesthésistes <b>R</b> éanimateurs
<b>TA</b>	<b>T</b> emps <b>A</b> dditionnel
<b>T2A</b>	<b>T</b> arifcation à l' <b>A</b> ctivité
<b>TMS</b>	<b>T</b> ableau <b>M</b> ensuel de <b>S</b> ervice



## INTRODUCTION

*« En vingt ans, l'hôpital public a connu dans les textes et dans la pratique des évolutions qui ont fortement sollicité les capacités d'adaptation de ses personnels »<sup>1</sup>.*

Parce qu'elle touche aux habitudes de travail et aux conceptions que les individus ont de leur activité, la politique de RTT constitue un changement majeur dans l'organisation des soins à l'hôpital. Le dispositif d'aménagement et de réduction du temps de travail des médecins (ARTM) s'inscrit dans un mouvement global de diminution du temps de travail à l'hôpital, qui a d'abord concerné les personnels non médicaux.

Ainsi, le protocole du 22 octobre 2001 constitue à la fois le cadrage national de l'extension de la RTT aux médecins hospitaliers, et la transposition de la directive européenne 93/104/CE du 23 novembre 1993, relative à certains aspects de l'aménagement du temps de travail. Les dispositions majeures de ce protocole, dont la particularité tient à ses origines tant nationale qu'europpéenne, prévoient :

- l'octroi de vingt jours au titre de la RTT aux médecins hospitaliers, à l'exclusion des personnels hospitalo-universitaires et des internes ;
- une limitation à 48 heures de la durée hebdomadaire moyenne du travail ;
- l'intégration des « gardes » rebaptisées « permanences sur place » dans le temps de travail ;
- l'instauration d'un repos quotidien, d'une durée minimale de 11 heures par période de 24 heures.

A la suite des anesthésistes réanimateurs et des urgentistes, qui ont largement contribué à l'avènement de cette réforme, de nombreux PH se montrent satisfaits de ces nouvelles modalités d'organisation du travail, qui leur apparaissent comme une opportunité de réorganisation de leur activité, d'amélioration de leur qualité de vie et de diminution du risque médico-légal.

A l'inverse, d'autres praticiens, dont les services connaissent déjà des difficultés de recrutement en personnel médical, s'élèvent contre l'application extrêmement longue et complexe de la réforme et contre les perturbations qu'elle génère.

---

<sup>1</sup> Citation extraite du rapport COUANAU, sur l'organisation interne de l'hôpital, 19 mars 2003.

La mise en œuvre concrète de l'ARTM, loin d'apparaître comme un moteur de restructuration des activités, s'apparente à un goulot d'étranglement pour les services dont les capacités de réactivité dans la gestion des effectifs médicaux sont bridées par la contraction du temps médical. Cette dernière peut atteindre 20%, voire 30% pour les disciplines les plus sinistrées, en perte sèche de temps de présence médicale.

Ces évolutions juridiques ont des effets d'ordre non seulement organisationnel mais également sociologique. L'ARTM est une réforme qui découle des évolutions socio-démographiques du corps médical autant qu'elle génère une inflexion des mentalités des médecins.

D'une part, la politique d'ARTM répond aux aspirations globales de la société à privilégier de plus en plus la qualité de vie personnelle et des conditions de travail.

D'autre part, cette réforme engendre un bouleversement de la conception qu'ont les praticiens de leur activité. L'introduction d'une logique de décompte du temps de travail marque une rupture des représentations canoniques du médecin qui s'investit sans mesure dans sa mission de soin, et fait apparaître deux clivages principaux au sein du corps médical. D'un côté, le fossé entre les personnels médicaux organisés en travail « posté » (anesthésistes, réanimateurs et urgentistes) et les médecins assurant une prise en charge globale du patient. De l'autre, un phénomène générationnel caractérisé par un attachement plus fort des jeunes médecins à leur qualité de vie.

Ces mutations internes du corps médical alimentent une transformation des principes traditionnellement attachés à la profession médicale.

Outre les luttes intestines entre médecins, qui se cristallisent autour de la légitimité du décompte du temps de travail et de l'investissement personnel dans la mission de soin, la place croissante des responsables administratifs dans la gestion de l'activité médicale heurte le principe d'autonomie de la profession médicale.

En effet, l'application de l'ARTM conduit les directeurs d'hôpital à s'intéresser de plus près au contenu et au suivi de l'activité médicale, et à en tirer des conclusions quant à l'organisation des équipes et du dispositif de permanence des soins. Les relations entre la direction de l'établissement et le corps médical se trouvent bouleversées par l'obligation faite aux PH de rendre des comptes sur leur activité.

Enfin, les rapports entre le médecin et le patient sont également affectés dès lors que sous l'effet de l'ARTM, la rotation plus rapide des équipes entraîne une prise en charge non plus dans le cadre interindividuel du colloque singulier, mais dans celui d'une équipe médicale.

Par conséquent, l'ARTM apparaît comme une réforme à l'origine d'un repositionnement des acteurs au sein de l'institution hospitalière, médecins, directeurs et patients.

Parce qu'il revêt une dimension à la fois organisationnelle et culturelle, le changement induit par l'ARTM appelle le développement de compétences managériales de la part des responsables chargés de sa mise en œuvre. Pour les directeurs d'hôpital, le pilotage de l'ARTM consiste à s'approprier un rôle qui dépasse celui du gestionnaire, et s'apparente davantage à celui de manager. En effet, l'application de l'ARTM exige une vision stratégique de l'organisation des soins, tant au sein d'un établissement que dans le périmètre d'un territoire de santé.

Ainsi, le rôle du directeur ne saurait se réduire à la seule mise en œuvre des dispositions statutaires relatives au corps médical, mais implique le développement d'une gestion des ressources humaines médicales.

Toutefois, l'expérience du terrain montre que cette gestion des ressources médicales est actuellement limitée dans ses leviers d'action. Le cas du CHR d'Orléans illustre les évolutions sociologiques et les implications managériales liées à l'application de l'ARTM. En outre, l'établissement apparaît comme un terrain d'investigation particulièrement intéressant, dans la mesure où la RTT du personnel médical accentue les difficultés que rencontre le CHR en matière de recrutement de médecins.

La démonstration suivante s'appuie sur une analyse menée auprès de médecins hospitaliers et de directeurs. Afin de limiter les biais de l'enquête, seuls des médecins au statut de PH à temps plein ont été interrogés. Ces derniers, engagés de façon permanente dans une carrière hospitalière, sont également les plus à même de s'exprimer sur les spécificités ressenties de la profession hospitalière.

Notre étude porte essentiellement sur les effets de l'ARTM au CHR d'Orléans. Quelques prolongements sont néanmoins proposés, à travers l'expérience de médecins du CH de Mulhouse et de directeurs de différents établissements, cités en **ANNEXE II**.

Si notre enquête s'avère particulièrement riche d'enseignements, les pistes proposées concernant le développement souhaitable des outils et méthodes de gestion des ressources médicales ne sauraient être généralisables à l'ensemble des établissements. Chaque structure comporte des spécificités quant à son activité, à sa capacité à assimiler les réformes concomitantes telles que la T2A ou la constitution des pôles, ou encore à la configuration des rapports sociaux entre les acteurs.

L'ARTM conduit précisément les dirigeants des établissements de santé à interroger le fonctionnement de ces structures, mais également l'identité des hommes et femmes qui y travaillent.

Dans une première partie, nous verrons en quoi l'ARTM peut être considérée comme la traduction politique et juridique des évolutions sociologiques du corps médical, alimentant une transformation de l'identité professionnelle des praticiens hospitaliers **(1)**.

Dans une seconde partie, l'ARTM sera étudiée en tant qu'exemple de conduite managériale du changement des pratiques professionnelles des médecins, à partir de l'expérience du CHR d'Orléans **(2)**.

# **1 L'ARTM, UNE TRADUCTION POLITIQUE ET JURIDIQUE DES EVOLUTIONS SOCIOLOGIQUES DU CORPS MEDICAL, QUI ALIMENTE UNE TRANSFORMATION DE L'IDENTITE PROFESSIONNELLE DES PRATICIENS HOSPITALIERS**

L'étude des fondements de la politique d'ARTM conduit à s'interroger sur les mutations structurantes qui ont affecté la profession médicale ces dernières années.

En effet, l'évolution des dynamiques internes du corps médical et le contexte de croissance du risque médico-légal ont appelé un encadrement normatif du temps de travail des médecins hospitaliers **(1.1)**.

Si la politique d'ARTM est révélatrice des évolutions sociologiques majeures de la profession médicale, elle est également génératrice d'une redéfinition des valeurs professionnelles des médecins hospitaliers **(1.2)**.

## **1.1 Le cadre réglementaire et sociétal de la politique d'ARTM**

L'analyse de la politique d'ARTM nécessite de préciser d'une part, le contexte d'élaboration de la réforme, lié aux évolutions sociodémographiques de la profession médicale **(1.1.1)**.

D'autre part, il convient d'envisager le dispositif d'ARTM, qui se caractérise par des normes d'origine tant nationale qu'européenne, visant à encadrer le temps de travail médical, tout en préservant une souplesse inhérente au métier de médecin **(1.1.2)**.

Toutefois, l'ARTM est à l'origine de sérieuses perturbations dans l'organisation interne des établissements de santé. Les mesures d'assouplissement prévues par les textes français ainsi qu'une réflexion sur la flexibilisation des modalités d'application de l'ARTM au niveau européen témoignent du caractère inachevé de la réforme **(1.1.3)**.

### **1.1.1 Les facteurs d'évolution de la profession médicale favorables à une politique d'ARTM**

La mise en place de l'ARTM correspond à la traduction des transformations de la profession médicale, sous la double forme d'une reconnaissance politique et d'une formalisation juridique.

Il s'agit d'abord d'étudier le changement du rapport au travail des médecins, qui s'inscrit dans une évolution sociétale **(A)**.

Par ailleurs, la place croissante des enjeux sécuritaires et sanitaires liés à la fatigue engendrée par une durée excessive de travail a contribué à la prise de conscience de la nécessité d'encadrer le temps de travail médical **(B)**.

Enfin, l'ARTM se justifie d'autant plus qu'il existe des contraintes spécifiques à l'activité médicale hospitalière **(C)**.

#### **A) Un changement du rapport au travail dans la société auquel le corps médical ne demeure pas étranger**

La mise en place d'une politique d'ARTT répond à plusieurs objectifs, qui se conjuguent dans des proportions variables selon les époques: amélioration des conditions de travail, lutte contre le chômage, reconnaissance d'un droit au repos, sont autant de critères qui guident l'arbitrage de la société à un moment donné, entre les aspirations respectives de ses membres au travail et aux loisirs.

Le bilan que dresse le sociologue J. DUMAZEDIER<sup>2</sup> de la période 1968-1988 montre que l'évolution du rapport au travail dans la société française s'apparente à la recherche d'une articulation plus étroite entre le temps consacré aux activités professionnelles et le temps de loisirs. Actuellement, le temps libre tendrait même à exercer un rôle structurant sur le temps de travail.

Pour F. STEUDLER<sup>3</sup>, ce nouveau rapport au temps manifeste la capacité de la société actuelle à investir d'autres espaces que celui de la production. Parallèlement au temps de

---

<sup>2</sup> DUMAZEDIER J., *révolution culturelle du temps libre : 1968-1988*, Méridiens-Klincksieck, 1988.

<sup>3</sup> STEUDLER F. (dir.), *aspects socio-historiques de la RTT*, Congrès ANFH Lorraine, 35h : *coup de pied, coup de pouce ? La métamorphose du temps de travail en milieux hospitalier et médico-social*, 18-19 avril 2001.

travail s'élargit le champ des temps sociaux consacrés à la famille, au repos, au sport, à la culture, aux voyages, à la vie associative etc. Certains auteurs<sup>4</sup> parlent même d'un délitement de la valeur travail, au sens où l'activité professionnelle, qui a été un élément privilégié de la socialisation, de l'identité collective et individuelle, n'est plus au fondement du lien social.

Les médecins, dont le statut social s'aligne progressivement sur l'ensemble des autres catégories de niveau équivalent de formation, ne veulent plus être tenus à l'écart de ces évolutions.

Les valeurs d'indépendance, d'initiative et d'autonomie liées au modèle traditionnel de la profession médicale, sont aujourd'hui concurrencées par l'aspiration à une certaine qualité de vie<sup>5</sup>.

Pour autant, les médecins, de même que les catégories socioprofessionnelles de niveau équivalent, ne se considèrent pas adeptes de la « *civilisation de loisirs* », qualifiée comme telle par J. DUMAZEDIER. Des enquêtes successives menées par l'INSEE<sup>6</sup> sur les années 1947, 1986 et 1998 montrent que ce sont les plus diplômés qui travaillent le plus et qui consacrent le moins de temps aux loisirs, bien qu'il existe une différenciation des types de loisir liée au niveau d'études et de revenu.

Les évolutions sociétales du rapport au travail recouvrent donc des pratiques diverses. Au sein de la communauté médicale, il ne s'agit pas tant de travailler moins que de travailler autrement, à la fois pour répondre à des aspirations individuelles, et pour se prémunir contre la croissance des risques médico-légaux.

## **B) Au-delà des évolutions sociétales, une prise de conscience des risques sanitaires et sécuritaires de la fatigue liée au travail des médecins**

La politique d'ARTM résulte d'une double prise de conscience : d'une part, celle des effets néfastes sur la santé des médecins d'une activité trop intense, et d'autre part, celle de l'ampleur du risque judiciaire.

---

<sup>4</sup> MEDA D., *Le travail, une valeur en voie de disparition*, Paris, Flammarion, 1998.

<sup>5</sup> SCHWEYER FX (*dir.*), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Ed. ENSP, 2004.

<sup>6</sup> INSEE, A. CHENU et N. HERPIN, *Economie et statistiques*, n° 352-3, septembre 2002.

C'est pourquoi des arguments d'ordre tant sanitaires **(a)** que sécuritaires **(b)** permettent de justifier la limitation du temps de travail médical.

a) *Des arguments sanitaires justifiant une limitation du temps de travail médical*

Tous les médecins hospitaliers sont soumis à l'obligation de permanence des soins, inhérente au fonctionnement du service public hospitalier. La permanence, sous forme de garde et d'astreinte, s'effectuant notamment en période nocturne, est source d'une réelle contrainte et d'une pénibilité qui s'accroissent avec l'âge.

De nombreux travaux sur la répercussion du manque de sommeil chez les médecins pointent le risque d'erreurs médicales majoré par la fatigue liée aux périodes de garde. Une étude<sup>7</sup> menée chez des médecins seniors, afin d'analyser le retentissement de la garde sur le sommeil et l'activité de jour, donne les conclusions suivantes: après trente-six heures sans sommeil, les médecins se montrent moins aptes à raisonner et présentent des défauts de vigilance. Les chirurgiens éveillés toute la nuit font plus d'erreurs et opèrent moins vite que ceux qui ont bénéficié d'une nuit de repos.

Une des dispositions majeures de l'ARTM est l'instauration d'un repos quotidien, qui permet au praticien de bénéficier d'un repos de 11 heures par période de 24 heures. Le repos compensateur apparaît donc comme une nécessité physiologique pour la santé du praticien qui participe au service de garde. Un réel effort de mise en conformité des législations est recherché au plan européen. En France, en Finlande, en Italie ou en Allemagne, le repos compensateur est octroyé le lendemain d'une garde. Au Royaume-Uni, un jour de congé supplémentaire est attribué par garde, mais non nécessairement pris le lendemain.

---

<sup>7</sup> DRU M., BRUGE P., BENOIT O., LECARPENTIER E., COMBES X., DHONNEUR G., *Long work cycles in physicians working in interventional specialities : effects of overnight duty on physical activity, sleep and performance*. *Anesthesiology*, 2003; 99, A 1301.



*b) Des arguments juridiques justifiant une limitation du temps de travail médical*

Face à la judiciarisation croissante des relations médecin-patient, observable dans le nombre de litiges et contentieux liés à des plaintes pour faute médicale, erreur de diagnostic ou négligence dans la prise en charge, le repos compensateur institué dans le cadre de l'ARTM apparaît comme une mesure de prévention à la survenue de défaillances et donc, d'éventuelles poursuites contre le praticien.

Par conséquent, le repos compensateur participe à l'amélioration de la qualité des soins, en ce qu'il contribue à la fois à améliorer la sécurité du patient et la santé du praticien. Dans la mesure où le patient a l'assurance d'être pris en charge par un médecin qui n'aura pas travaillé plus de vingt-quatre heures consécutives, l'argument de la « perte de chance », régulièrement soulevé au cours de litiges, ne peut plus être fondé sur l'état de fatigue excessive du médecin.

La réduction du temps de travail des médecins vise à répondre à une situation jugée excessive en termes de charge de travail. Les praticiens hospitaliers sont d'autant plus concernés par cette situation que leur activité comporte des spécificités pouvant justifier un encadrement de leur temps de travail.

**C) Les spécificités de l'activité médicale hospitalière appelant un encadrement du temps de travail des médecins**

Une analyse de la situation des médecins au plan de leur durée de travail fait apparaître deux difficultés principales : non seulement, la mesure du temps de travail médical pose problème en elle-même **(a)**, mais en outre, le nombre d'heures de travail ne semble pas être le seul critère permettant de justifier une réduction du temps de travail médical. Il convient de prendre également en compte les effets de la féminisation de la profession **(b)**, ainsi que les contraintes propres à l'exercice d'une activité médicale en milieu hospitalier **(c)**.

a) *La difficulté à appréhender la notion de temps de travail du médecin hospitalier*

Le système de décompte du temps de travail des médecins s'effectue en demi-journées, dont le nombre annuel est fixé à 207 jours ou 414 demi-journées depuis l'ARTM (au lieu de 227 jours ou 454 demi-journées auparavant).

L'ambiguïté tient précisément à la notion de «demi-journée», qui fait l'objet d'un flou juridique volontaire, visant à concilier une double préoccupation : fixer un cadre permettant d'assurer la continuité des soins, tout en conservant la souplesse inhérente à l'activité médicale, dont le caractère en partie imprévisible ne justifie pas de précision plus grande.

Un système dérogatoire de décompte en heures est possible pour les disciplines organisées en temps continu (anesthésie réanimation, urgences, gynécologie-obstétrique). Cet aménagement témoigne de la diversité du rapport au temps selon les spécialités, et vient encore complexifier la possibilité d'une approche quantitative globale du temps de travail médical, puisque coexistent désormais deux systèmes de mesure, en demi-journées d'une part, en heures d'autre part.

P. BOUFFARTIGUE et J. BOUTEILLER<sup>8</sup> vont jusqu'à mettre en cause la pertinence de la mesure du temps de travail des médecins, notamment hospitaliers.

L'activité des médecins hospitaliers, bien que salariée, est difficilement objectivable. La plupart des médecins sont embarrassés lorsqu'on leur demande de déclarer une durée hebdomadaire de travail. Il existe une réelle difficulté à quantifier la durée de la plupart des tâches qui composent l'exercice médical, qui s'étend bien au-delà de l'activité de soin. Ces tâches diverses s'exercent parfois sur différents lieux, et concernent des activités frontières, telles que la formation, la recherche ou encore divers investissements institutionnels (réunions, réseaux, groupes de travail). Certains médecins interrogés dans l'étude considèrent leur activité comme dépassant le strict espace-temps professionnel, du fait des responsabilités qui leur incombent : « *c'est qu'on demeure, le lieu de soins quitté, comptable de la vie d'autrui* ».

Malgré cette difficulté à objectiver la notion de temps de travail des médecins, des études cherchent à suivre les grandes tendances d'évolution de la durée hebdomadaire de travail

---

<sup>8</sup> BOUFFARTIGUE P., BOUTEILLER J., *Les conditions de travail des médecins : intérêt et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux*, in colloque DREES du 13 décembre 2004, *les conditions de travail dans les établissements de santé*.

à partir des déclarations des intéressés. Les enquêtes régulières de l'INSEE sur la situation de l'emploi montrent que les médecins travaillent en moyenne 50 heures par semaine. Après une phase de stabilisation de la durée hebdomadaire de travail durant les années 80, une hausse est observée depuis 1992, passant de 48 heures en 1991 à 51 heures en 2001<sup>9</sup>.

Ce constat, qui va à l'encontre du mouvement global de diminution du temps de travail, ne saurait démentir les aspirations à la réduction du temps de travail des médecins, liées à des facteurs tant personnels que professionnels.

*b) La féminisation de la profession médicale à l'origine d'un changement de référentiel en matière de temps de travail médical*

Actuellement, les femmes représentent plus de 40% des médecins en exercice, et les projections statistiques avancent l'hypothèse de 50% d'ici 2020. La part des femmes s'élève à 56% des médecins âgés de moins de 35 ans, 41% des 35 à 50 ans et 29% des plus de 50 ans. Parmi les médecins exerçant à temps partiel, les femmes sont largement majoritaires : 25% des femmes médecins exercent à temps partiel contre 2% chez les hommes<sup>10</sup>.

De façon instinctive, on pourrait penser que la féminisation de la profession médicale et le développement du temps partiel (10% en 1992, 11,5% en 1999) entraînent mécaniquement un impact à la baisse du temps de travail global. Or, les études de la DREES relèvent qu'après une relative stabilité de la durée hebdomadaire du travail déclarée par les médecins durant les années quatre-vingts, celle-ci évolue à la hausse. Depuis 1992, un médecin travaille chaque année 21 minutes de plus que l'année précédente<sup>11</sup>.

Ces données globales ne renseignent pas sur les disparités de plus en plus importantes entre médecins en termes de temps de travail, ainsi que l'indique le tableau suivant.

---

<sup>9</sup> DREES, *Etudes et Résultats, les effectifs et la durée de travail des médecins au 01.01.1999*, n°44, décembre 1999.

<sup>10</sup> Chiffres de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, 2004.

**Tableau 1 : Durée hebdomadaire de travail des médecins au 01 janvier 1999**

		Libéral généraliste	Libéral spécialiste	Salarié hospitalier	Salarié non hospitalier	Ensemble
Hommes	Temps complet	58	56,1	53,7	50,1	<b>56,3</b>
	Temps partiel	n.d	27,2	n.d	n.d	<b>25,8</b>
	Ensemble	58,6	55,1	53,4	49	<b>55,7</b>
Femmes	Temps complet	51,3	41,7	46,6	43,5	<b>45,8</b>
	Temps partiel	33,9	28,5	26,3	24,3	<b>27,7</b>
	Ensemble	46,9	38,6	42,2	36,7	<b>41,2</b>
Ensemble	Temps complet	57,5	51,3	50,8	46,5	<b>52,9</b>
	Temps partiel	32,5	28,2	26,2	24,8	<b>27,5</b>
	<b>Ensemble</b>	<b>56</b>	<b>48,8</b>	<b>48,1</b>	<b>41,1</b>	<b>50,1</b>

Source : DREES, *Etudes et résultats, Le temps de travail des médecins l'impact des évolutions sociodémographiques*, n°114, mai 2001.

Si, au plan quantitatif, les enquêtes telles que celles-ci montrent que la durée hebdomadaire de travail des femmes est inférieure de 6 heures en moyenne à celle des hommes médecins, au plan qualitatif, la féminisation du corps médical fait l'objet d'analyses contradictoires. En effet, l'impact de la féminisation parmi les autres facteurs influençant la dynamique de la profession médicale, tels que le vieillissement de la population médicale ou l'évolution des techniques, est inégalement considéré.

Néanmoins, il existe un consensus sur l'idée que les femmes médecins tendent à adopter des pratiques spécifiques dans leur exercice, notamment en termes de gestion du temps de travail. En effet, s'il apparaît que la féminisation n'entraîne pas de diminution de la durée globale du travail des médecins, le facteur temps constitue toutefois un critère de choix majeur dans l'orientation des femmes médecins.

Une enquête de l'INSEE<sup>12</sup> montre que la prise en compte de l'interface travail-famille entraîne auprès des femmes médecins une aversion plus forte pour les spécialités identifiées comme les plus chronophages, qu'elles exercent en libéral ou à l'hôpital.

Cependant, ces stratégies de conciliation tendent à perdre de leur spécificité sexuée. La féminisation du corps médical a impulsé une certaine prise de distance envers le modèle

---

<sup>11</sup> VILAIN A, NIEL X, *le temps de travail des médecins, l'impact des évolutions sociodémographiques*, DREES, Etudes et Résultats, n°114, 2001.

<sup>12</sup> INSEE, *Regards sur la parité*, 2002.

de la disponibilité permanente, qui caractérise le modèle traditionnel de la profession médicale. Ce dernier est celui du médecin qui s'investit pleinement dans son travail, le plus souvent au détriment d'une vie domestique, familiale et même sociale<sup>13</sup>. La disponibilité envers le patient est totale, les durées de travail sont longues, les horaires atypiques, mais les contreparties sont élevées, en termes de revenus et surtout de reconnaissance sociale.

Aujourd'hui, la question de la conciliation entre activité professionnelle et vie familiale n'est plus pensée uniquement au féminin. Les femmes médecins, loin de s'aligner sur le modèle majoritaire masculin, sont à l'origine d'un changement de référentiel en matière d'organisation du travail médical. Les hommes se montrent de plus en plus concernés par la question de l'articulation du temps de travail et des rôles sociaux et familiaux<sup>14</sup>.

La remise en question du modèle traditionnel de la profession médicale a été amorcée non seulement par l'augmentation du nombre de femmes médecins, mais aussi par le souhait des épouses de médecins de réaliser leur propre carrière professionnelle. En effet, les aspirations croissantes des compagnes des médecins à mener de front activité professionnelle et vie personnelle conduit les hommes à adopter à leur tour des stratégies de conciliation.

Ainsi, l'aspiration à une RTT s'inscrit dans un processus généralisé de modification du rapport des médecins à l'exercice professionnel, notamment en raison des contraintes spécifiques liées à leur activité.

c) *Les contraintes propres à l'exercice de l'activité médicale en milieu hospitalier*

Les données présentées en Tableau 2 indiquent que la durée du travail des médecins libéraux est plus importante que celle de leurs confrères salariés, notamment hospitaliers. Ce constat permet de s'interroger sur les éléments d'explication autres que le nombre

---

<sup>13</sup> FOUQUET A., *Des contrats sociaux entre les sexes différents selon les pays de l'Union européenne*, in *Egalité entre hommes et femmes : aspects économiques*, Paris, La documentation française, 1999.

<sup>14</sup> LAPEYRE N., LE FEUVRE N., *Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé*, Revue Française des Affaires Sociales, n°1, 2005.

d'heures permettant de légitimer l'application d'une réduction du temps de travail aux médecins hospitaliers.

**Tableau 2 : Evolution de la durée hebdomadaire de travail déclarée  
par les médecins (temps complet) entre 1982 et 2000**

<b>CATEGORIE DE MEDECINS</b>	<b>1982</b>	<b>1986</b>	<b>1991</b>	<b>1996</b>	<b>2000</b>
Généraliste libéral	nd	nd	nd	nd	56h
Spécialiste libéral	nd	nd	nd	nd	48h50
Hospitaliers (sans activité libérale)	43h	42h25	43h	42h05	45h
Salariés non hospitaliers	34h50	34h25	36h	36h05	37h10
<b>ENSEMBLE</b>	<b>nd</b>	<b>nd</b>	<b>48h</b>	<b>nd</b>	<b>51h</b>

*DREES, Etudes et Résultats, les effectifs et la durée de travail des médecins au 01.01.1999, n°44, décembre 1999.*

Une analyse succincte du tableau permet de relever une moindre durée du travail des médecins hospitaliers en comparaison avec leurs confrères libéraux.

Néanmoins, il convient d'apporter quelques correctifs à cette lecture : la question posée porte sur la durée de travail la semaine précédant l'enquête.

Au plan quantitatif d'abord, la durée de travail des médecins hospitaliers varie considérablement d'une semaine à l'autre selon qu'ils aient ou non participé à la permanence des soins.

Au plan qualitatif ensuite, ce relevé ne permet pas de différencier les charges de travail entre les disciplines médicales hospitalières, ni entre les conditions d'exercice de la médecine libérale et de la médecine hospitalière.

Or, c'est précisément sur ce dernier point qu'A. VEGA<sup>15</sup> souligne les limites d'une comparaison en termes de temps de travail entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers. Plus que le nombre d'heures travaillées, c'est le degré de pénibilité qui devrait jouer en faveur d'une limitation de la durée du travail.

Sans nier les contraintes qui s'appliquent à l'exercice de la médecine libérale, notamment rurale, A. VEGA relève que la pénibilité du travail est ressentie plus intensément auprès des médecins hospitaliers. Ces derniers assurent la permanence des soins, avec une

---

<sup>15</sup> VEGA A., *Les médecins libéraux et salariés : motivations initiales et construction des identités professionnelles au travers de la question du temps de travail*, in colloque DREES du 13 décembre 2004, *Les conditions de travail dans les établissements de santé*.

activité de garde répétée, et ne maîtrisent pas les flux de patients qui peuvent s'adresser à l'hôpital, 24 heures sur 24. Le degré de pénibilité le plus fort est exprimé par les praticiens de première (urgentistes) ou de dernière ligne (gériatres).

En raison des difficultés d'appréhension de la notion de temps de travail médical, et de la croissance des préoccupations sanitaires et sécuritaires aux plans tant national qu'europpéen, un dispositif normatif d'encadrement des conditions d'exercice de l'activité des médecins hospitaliers est apparu nécessaire.

### **1.1.2 Le dispositif normatif de l'ARTM : encadrer le temps de travail médical tout en préservant la souplesse inhérente au métier de médecin**

Le dispositif normatif de l'ARTM présente une double particularité. D'une part, il apparaît comme le fruit de négociations entre les pouvoirs publics et les syndicats de médecins, principalement les anesthésistes réanimateurs et les urgentistes **(A)**.

D'autre part, les textes relatifs à l'ARTM, qui viennent préciser la notion de temps de travail médical, sont d'inspiration tant nationale qu'europpéenne **(B)**.

Enfin, si l'ARTM constitue une avancée au plan de la sécurité juridique des conditions d'exercice de l'activité médicale, de nombreuses questions restent en suspens **(C)**.

#### **A) L'action des anesthésistes réanimateurs et des urgentistes dans l'avènement de la réforme**

L'encadrement de la RTT par des textes d'origine tant nationale qu'europpéenne ne suffit pas à expliquer la genèse de la réforme. En effet, l'application de l'ARTT aux personnels médicaux hospitaliers ne semblait pas évidente aux yeux des pouvoirs publics français. Cette revendication est le fait de syndicats médicaux, principalement ceux des anesthésistes réanimateurs et des urgentistes, qui ont dans un premier temps sensibilisé le gouvernement aux arguments de la sécurité du patient et de la qualité de vie tant professionnelle que personnelle des praticiens concernés. Dans un second temps, ces syndicats, rejoints par d'autres, ont âprement négocié avec le ministère les conditions de mise en œuvre de l'ARTM.

L'ARTM en France est donc le fruit d'une négociation entre les pouvoirs publics et quelques « *groupes d'intérêt* », au sens employé par M. OFFERLE<sup>16</sup>. Ces groupes agissent dans le cadre d'un répertoire de catégories d'actions dont P. BRAUD<sup>17</sup> a dressé une typologie: pressions directes de type lobbying, pressions indirectes, via la presse notamment, participation institutionnalisée sous forme de négociations avec les pouvoirs publics. Les syndicats d'anesthésistes réanimateurs et d'urgentistes ont puisé dans ces trois registres (communiqués sur sites Internet, publications dans la presse spécialisée, lettres au ministre, négociation institutionnelle).

La stratégie des syndicats médicaux, consistant à sublimer une lutte catégorielle en une revendication généralisée à l'ensemble de la profession médicale hospitalière, a partiellement réussi.

Les professionnels médicaux opposés à l'ARTM ont tendance à imputer aux anesthésistes réanimateurs et aux urgentistes la responsabilité des difficultés que connaissent les spécialités médicales et chirurgicales du fait de la diminution du temps de travail médical. Ainsi, on observe dans les établissements un clivage de plus en plus marqué entre professionnels, qui repose davantage sur le mode d'organisation du travail que sur l'appartenance disciplinaire.

En revanche, l'action des anesthésistes réanimateurs et des urgentistes a également produit un effet d'entraînement, qui correspond à ce que M. OLSON nomme « *la logique de l'action collective* »<sup>18</sup>. Toute réforme engendre des effets d'aubaine, si bien que les enjeux d'une action menée au départ par un nombre d'acteurs limité sont récupérés par un plus grand nombre d'acteurs, dès lors que les bénéfices potentiels ont été compris.

Aujourd'hui, la réforme de l'ARTM est considérée par un nombre considérable de praticiens de diverses disciplines comme un acquis social, bénéfique tant aux plans de la sécurité du patient que de la qualité de vie du médecin.

---

<sup>16</sup> OFFERLE M., *Sociologie des groupes d'intérêt*, Montchrestien, 2<sup>e</sup>éd., 1994. Les groupes d'intérêt cherchent à influencer le pouvoir, non à l'exercer. A la différence des lobbies, leurs revendications ne sont pas uniquement d'ordre économique.

<sup>17</sup> BRAUD P., *Sociologie politique*, LGDJ, 7<sup>e</sup>éd., 2004.

<sup>18</sup> OLSON M., *La logique de l'action collective*, P.U.F., 2<sup>e</sup> éd., 1987.



## **B) Des dispositions qui précisent la notion de temps de travail médical**

La mise en œuvre de l'ARTM présente la particularité d'être régie de façon complémentaire à la fois par la législation française sur la RTT, et par les exigences du droit communautaire.

Si la directive européenne 93/104/CE du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail s'inscrit dans une dynamique d' « *amélioration du milieu de travail, afin de garantir un meilleur niveau de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs* » (considérant 1), le protocole de cadrage national établi le 22 octobre 2001 entre le gouvernement et les syndicats de médecins intègre dans le droit français les dispositions de la directive, dans une volonté affichée de « *progrès social* ». La conjonction des normes nationales et européennes vise donc à répondre tant aux préoccupations sécuritaires et sanitaires que de qualité de vie.

La directive européenne 93/104/CE du 23 novembre 1993 bouleverse la définition du temps de travail des médecins hospitaliers sous trois aspects principaux : la fixation d'un plafond hebdomadaire de 48 heures, en moyenne lissée sur quatre mois **(a)**, l'intégration des gardes dans le temps de travail **(b)**, la définition d'un repos quotidien **(c)**. Enfin, selon leur statut, les médecins hospitaliers ne sont pas tous concernés de la même façon par la réforme **(d)**.

### *a) La fixation d'un plafond hebdomadaire de la durée du travail*

La directive européenne a vocation à être appliquée à tous les secteurs d'activité, sous réserve de quelques exceptions. Instituant à l'échelle de l'Union Européenne des prescriptions minimales de sécurité et de santé en matière d'aménagement du temps de travail, elle fixe la durée hebdomadaire du travail à 48 heures au maximum. Il s'agit d'un plafond et non d'une durée légale, devant être comptabilisé en moyenne lissée sur quatre mois, afin de ménager une certaine souplesse liée aux variations de l'activité.

Dans un premier temps, la DHOS a considéré que la directive ne concernait pas les médecins hospitaliers. Or, l'arrêt du 3 octobre 2000 dit « Valenciana » ou « SIMAP » de la CJCE vient clore un litige entre le ministre de la santé de la province de Valence et un syndicat médical, en précisant non seulement que l'activité des médecins relève bien du champ de la directive, mais également que le temps de garde devait être pris en compte pour le calcul des durées maximales de travail effectif.

b) *L'intégration des gardes dans le temps de travail*

L'intégration des gardes dans le temps de travail des médecins a été confirmée par la CJCE dans l'arrêt JAEGER, du 9 septembre 2003. Pour les praticiens concernés, l'enjeu ne concernait plus seulement la reconnaissance du temps de garde en tant que temps de travail, mais également l'acceptation de ce que la totalité de ce temps de garde devait être considérée comme du temps de travail, sans distinction aucune des périodes dites actives ou inactives de la permanence sur place.

Les médecins de nombreux Etats européens ont salué cet arrêt, interprété comme une reconnaissance légitime du travail de nuit.

c) *Le droit à un repos quotidien*

La directive énonce le droit au repos quotidien, d'une durée de onze heures par période de vingt-quatre heures. A titre exceptionnel, la durée du travail peut atteindre vingt-quatre heures, à condition d'être immédiatement suivie d'une cessation d'activité de durée équivalente. En France, le décret n°2002-1421 du 6 décembre 2002 officialise cette possibilité pour les praticiens hospitaliers.

En pratique, le droit au repos quotidien s'exerce souvent sous la forme de repos qualifié de « compensateur » dans le milieu hospitalier, au sens où il intervient le lendemain d'une permanence sur place. Cette obligation faite au praticien de se reposer vingt-quatre heures au lendemain d'une permanence sur place précédée d'une journée d'activité a permis d'éliminer les situations où un médecin pouvait être de garde du samedi midi au lundi soir.

Il convient de faire la distinction entre les personnels médicaux hospitaliers, soumis au repos quotidien, et les personnels hospitalo-universitaires, soumis au repos de sécurité<sup>19</sup>. Si le repos quotidien prévoit l'interruption de toute activité, le repos de sécurité ne

---

<sup>19</sup> Arrêté du 18 novembre 2003 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et circulaire DHOS/M2/2003 n°219 du 6 mai 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins et à l'application des dispositions d'intégration des gardes dans les obligations de service statutaires.

consiste qu'en un arrêt de toute activité clinique, afin de permettre la poursuite d'activités d'enseignement ou de recherche. Au sein des personnels hospitalo-universitaires, ce repos de sécurité ne s'applique pas aux praticiens des services organisés en temps médical continu, qui sont également soumis à un repos quotidien strict.

**Tableau 3 : REPOS QUOTIDIEN - REPOS DE SECURITE**

Personnel médical hospitalier	Personnel médical hospitalo-universitaire
Repos quotidien pour tous les services : arrêt de toute activité, clinique ou autre.	En principe, <b>repos de sécurité</b> : arrêt de toute activité clinique auprès du patient, activité de recherche et d'enseignement autorisée.
	Par dérogation, pour les services organisés en temps continu : <b>repos quotidien</b> .

En l'absence de transposition nationale, la directive est d'application directe. Le protocole de cadrage national du 22 octobre 2001 réalise une mise en conformité du temps de travail des médecins hospitaliers aux règles européennes.

Signé par quatre organisations représentatives des médecins hospitaliers d'une part<sup>20</sup>, et le gouvernement français d'autre part, le protocole établit une nouvelle référence de durée annuelle du travail. Cette dernière passe de 227 jours à 207 jours, sous l'effet de l'octroi d'un forfait de 20 jours pour les praticiens à temps plein au titre de la RTT à compter du 01 janvier 2002.

**Tableau 4 : DUREE ANNUELLE DE TRAVAIL DES MEDECINS HOSPITALIERS**

Avant l'ARTM	Depuis l'ARTM
227 jours / an soit 365 jours - 104 week-ends – 9 fériés – 25 congés annuels	<b>207 jours / an</b> soit 365 jours – 104 week-ends – 9 fériés – 25 congés annuels – <b>20 jours RTT</b>

<sup>20</sup> CHG (*Confédération des Hôpitaux Généraux*), CMH (*Coordination médicale Hospitalière*), INPH (*Inter syndicat National des PH*), SNAM (*Syndicat National des Médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics*).

L'appréhension globale en dix demi-journées hebdomadaires est maintenue, sachant que le volume total ne doit pas dépasser 48 heures en moyenne lissée sur quatre mois, permanences comprises. Cet encadrement de la durée hebdomadaire du travail des médecins est entré en vigueur au 01 janvier 2003.

Sont incluses dans les obligations hebdomadaires de service, outre les gardes désormais rebaptisées « permanences sur place », les activités d'intérêt général, l'activité libérale, les contrats d'enseignement et de recherche, les activités de réseaux, de coopération et les périodes de formation continue.

En cas de nécessité de service obligeant un dépassement des 48 heures hebdomadaires ou des dix demi-journées, des plages de temps additionnel peuvent être réalisées sur la base du volontariat, et font l'objet soit d'une rémunération forfaitaire par plage, soit d'une récupération d'un jour de congé par plage.

d) *Les bénéficiaires du dispositif d'ARTM*

Sont concernés par les dispositions nationales et européennes relatives à l'ARTM les PH à temps plein, les PH à temps partiel, les praticiens contractuels, les PAC, les assistants, ainsi que les praticiens attachés depuis le décret n°2003-769 du 1<sup>er</sup> août 2003 réformant leur statut. Toutefois, pour ces derniers, l'article 15 du décret renvoie à des dispositions réglementaires non encore publiées à ce jour.

Concernant les médecins à temps partiel, le dispositif est adapté *pro rata temporis* à la fois pour le décompte en demi-journées, pour la durée maximale hebdomadaire de 48 heures, et pour le nombre de jours de RTT.

La reconnaissance de temps additionnel pour les praticiens attachés n'est possible que s'ils réalisent au moins cinq demi-journées d'activité par semaine.

Une attention particulière doit être portée sur les praticiens hospitalo-universitaires, les internes et faisant fonction d'internes. Ces personnels ne sont pas concernés par l'octroi de jours au titre de la RTT. En revanche, tous sont soumis au repos de sécurité.

Les internes et faisant fonction sont également soumis au respect des 48 heures hebdomadaires, permanences comprises.

A l'inverse, pour les praticiens hospitalo-universitaires (professeur d'université-praticien hospitalier, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, praticien hospitalo-universitaire, chef de clinique assistant hospitalo-universitaire), il est de coutume de

considérer que le temps investi pour la recherche n'est pas évaluable, ce qui ne permet pas de leur fixer de limite de durée de travail, en heures ou en demi-journées.

**Tableau 5 : L'APPLICATION DIFFERENCIEE DE L'ARTM PAR STATUT**

	<b>Personnel médical hospitalier</b> <i>(PH temps plein, PH temps partiel, praticiens contractuels, assistants, PAC, praticiens attachés)</i>	<b>Personnel médical hospitalo-universitaire</b> <i>(PU – PH, MCU – PH, PHU, CCA – AHU)</i>	<b>Internes et FFI</b>
Plafond de 48 heures hebdomadaires, <i>(permanences comprises)</i>	OUI	NON	OUI
Repos quotidien ou repos de sécurité	OUI, repos quotidien	OUI, repos de sécurité <i>(repos quotidien pour les services en temps continu)</i>	OUI, repos de sécurité
20 jours RTT, adaptés <i>prorata temporis</i>	OUI	NON	NON

### **C) Les questions non résolues par la réforme**

Bien qu'elle constitue un effort de précision de la notion de temps de travail médical, l'ARTM ne permet pas de clarifier juridiquement des questions qui ne font pas l'objet d'un consensus entre médecins, ou entre corps médical et pouvoirs publics **(a)**.

A cette incertitude juridique s'ajoutent des contradictions dans la législation, qui alimentent le discours critique des professionnels médicaux quant au bien-fondé de la réforme **(b)**.

#### *a) Des flous juridiques persistants*

##### ➤ La notion imprécise de demi-journée

En raison de la diversité des spécialités, des modes d'organisation et des conditions d'exercice de l'activité médicale, la définition des obligations de service hebdomadaires

en demi-journées est maintenue dans le dispositif de l'ARTM. Or, à côté de ce système de décompte du temps de travail en demi-journée est fixé un plafond en heures.

La notion de demi-journée pourrait donc s'appréhender de manière déductive : dix demi-journées ne dépassant pas 48 heures équivalent à une demi-journée d'environ 4,8 heures soit 4 heures et 48 minutes. Cependant, comme le souligne le syndicat SNPHAR dans un communiqué du 04 avril 2002, « *la demi-journée du PH est une valeur flottante* ». Si la demi-journée peut être déduite à 4h48 au titre du protocole du 22 octobre 2001, elle s'élève à 6 heures au titre des plages de temps additionnel.

Dans ce contexte d'élasticité de la notion de demi-journée, lié à la nature même des activités médicales, la gestion des ressources humaines ne peut que s'accommoder d'une part d'imprécision.

- La question de l'intégration des anciennes gardes dans les obligations hebdomadaires de service

L'application des textes engendre une ambiguïté lorsque du temps additionnel est effectué dans le cadre des obligations de service, c'est-à-dire dans les dix demi-journées hebdomadaires, mais en plages de sujétion (samedi après-midi, dimanche, nuit, jour férié).

En effet, l'arrêté du 30 avril 2003 modifié par l'arrêté du 18 novembre 2003, et la circulaire du 6 mai 2003, introduisent une distinction entre plages de TA de jour et plages de TA de nuit. Ces dispositions permettent une interprétation différente selon les établissements qui vont flécher les plages additionnelles, soit tout en temps de nuit, soit tout en temps de jour, soit selon une répartition locale. Le choix du « taux d'intégration » des plages de TA est conditionné par le budget de l'établissement et discuté en CME afin de dresser des priorités de rémunération par type de services.

Cette situation n'est pas satisfaisante, dans la mesure où elle est source d'iniquité entre praticiens de différents établissements. Selon le système en vigueur, une différence de rémunération de 100 € peut être atteinte, comme le montre l'exemple suivant.

**Exemple :**

*Lorsqu'une période TA en plage de sujétion est intégrée aux obligations de service, elle donne lieu, d'une part, à une indemnité de sujétion de 252,51€<sup>21</sup>, et d'autre part, à la rémunération d'une plage de TA au tarif de jour, soit 303,01€.*

*Par exemple, un PH ayant effectué une seule permanence un dimanche en 4 mois perçoit 252,51€ d'indemnité de sujétion. En outre, à la fin du quadrimestre, il perçoit :*

*-si le budget de l'établissement le permet, une rémunération du TA au tarif de jour de 303,01€, soit 555,52€ au total.*

*-dans le cas contraire, il percevra seulement le différentiel : 452,25€ (TA nuit) – 252,51€ (IS) = environ 200€, soit 452,51€ au total.*

➤ La question de la prise en compte des astreintes dans le temps de travail

Les PH sont soumis à l'obligation d'assurer la permanence des soins. Selon que le régime de permanence est organisé sur place ou sous forme d'astreinte à domicile, les praticiens sont inégalement considérés au vu de l'accomplissement des obligations de service.

Concernant les astreintes, seul le temps consacré à l'accomplissement de soins est considéré comme du temps de travail effectif, et non le temps de déplacement. A l'inverse des permanences sur place, la réglementation actuelle ne prévoit pas l'intégration de ce temps de travail effectif dans les obligations de service hebdomadaires.

Par conséquent, jusqu'à présent, rien ne s'opposait à ce qu'un médecin effectue ses obligations de service le lendemain d'une astreinte, à moins que l'astreinte ne se soit transformée en demi-période de TA. En effet, lorsqu'au cours d'une astreinte, le temps de déplacement atteint 3 heures, l'astreinte se transforme en demi-plage de TA au tarif nuit. En principe, le praticien peut demander dans ce cas à bénéficier du repos compensateur, mais paradoxalement, il serait retardé dans l'accomplissement de ses obligations de service hebdomadaires.

Or, plus récemment, l'arrêté du 28 juin 2005 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003, relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins, précise que « *le temps de soins réalisé au cours d'une astreinte constitue du temps de travail effectif et il est pris en compte pour l'attribution du repos quotidien* ». Cette nouvelle formulation généralise le

---

<sup>21</sup> Tarifs en vigueur au mois de février 2005.

principe de la prise en compte du temps de soins effectué en astreinte pour le bénéfice du repos quotidien, sans pour autant intégrer les temps de travail en astreinte dans les obligations hebdomadaires de service.

La différence de traitement entre praticiens des services à permanence sur place et praticiens des services à astreinte est accentuée par la non prise en compte des astreintes au titre des cotisations à l'IRCANTEC. Toutefois, une évolution se fait jour vers une plus grande reconnaissance des astreintes : le relevé de décisions du 31 mars 2005 établi entre le ministre de la Santé et deux syndicats de médecins (CMH, SNAM) envisage l'assujettissement à l'IRCANTEC de la totalité des indemnités liées aux astreintes. Dans un communiqué du 1<sup>er</sup> juillet 2005 sur le calendrier de la réforme du statut des PH, le ministère prévoit d'élargir rétroactivement l'assiette de cotisation IRCANTEC aux astreintes à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005.

Afin de mieux prendre en compte la pénibilité des permanences à domicile, le relevé de décisions prévoyait également une revalorisation des indemnités, avec notamment un alignement des astreintes de sécurité sur les astreintes opérationnelles d'ici 2007. Dans un premier temps, l'arrêté du 28 juin 2005 revalorise rétroactivement le montant des indemnités versées au titre des astreintes, sans pour autant aligner les montants des différentes astreintes.

#### *b) Des contradictions dans la législation*

Les dispositions de la directive européenne, conjuguées à l'application du protocole du 22 octobre 2001, sont à l'origine d'une perte sèche de temps médical évaluée à 20% globalement, voire à 30% dans certaines spécialités. Afin de compenser la mise en œuvre de l'ARTM, le protocole de cadrage national avait prévu la création de 3.500 postes de praticiens sur le territoire au 01 janvier 2005. Or, il apparaît en pratique que non seulement ces postes ne suffisent pas à compenser l'effet mécanique de la contraction du temps médical, mais qu'en outre, tous n'ont de loin pas été pourvus. C'est pourquoi les établissements n'ont pas tardé à exprimer des craintes quant à leur possibilité de continuer à assurer l'organisation de la permanence et de la sécurité des soins.

Les textes qui ont pour conséquence de réduire le temps médical disponible doivent se concilier avec des normes qui instaurent à l'inverse une obligation accrue de continuité des soins.



D'une part, le dispositif de l'ARTM accentue le caractère discontinu du travail, notamment sous l'effet du repos compensateur. Cette situation contrarie les objectifs de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, qui encourage une amélioration des pratiques en termes d'information, de surveillance et de suivi auprès du patient.

D'autre part, un encadrement réglementaire est venu renforcer les exigences en matière de présence médicale expérimentée en continu pour les activités d'urgence, d'obstétrique, de néonatalogie, réanimation néonatale, et réanimation<sup>22</sup>.

Les exigences contradictoires de diminution du temps de travail médical et de renforcement de la présence médicale auprès des patients suscitent une incompréhension auprès de la majorité des praticiens d'autant plus importante que l'ARTM trouve à s'appliquer dans un contexte d'érosion significative de la démographie médicale<sup>23</sup>.

Enfin, ce sentiment d'une législation contradictoire est accentué par la mise en place de la tarification à l'activité, qui incite à une hausse de l'activité médicale. Or, la diminution du temps médical disponible dans les établissements, par effet mécanique de l'ARTM, fait craindre à une partie des médecins une baisse de l'activité programmée, notamment dans les disciplines pour lesquelles il existe déjà des difficultés de recrutement. Ces spécialités sinistrées seraient pénalisées par l'effet conjugué de l'ARTM et de la T2A, dans la mesure où leur potentiel de développement serait freiné par le manque d'effectifs. Dans d'autres disciplines, l'apparition d'un enjeu financier à augmenter l'activité est ambivalente : si, dans un contexte d'encadrement du temps médical, la T2A implique une plus grande productivité, cette intensification de l'activité pourrait s'avérer préjudiciable à la qualité de la prise en charge du patient. En effet, une grande partie des médecins craint une dépersonnalisation de la relation au patient par l'introduction d'une logique de rentabilité de l'activité médicale sous le double effet de l'ARTM et de la T2A.

Dans la mesure où les textes régissant l'ARTM soulèvent des questions et des inquiétudes quant aux possibilités des établissements de santé de concilier cette réforme avec l'ensemble des exigences qui s'appliquent au fonctionnement hospitalier, une réflexion sur l'assouplissement des modalités d'application de l'ARTM est toujours d'actualité.

---

<sup>22</sup> Décrets n°95-647 et 95-648 du 9 mai 1995, Décrets n°98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998.

<sup>23</sup> Voir notamment, et parmi bien d'autres, le rapport de la *mission sur la démographie des professions de santé*, coordonnée par Y. BERLAND, mai 2005.

### 1.1.3 Une réforme inachevée qui appelle des mesures d'assouplissement

Le premier bilan effectué sur les conditions de la mise en œuvre de l'ARTM dans les établissements publics de santé fait état de difficultés considérables dans l'organisation des activités médicales **(A)**.

Afin d'éviter une situation de paralysie, des mesures d'assouplissement sont apparues nécessaires **(B)**.

#### **A) Un bilan qui souligne les difficultés d'application de l'ARTM**

Avec un peu plus de trois ans de recul, le bilan qu'on peut dresser de l'application de l'ARTM fait apparaître, outre une incompréhension des PH au vu des contradictions de la réforme, de sérieuses difficultés de fonctionnement pour certaines activités médicales.

Conçue pour garantir une équité entre les professionnels tout en permettant des adaptations locales, l'ARTM laisse escompter des effets positifs : une meilleure organisation du temps de travail au plan individuel et collectif, ainsi qu'un gain en terme de sécurité dans la prise en charge des patients.

En pratique, l'enquête d'évaluation sur la mise en place de la RTT médicale dans les établissements de santé menée par la DHOS en octobre 2003 montre que la réorganisation des activités est freinée par le manque d'effectifs dans certaines disciplines **(a)**. En outre, l'application parcellaire de la réforme fait apparaître de nouveaux risques médico-légaux **(b)**. À terme, la qualité du service public hospitalier pourrait s'en trouver affectée **(c)**.

#### *a) Une réorganisation des activités freinée par le manque d'effectifs médicaux*

Le dispositif d'accompagnement du protocole du 22 octobre 2001 a prévu la création de 3.500 postes médicaux ETP au titre de l'ARTM. Pour être effective, la compensation du temps médical disponible suppose à la fois la possibilité de pourvoir ces postes et de dégager d'importants moyens financiers. En effet, les incidences financières liées à la mise en place de l'ARTM sont considérables : dès lors que la durée annuelle passe de 227 à 207 jours, le temps médical nécessaire pour assurer un service de jour passe de 1,22 ETP à 1,38 ETP, sachant qu'un poste de PH à temps plein revient en moyenne à

100.000€ par an. En outre, le coût de la garde devenue permanence sur place a sensiblement augmenté, du fait d'une rémunération à la fois comme temps de travail et sous forme d'indemnité de sujétion.

La difficulté principale tient à ce que les postes créés par vagues successives jusqu'au 01 janvier 2005 n'ont pas tous été pourvus. En définitive, seuls 2.700 praticiens ont été nommés. L'enquête d'évaluation réalisée par la DHOS, à partir des synthèses régionales obtenues par les ARH, montre que le taux d'occupation global des postes créés au titre de l'ARTM n'est que de 51%. Ce taux oscille entre 74% pour les disciplines médicales, 57% pour les urgences et moins de 40% pour l'anesthésie réanimation.

Le manque d'effectifs, notamment dans les disciplines où des difficultés de recrutement étaient déjà sensibles avant la mise en œuvre de l'ARTM, constitue un frein à la réorganisation. Bien que l'évolution des règles concernant le temps médical conduise peu à peu les médecins à prendre conscience de l'intérêt et de la nécessité de réfléchir à une meilleure répartition des contraintes de service et de la permanence des soins, les équipes en effectifs réduits n'ont pas la possibilité d'organiser des rotations entre les praticiens qui se voient pour la plupart contraints de poursuivre une activité les lendemains de garde. La plupart des médecins, et surtout des chefs de service, reconnaissent effectuer des tâches de type organisationnel (réunions, travail administratif, codage, formation, courrier) le lendemain d'une permanence sur place, sans que ce temps soit reconnu comme temps de travail.

Par ailleurs, l'ARTM a paradoxalement pu décourager certains efforts de réorganisation. Ainsi, l'intégration des gardes dans le temps de travail hebdomadaire a eu pour effet inattendu de remettre en cause la mutualisation au sein d'établissements qui s'étaient organisés pour établir des gardes communes. En effet, le bénéfice du repos compensateur accordé à un médecin qui a effectué sa garde dans un service autre que celui où il est affecté pénalise le fonctionnement quotidien de son propre service.

*b) L'apparition de nouveaux risques médico-légaux*

La nécessité pour certains praticiens de poursuivre une activité les lendemains de permanence, afin de garantir une continuité des soins et de remplir leurs obligations institutionnelles, les place en marge de la légalité, ou les conduit à recourir à des subterfuges tels que la production de tableaux de service purement déclaratifs.

Dans les situations où il ne peut être trouvé de remplaçant à un médecin absent, une activité clinique au mieux non invasive (visite médicale, consultation), au pire véritablement interventionnelle, est réalisée. La problématique du repos compensateur confronte les praticiens des disciplines désertées à un véritable dilemme : dans l'hypothèse d'une urgence sérieuse, les praticiens ayant assuré une permanence la veille, s'ils sont les seuls compétents sur place, s'exposent au risque d'être accusés de non assistance à personne en danger si, au nom du respect de la législation, ils refusent d'intervenir ou s'ils demandent à ce que le patient soit transféré et que ce dernier décède pendant le transport. À l'inverse, une erreur de diagnostic, ou une intervention qui se passerait mal un lendemain de permanence, peuvent constituer des chefs d'accusation pour « perte de chance » liée à une fatigue excessive.

La difficulté à évaluer l'ampleur de ce risque judiciaire, en l'absence de jurisprudence récente sur le sujet, est soulevée dans le rapport de l'IGAS sur la gestion des praticiens hospitaliers<sup>24</sup>.

c) *Les effets potentiellement néfastes d'une diminution de l'activité sur la qualité du service public hospitalier*

Plutôt qu'un respect formel de la loi ou que la prise de risque, on peut imaginer l'interruption des activités concernées par un manque d'effectifs médicaux. La fermeture de services hospitaliers à certaines périodes de l'année est une situation habituelle. L'ARTM risque d'aggraver ce phénomène, et de conduire à une réduction de l'activité programmée tout au long de l'année.

Cette diminution prévisible de l'activité constitue la principale crainte des médecins hospitaliers, à double titre.

D'une part, en termes de compétence du personnel : une baisse larvée de l'activité peut nuire à la formation des médecins et freiner leur potentiel d'acquisition d'expertise, notamment en ce qui concerne les internes en chirurgie.

D'autre part, en termes de qualité de la prise en charge des patients : la baisse de l'activité programmée entraîne un allongement des délais d'attente, une diminution du temps de présence auprès du patient, et une restriction des horaires d'ouverture au

---

<sup>24</sup> Rapport n°2002.143 présenté par M. de BATZ, Mme le Dr LALANDE et M. LAURAND, IGAS, décembre 2002.

public. Ces difficultés concernent toutes les catégories d'établissements publics de santé, ainsi que le montre une enquête de la DREES sur la mise en œuvre de la RTT dans la fonction publique hospitalière<sup>25</sup>.

À terme, ces difficultés liées tant à l'organisation qu'à la qualité de la prise en charge risquent de nuire à l'attractivité d'activités hospitalières publiques, au profit des secteurs libéral et privé, non soumis aux mêmes contraintes. Si des mesures de flexibilité ont été envisagées par les pouvoirs publics français dès le lancement de la réforme, une réflexion sur la possibilité de revenir sur certaines dispositions du dispositif normatif d'ARTM font actuellement l'objet de discussions au niveau européen.

## **B) Un nécessaire assouplissement des modalités d'application de l'ARTM**

Dès le lancement du protocole de cadrage national du 22 octobre 2001, des difficultés d'application de l'ARTM sont apparues dans les établissements de santé. Une série de mesures d'assouplissement adoptées le 13 janvier 2003 est venue flexibiliser la gestion du temps de travail médical au plan national, et préciser notamment les règles relatives au TA **(a)** et à l'utilisation du CET **(b)**.

Plus récemment, le relevé de décisions du 31 mars 2005 est venu compléter ce dispositif et modifier le fonctionnement des astreintes **(c)**.

Enfin, au plan européen, des discussions sont en cours susceptibles de remettre en cause une partie des dispositions relatives à l'ARTM **(d)**.

### *a) La possibilité d'effectuer du temps additionnel à la durée maximale hebdomadaire*

La possibilité d'effectuer du TA constitue un moyen de déroger à la durée maximale de travail hebdomadaire.

Le TA consiste, pour un praticien, à effectuer volontairement du temps de travail au-delà de ses obligations hebdomadaires de service. Le TA s'apparente donc une renonciation

---

<sup>25</sup> DREES, *La mise en œuvre de la RTT dans la FPH, Etudes et Résultats*, N° 224, mars 2003.

temporaire du praticien à son droit de bénéficier d'une limitation de son temps de travail à 48 heures par semaine, en moyenne lissée sur quatre mois.

En principe, le TA fait l'objet d'une contractualisation entre le praticien concerné et le directeur, après demande officielle du chef de service. Calculées à la fin de chaque quadrimestre, les plages de TA peuvent, selon le choix du praticien et les moyens budgétaires alloués à l'établissement, être indemnisées, récupérées, ou versées sur un CET. Le paiement du TA est particulièrement onéreux, en raison de la quantité de périodes générées dans les établissements de toute catégorie.

Cette situation rend compte la généralisation du TA. Conçu dans une visée transitoire, en tant que moyen d'accompagnement du dispositif d'ARTM, la tendance à la pérennisation du TA semble, dans certains cas, témoigner de l'insuffisance d'efforts de réorganisation entrepris par les équipes médicales.

*b) La possibilité de cumuler des jours de repos sur un compte épargne temps*

Au vu de l'impossibilité pour certains praticiens de prendre des jours au titre de la RTT dans l'année, et afin de ne pas leur faire perdre le bénéfice de ce droit, les pouvoirs publics ont créé un CET<sup>26</sup> permettant aux médecins de cumuler, dans la limite de trente jours par an, tout ou partie des jours RTT, cinq jours maximum de congés annuels, et les plages de TA non indemnisées, à raison d'une journée par période de douze heures travaillées. La durée maximale de validité du CET est de dix ans. Pour solliciter leurs droits acquis au titre du CET, les médecins doivent respecter des délais de préavis.

Des incertitudes pèsent sur la possibilité effective qu'auront les praticiens de liquider leur CET, dans la mesure où l'évolution prévisible de la démographie médicale rendra délicat le remplacement d'une vague de médecins qui auraient cumulé un maximum de jours sur leur CET dans le but d'anticiper leur départ en retraite.

---

<sup>26</sup> Décret n°2002-1358 du 18 novembre 2002 portant création d'un CET pour les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologistes des établissements de santé.

c) *La possibilité de forfaitiser les astreintes*

Le fonctionnement actuel des astreintes a fait apparaître des situations jugées abusives et financièrement considérables pour les établissements, telles que la multiplication des déclarations de déplacements, fictifs ou réels, et la possibilité de transformation d'une astreinte en demi plage de temps additionnel au tarif nuit dès lors que le temps de déplacement atteint 3 heures.

Afin de réguler ces dysfonctionnements, l'arrêté du 28 juin 2005 rend possible, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2005, la forfaitisation des astreintes à hauteur de 180€. Les conditions sont tout de même restrictives : la forfaitisation concerne « *les activités liées au fonctionnement du bloc opératoire, dans les services d'accueil des urgences, ainsi que dans les structures dont l'activité le justifie, ou dans le cadre du redéploiement des crédits liés à la suppression des lignes de permanence sur place* ».

Si des inquiétudes se font jour quant au risque de moindre incitation des praticiens d'astreinte à se déplacer dès lors qu'ils sont assurés de percevoir une indemnisation forfaitaire, cette mesure présente néanmoins l'avantage de limiter, à terme, les écarts considérables de pratiques entre praticiens et entre établissements.

d) *Une amorce de changement au niveau européen*

Le 11 mai 2005, le Parlement Européen s'est prononcé en faveur d'une nouvelle modification de la directive 93/104/CE du 23 novembre 1993 relative à certains aspects de l'aménagement du temps de travail.

Sur la base du rapport CERCAS, la Commission propose notamment une suppression de l'« opt-out » (faculté, pour un médecin, de renoncer à la durée maximale de travail hebdomadaire) dans un délai de trente-six mois, afin de mettre fin à la généralisation du recours au temps de travail additionnel dans les Etats membres.

Par ailleurs, la période de référence du calcul de la durée hebdomadaire du travail pourrait être étendue de quatre à douze mois, au motif que cette annualisation n'affecterait en rien la règle concernant le nombre total d'heures de travail et de repos, mais se limiterait à une répartition différente.

Enfin, tout en réaffirmant la position de la CJCE<sup>27</sup>, selon laquelle le temps de garde doit être considéré dans sa totalité comme du temps de travail, la Commission propose d'accorder aux Etats la possibilité de comptabiliser de manière spécifique les périodes inactives du temps de garde, en vue du respect de la limitation à 48 heures en moyenne du temps de travail. Cette dernière disposition vise notamment à permettre aux structures en manque d'effectifs médicaux de ne pas contrevenir à la législation.

Les syndicats d'urgentistes, notamment français, ont d'ores et déjà témoigné leur opposition à ce qu'ils considèrent comme une atteinte à un acquis social. Une étude des propositions de la Commission aura lieu courant 2005, lors des réunions du Conseil des Ministres de l'Emploi de l'Union Européenne.

Le dispositif réglementaire dans lequel s'inscrit l'ARTM se caractérise par son incomplétude, et témoigne ainsi de la difficulté d'implantation d'une réforme qui tend à affecter les représentations que les médecins se font de leur activité. Les évolutions globales du rapport au travail dans la société se déclinent au sein du corps médical, faisant apparaître de nouvelles façons de penser et d'exercer l'art médical. Dans la mesure où la RTT du personnel médical hospitalier contribue à une redéfinition du système de valeurs de la profession médicale, elle peut être considérée comme le vecteur d'un changement d'ordre culturel.

## **1.2 L'ARTM, vecteur d'évolution des représentations culturelles et du positionnement des médecins au sein de l'institution hospitalière**

La mise en œuvre de l'ARTM constitue un changement culturel majeur, dans la mesure où l'encadrement des conditions d'exercice de la profession médicale tend à redéfinir la nature des rapports entre acteurs hospitaliers.

Ainsi, au sein du corps médical, des conceptions différenciées de l'activité médicale se font jour **(1.2.1)**.

Par ailleurs, la représentation canonique du colloque singulier liant le médecin au patient semble remise en cause sous l'effet de l'ARTM **(1.2.2)**.

---

<sup>27</sup> Arrêts SIMAP du 3 octobre 2000 et JAEGER du 9 septembre 2003 de la CJCE



Enfin, l'effort de réorganisation des activités médicales exigé par l'ARTM tend à faire converger les médecins et les directeurs vers une culture gestionnaire commune **(1.2.3)**.

### **1.2.1 Compter son temps de travail, un changement culturel bouleversant les éléments constitutifs de la profession médicale**

L'ARTM affecte la notion de « profession médicale » à plusieurs titres : les dynamiques internes mises à jour et exacerbées par l'ARTM montrent que loin d'être unifié, le corps médical est animé par des divisions internes **(A)**.

Le principe d'autonomie, constitutif de la profession, semble relativisé sous l'effet du mouvement de régulation auquel participe l'ARTM **(B)**.

Ces évolutions accélèrent autant qu'elles révèlent ce qui s'apparente à une mutation des valeurs de la profession médicale **(C)**.

#### **A) Les divisions de la communauté médicale sur la pertinence et les modalités de décompte du temps de travail**

Le constat d'une division d'un corps médical prétendument unifié autour de principes déontologiques n'est pas nouveau.

JM CLEMENT, dans son étude sur les différents clivages qui scandent l'histoire de la profession médicale,<sup>28</sup> fait l'observation selon laquelle les luttes intestines entre médecins et chirurgiens sont une tendance récurrente. Depuis une trentaine d'années, on assiste à une opposition parfois violente entre anesthésistes et chirurgiens. La situation actuelle, renforcée par la forte cotation des actes invasifs ou hyper spécialisés dans l'échelle de la tarification à l'activité, consiste à distinguer entre des disciplines dites « nobles » (cardiologie) et « les autres » (gériatrie, médecine interne). Enfin, le dernier quart du siècle se caractérise par un développement de divisions statutaires, liées à l'apparition de médecins contractuels, qui s'ajoutent aux divisions entre différentes pratiques.

---

<sup>28</sup> CLEMENT JM., *1900-2000 : la mutation de l'hôpital*, les Études hospitalières, 2001.

Si l'ARTM n'est pas à l'origine des conflits qui traversent la profession médicale, elle contribue à exacerber les dissensions entre des segments de la profession qui ne partagent pas la même conception de l'organisation du travail.

Dans la mesure où elle met l'accent sur des conflits d'intérêt qui peuvent apparaître à l'occasion d'un changement des règles d'exercice d'une profession, la réforme de l'ARTM illustre l'analyse processuelle de R. BUCHER et A. STRAUSS<sup>29</sup>. Ces auteurs proposent une alternative à la théorie fonctionnaliste, qui considère la profession comme une communauté relativement homogène dont les membres partagent identité, valeurs, définition des rôles et intérêts. Au contraire, l'interactionnisme met à jour les différents segments d'une profession et les rapports dynamiques qui la structurent : rapports conflictuels, luttes d'influence pour préserver son territoire ou en conquérir d'autres.

La profession médicale constitue un cas d'école pour la théorie interactionniste. Les segments qui apparaissent à l'intérieur de la profession médicale adoptent des définitions différentes des tâches prioritaires, de l'importance attribuée aux activités de recherche, d'enseignement et de service public, et de l'organisation du travail.

Précisément, l'ARTM est une réforme faisant apparaître des divisions fondées plus sur l'organisation du travail, que sur l'appartenance disciplinaire. La revendication des urgentistes et anesthésistes réanimateurs d'un décompte du temps de travail en heures plutôt qu'en demi-journées affecte les représentations canoniques de l'activité médicale échappant à toute référence temporelle<sup>30</sup>. Pour une importante partie des médecins, compter son temps de travail est un comportement contre-nature, considéré soit comme une perte du sens du métier par les plus jeunes, soit comme une revendication catégorielle des urgentistes et anesthésistes réanimateurs, qui ne saurait être généralisable à l'ensemble de la profession.

Pour P. AÏACH<sup>31</sup>, chaque étape de l'évolution du champ médical entraîne une remise en question non seulement de la hiérarchie entre les différentes spécialités, mais aussi un éclatement en sous-spécialités concurrentes. En effet, il apparaît que la revendication de l'un ou l'autre système de décompte du temps de travail repose sur une relation de concurrence en termes de reconnaissance des contraintes et spécificités de chaque discipline médicale. Il est intéressant de relever que les défenseurs comme les détracteurs du décompte en heures reprennent chacun cette argumentation.

---

<sup>29</sup> BUCHER R., STRAUSS A., *Professions in Process*, American Journal of Sociology, 1961.

<sup>30</sup> BOUFFARTIGUE P., BOUTEILLER J., *op.cit.*

<sup>31</sup> AÏACH P., *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos, 1994.

Pour les partisans du décompte horaire, qui peut s'appliquer aux disciplines organisées en temps continu, la «pointeuse» constitue un outil de juste reconnaissance de la pénibilité et de l'intensité de leur activité, à laquelle la référence de la demi-journée est mal adaptée. Une demi-journée d'activité d'urgence ou d'anesthésie réanimation serait bien plus concentrée en termes d'intensité de charge de travail et de vigilance qu'une demi-journée dans tout autre spécialité.

À l'inverse, pour les détracteurs du décompte horaire, la demi-journée est encore le meilleur système, permettant une certaine souplesse dans l'organisation du travail, dont l'intensité peut considérablement varier selon les jours ou les périodes de l'année. La pointeuse aurait pour effet néfaste d'encourager une forme de stakhanovisme entre médecins, situation préjudiciable à l'exercice de l'activité médicale dont rien ne prouve qu'elle serait d'une qualité nécessairement supérieure parce que réalisée de façon plus rapide.

L'ARTM interroge la notion de profession médicale non seulement à travers son impact sur les dynamiques internes de la profession, mais également par une relativisation du principe d'autonomie.

## **B) L'ARTM, facteur d'altération de l'autonomie professionnelle des médecins...**

Pour E. FREIDSON, l'autonomie est la caractéristique essentielle d'une profession. Son ouvrage fondamental sur la profession médicale<sup>32</sup> montre que deux principes caractérisant la profession médicale s'opposent à toute régulation extérieure de leur activité.

D'une part, la profession réalise son autorégulation. Si les médecins ne contestent pas le principe de ponctualité, le fait d'avoir à rendre des comptes sur l'organisation du temps de travail ou des difficultés rencontrées avec les patients passe pour déshonorant, « *le médecin se sentant alors traité comme un ouvrier d'usine ou un employé* ».

D'autre part, la nature même de l'activité clinique, qui consiste en un service personnel et confidentiel, ne se laisse pas facilement observer. Selon FREIDSON, « *les médecins n'aiment ni surveiller, ni être surveillés. Le clinicien ressent son travail comme singulier et*

---

<sup>32</sup> FREIDSON E., la profession médicale, Payot, 1984.

*concret, échappant à toute règle stable d'évaluation, inaccessible à quiconque n'a pas la même expérience personnelle que lui; il accentue l'importance de sa responsabilité personnelle ».*

Or, l'ARTM s'inscrit précisément dans un contexte de régulation de l'activité médicale, par les pouvoirs publics tant européens que nationaux.

En effet, la mise en œuvre de l'ARTM suppose une réorganisation des modes de travail, dans le sens d'une plus grande productivité et d'une plus grande efficacité. Au même titre que les référentiels de bonne pratique, l'ARTM participe donc du mouvement de standardisation et de rationalisation de l'activité médicale, de nature à réduire l'autonomie des médecins. En effet, la connaissance très fine de l'activité médicale exigée par l'application de l'ARTM constitue un moyen de contrôle, potentiellement mobilisable par les acteurs extérieurs à la profession. Pour M. SETBON<sup>33</sup>, les pouvoirs publics, les autorités de tutelles, les directeurs, les compagnies d'assurance, les juges ou encore les patients « *ont un intérêt politique, financier ou juridique à ouvrir la brèche dans le monopole détenu par la profession médicale* ».

Pour caractériser l'intervention croissante de l'Etat, P. HASSENTEUFEL<sup>34</sup> parle d'un « *déclin du pouvoir médical* ». Cette régulation étatique n'affecte pas l'élément le plus décisif de l'autonomie professionnelle : la compétence technique, la définition de ce qu'est l'acte médical et la manière de l'exécuter. Cependant, la régulation étatique, dès lors qu'elle se préoccupe des conditions d'exercice de cette activité, notamment au plan des horaires de travail, suscite un sentiment de dépossession chez les médecins d'une part de leur autonomie. FX SCHWEYER<sup>35</sup> relève ainsi que pour de nombreux médecins, « *la soumission à la règle équivaut à une dépossession d'un capital de liberté et de confiance qui faisait l'originalité de leur métier, ou encore porte atteinte à leur prestige : l'autonomie des cliniciens et surtout des chirurgiens s'exprime par le libre choix des créneaux horaires d'occupation du bloc opératoire* ».

Entre l'hypothèse d'une confiscation du pouvoir médical par l'Etat et celle d'autonomie absolue des médecins, une alternative permet d'envisager la régulation de l'activité médicale à travers des réformes telle que l'ARTM. Cette dernière est génératrice et révélatrice d'une transformation des valeurs professionnelles des médecins hospitaliers.

---

<sup>33</sup> SETBON M., *La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ?* in Paradeise, *Les acteurs de la santé publique et les réformes*, Sociologie du Travail N°42, 2000.

<sup>34</sup> HASSENTEUFEL P., *Les médecins face à l'Etat*, Presses de Sciences Po., 1997.

<sup>35</sup> SCHWEYER FX, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Ed. ENSP, 2004.

**C) ...ou facteur d'apparition de nouvelles marges d'autonomie dans un espace de négociation entre médecins et directeurs ?**

Les politiques de régulation de la profession médicale telles que l'ARTM ne semblent pas tant réduire l'autonomie des médecins qu'infléchir ses modes d'expression. C'est pourquoi il convient davantage de parler de relativisation plutôt que de disparition de l'autonomie médicale sous l'effet de l'ARTM.

En effet, les normes ne s'imposent pas mécaniquement. La RTT des médecins, comme toute réforme, fait l'objet d'une appropriation par les acteurs auxquels elle s'applique. Les normes qui la composent sont réinterprétées, adaptées et négociées en fonction des stratégies qui prévalent dans telle ou telle configuration locale.

Comme l'ont montré M. CROZIER et E. FRIEDBERG<sup>36</sup>, il n'existe pas de règle sans une part irréductible de liberté de l'acteur, sans jeu autour de la règle. La mise en œuvre de l'ARTM correspond précisément à ce cas de figure : l'appréciation de la limitation à 48 heures de travail hebdomadaire et la possibilité d'effectuer du temps additionnel reconnu comme tel et rémunéré en conséquence, s'apparentent à une transaction entre la direction et la communauté médicale de chaque établissement. En effet, la reconnaissance et donc la rémunération du temps additionnel se trouvent dans la plupart des cas conditionnées par le rendu d'un tableau de service mensuel, impliquant un effort de transparence des praticiens dans leur activité, et par la justification de la nécessité de dépasser le plafond horaire au nom de la continuité des soins. Ces arrangements locaux mettent donc à l'épreuve le pouvoir de négociation des acteurs.

C'est dans cet intervalle d'incertitude, lié à la capacité d'influence de chaque partie à la négociation, qu'apparaît une nouvelle forme d'autonomie des acteurs. Il ne s'agit pas d'une autonomie de principe, mais d'une marge de manœuvre qu'il convient de redéployer lors de chaque nouvelle négociation. Ainsi, ce qui apparaît de prime abord comme une entrave à l'autonomie, peut s'avérer en pratique comme une ressource de pouvoir pour les médecins, dès lors qu'ils se sont appropriés les enjeux d'une réforme<sup>37</sup>.

Si l'ARTM contribue à infléchir les fondements de la profession médicale, le principe d'autonomie n'est pas le seul concerné. L'objectif de restructuration des activités

---

<sup>36</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Points Seuil, 1977.

<sup>37</sup> CASTEL P, MERLE I., *Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins*, Sociologie du Travail, N°3 vol.44, 2002.

médicales visé par l'ARTM conduit à privilégier de nouvelles modalités d'organisation du travail, de nature à remettre en cause le schéma traditionnel des relations entre médecins et patients.

### **1.2.2 Du colloque singulier à l'exercice collégial de la médecine : un risque de dépersonnalisation de la prestation de soin du médecin au patient à travers l'ARTM?**

Les effets de l'ARTM sur la relation entre médecins et patients épousent l'évolution globale de la médecine, qui se caractérise par une interdépendance accrue des professionnels de santé **(A)**.

Cet exercice de plus en plus collégial de la médecine suscite des inquiétudes quant à la qualité de la prise en charge des patients **(B)**.

Dès lors, l'enjeu pour la médecine actuelle consiste à restructurer le soin tout en préservant son humanité **(C)**.

#### **A) L'ARTM suppose une organisation du travail médical de plus en plus collégiale**

Les années récentes ont été la source d'un certain nombre de transformations des pratiques des médecins et des comportements des patients, qui contribuent à rendre l'exercice de l'activité médicale de plus en plus collégial, au point de pouvoir parler d'une « *chaîne de soin* »<sup>38</sup>. L'hyperspécialisation de la médecine crée une relation d'interdépendance et de complémentarité entre les différents maillons de cette chaîne que sont les praticiens, les soignants, les paramédicaux et les usagers. La nécessité de créer les conditions d'une coopération entre professionnels de santé est renforcée par l'exigence de réorganisation des activités que suppose l'ARTM.

---

<sup>38</sup> DE KERVASDOUE J. (dir.), *La crise des professions de santé*, Dunod, 2003.

Entre médecins et soignants d'abord, la conjonction de la RTT du personnel médical et paramédical rend nécessaire la synchronisation des temps de travail, afin de garantir la qualité de la prise en charge globale du patient **(a)**.

Entre médecins ensuite, l'exercice collégial de la médecine suppose un échange d'expérience et de pratiques, un effort de transmission d'information et une vision pluridisciplinaire, qui offrent des potentialités d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients **(b)**.

a) *Une nécessaire synchronisation des temps de travail soignants et médicaux*

Dans le cadre d'une enquête sur la mise en œuvre de la RTT dans la fonction publique hospitalière, la DREES<sup>39</sup> souligne que les efforts de réorganisation du travail au sein des services ont été inégalement menés.

Le problème de l'articulation entre temps de travail médical et soignant a particulièrement été peu abordé. Seul un établissement sur cinq aurait travaillé sur cette question.

Parmi les établissements de l'échantillon, seule la moitié aurait effectué des modifications des horaires de visites et du temps de présence médicale pendant la journée.

Dans seulement un quart des établissements, les horaires d'ouverture des blocs opératoires ont été réexaminés.

En outre, l'enquête montre que les changements organisationnels rendus nécessaires par l'ARTM sont d'une ampleur différente selon la catégorie d'établissement. Ainsi, la plus grande fréquence de changements opérés s'observe dans environ 50% des CHU, 27% des CH, 11% des CHS, 8% des hôpitaux locaux.

Il semble que la concertation entre médecins et soignants sur le rythme et les modalités de travail reste un sujet tabou. Pourtant, le travail des équipes soignantes (mise à jour des dossiers, modification des traitements, planification des examens, réalisation de prélèvements...) doit pouvoir s'accorder avec les horaires des visites et contre visites médicales, afin de générer le moins possible de dysfonctionnements dans le service, et d'éviter au maximum de perturber la prise en charge du patient.

L'absence de réflexion commune au niveau d'un service entre RTT du personnel paramédical et ARTM témoigne d'un cloisonnement entre les équipes. Pour G. PICOT, la difficulté principale tient à ce que les médecins se montrent peu préoccupés par

---

<sup>39</sup> DREES, *La mise en œuvre de la RTT dans la FPH, Etudes et résultats*, N° 224, mars 2003.

l'organisation du travail dans le service<sup>40</sup>. Les médecins suivraient une organisation propre à leur activité médicale, non véritablement adaptée au rythme de l'institution hospitalière.

Pour remédier à ces cloisonnements, et afin de permettre l'expression des personnels, de faciliter les échanges et d'élaborer conjointement le projet de service, des conseils de service ont été expérimentés. Toutefois, la mise en place de ces instances composées de représentants médicaux et paramédicaux ne s'est réalisée que dans un établissement sur deux en moyenne et de manière très inégale selon les services.

*b) Une meilleure coordination de l'activité entre médecins*

En principe, l'application du repos compensateur devrait inciter les médecins à déployer différentes formes de coopération et de rotation des équipes. Compléter un dossier avec le plus de précision possible, systématiser les transmissions, organiser des staffs réguliers, sont autant de mesures permettant d'optimiser le relais entre équipes médicales et soignantes sans que la qualité de la prise en charge du patient n'en pâtisse.

En pratique, ce changement des modalités d'exercice de l'art médical fait apparaître un clivage entre d'une part, les partisans d'une conception interindividuelle de la médecine et d'autre part, les partisans d'une plus conception collective.

Ainsi, les praticiens qui assurent la prise en charge de patients au long cours (maladies chroniques) vivent mal ces évolutions qui les conduisent à agir, selon eux, comme de simples intervenants, assimilables à des techniciens du soin, au sein d'un processus qu'ils ne maîtrisent pas du début à la fin. Défenseurs d'une conception interindividuelle, qui envisage la santé comme un bien privé nécessitant une prise en charge curative personnalisée, ces praticiens se montrent réticents au développement d'une médecine qui favoriserait davantage l'anonymisation que la collégialité de la prestation de soin.

A l'inverse, les anesthésistes et les urgentistes exercent une activité hautement technique auprès de patients inconscients ou qu'ils ne reverront plus. En raison de la nature même de leur activité, ces praticiens adhèrent plus aisément à une conception collective, qui

---

<sup>40</sup> PICOT G., *Le rapport social entre médecins et infirmières à l'hôpital public*, thèse pour le doctorat de sociologie, université de Versailles, janvier 2002.



définit le soin comme le produit d'un système organisé et non plus comme un acte individuel. Par conséquent, ils sont davantage familiarisés avec un exercice collégial, moins personnalisé, de la médecine.

Le renforcement du caractère collégial de l'exercice médical, lié à l'hyperspécialisation de la médecine et aux exigences de réorganisation des équipes sous l'effet de l'ARTM, remet en cause l'idée d'un colloque singulier entre médecin et patient. Cette évolution ne va pas sans susciter de craintes quant à la qualité de la prise en charge des patients.

## **B) L'exercice collégial de la médecine suscite des inquiétudes en termes de qualité de la prise en charge des patients**

L'ARTM suppose une synchronisation des temps de travail et une réorganisation des équipes médicales qui accentuent le mouvement de collégialisation de la médecine. Au vu des difficultés d'application de la réforme par manque de moyens humains, de nombreuses inquiétudes se font entendre quant aux effets de la diminution du temps de présence médicale sur la qualité de la prise en charge des patients.

En termes de sécurité des soins d'abord, les équipes à effectif médical réduit s'interrogent sur leur capacité à assurer la permanence des soins dans le respect de la légalité en cas d'absence prolongée ou de départ d'un de leurs membres.

Ensuite et plus généralement, même lorsque l'ARTM ne pose pas de difficultés au plan de la permanence des soins, des discontinuités peuvent apparaître dans la prise en charge et nuire ainsi à la qualité des soins. L'application stricte du repos compensateur, qui exige en principe l'arrêt de toute activité auprès du patient, y compris des visites et des consultations, fait l'objet de nombreuses contestations, principalement de la part des spécialistes des disciplines médicales et chirurgicales.

Les chirurgiens déplorent le paradoxe de la situation qui les place dans l'illégalité s'ils effectuent une visite auprès du patient qu'ils ont opéré la veille, pendant une permanence sur place. L'intervention et le suivi post-opératoire d'un patient peuvent ainsi faire intervenir plusieurs praticiens, ce qui apparaît comme une aberration aux yeux d'une partie de la profession médicale.

Concernant les disciplines médicales, certains praticiens affirment que la qualité de la prise en charge est moindre si plusieurs médecins interviennent, avec des degrés divers de maîtrise d'un dossier. En effet, l'organisation d'un travail en collectif suppose une prise en charge par une équipe, non par un médecin dédié, et entraîne ainsi une certaine dépersonnalisation de la prestation de soin.

Face à ces effets potentiellement néfastes de l'application de l'ARTM, il est nécessaire d'envisager les possibilités de concilier la réorganisation des activités médicales et soignantes et la qualité des relations humaines entre médecins et patients.

### **C) Restructurer le soin tout en préservant son humanité, un enjeu pour la médecine actuelle**

L'enjeu de la médecine actuelle, dont le caractère de plus en plus collégial tend à engendrer une standardisation, voire une dépersonnalisation de la prise en charge du patient, est de parvenir à restructurer le soin en préservant son humanité, à relever le défi de ce qu'E. MINVIELLE<sup>41</sup> appelle « *la gestion de la singularité à grande échelle* ». Il s'agit de respecter la singularité de chaque prise en charge, tout en s'inscrivant dans un cadre normalisé.

Le développement de l'exercice collégial de la médecine suppose un travail d'acculturation de la part des médecins. En effet, au sein d'une chaîne de soin, le médecin doit accepter d'être un intervenant parmi de nombreux autres (infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, rééducateurs, etc.). « *Son activité n'est plus un art, mais devient une pratique largement encadrée et normalisée, d'où un relatif désenchantement.* »<sup>42</sup>

Par ailleurs, un effort de pédagogie envers les usagers et leurs familles semble nécessaire. En effet, les situations engendrées par l'application du repos compensateur ne satisfont ni les patients, ni leurs familles, désireux de s'adresser toujours au même

---

<sup>41</sup> MINVIELLE E., *Gérer et comprendre l'organisation des soins hospitaliers*, in *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail, aspects sociologiques*, ENSP, 2000.

<sup>42</sup> CHANDERNAGOR P., DUMOND JP, *L'hôpital des années 1990 et ses médecins*, in *L'hôpital stratège, dynamiques locales et offre de soin*, J. Libbey Eurot ext, MIRE - DHOS, 1996.

correspondant médical. JM CLEMENT<sup>43</sup> souligne combien il est illusoire de penser que le patient s'en remet facilement à un collectif thérapeutique. Le développement du consumérisme des usagers se traduit à la fois par une plus grande exigence en termes de temps de présence et d'information médicale, et par la possibilité de changer de médecin si le patient exprime son insatisfaction. Ces attentes croissantes des patients entrent en contradiction avec la diminution du temps de travail médical. Le changement des modalités d'organisation de l'activité médicale, et notamment la rotation des praticiens liée au respect du repos compensateur, doivent par conséquent faire l'objet d'un effort d'information et d'explication auprès des usagers.

L'équilibre des relations entre médecins et usagers doit désormais concilier la recherche d'une meilleure réponse aux attentes et besoins des patients, qui ne soit pas pour autant une allégeance au consumérisme ambiant, et la nécessité de prendre en compte les nouvelles contraintes de fonctionnement des équipes médicales et soignantes.

Les évolutions des représentations que les médecins hospitaliers se font de leur activité sous l'effet de l'ARTM se traduisent à un triple niveau. D'une part, au sein de la communauté médicale, le système de valeurs se trouve bouleversé par l'introduction d'une logique de décompte du temps de travail. D'autre part, les relations entre médecins et patients perdent de leur caractère interindividuel. Enfin, les positionnements respectifs des médecins et des directeurs d'hôpitaux tendent à converger vers une culture gestionnaire partagée.

### **1.2.3 La reconfiguration des relations entre médecins et directeurs sous l'effet de l'ARTM : une convergence vers une culture gestionnaire commune**

Les mutations structurantes du fonctionnement de l'hôpital ont profondément transformé la nature des fonctions des médecins d'une part, des directeurs d'autre part.

L'affirmation d'un pouvoir gestionnaire du directeur d'hôpital, lié au contexte de rationalisation de l'offre de soins, a permis de rééquilibrer les relations entre médecins et directeurs **(A)**.

La familiarisation croissante du corps médical aux préoccupations d'ordre gestionnaire et managérial a favorisé l'émergence de médecins managers **(B)**.

---

<sup>43</sup> CLEMENT JM, 1900-2000 : *La mutation de l'hôpital*, les Études hospitalières, 2001.

Enfin, cette sensibilisation à la gestion partagée par les médecins et les directeurs se traduit par un changement de modèle du fonctionnement hospitalier **(C)**.

### **A) L'affirmation du pouvoir gestionnaire du directeur d'hôpital**

La principale analyse sociologique de l'univers hospitalier s'appuie sur le modèle de la bureaucratie professionnelle décrit par H. MINTZBERG<sup>44</sup>. Cette analyse considère l'hôpital comme une organisation dans laquelle interviennent deux acteurs essentiels : le corps médical et la direction de l'établissement. Ces acteurs disposent chacun de compétences et de zones d'influence spécifiques, mais la répartition du pouvoir entre eux est inégale, parce que liée à des activités de nature différente. Tant la complexité des tâches, le statut des individus que la valorisation sociale de l'activité tendent à conférer au médecin une capacité d'influence plus grande que celle du directeur.

Le modèle de MINTZBERG, bien que simplificateur, s'applique assez bien au fonctionnement interne de l'hôpital des années 1970-1980. L'institution hospitalière est alors assimilée à « l'atelier du médecin », lequel utilise les ressources que l'hôpital met à sa disposition, au service d'objectifs individuels qui priment parfois sur ceux de l'institution. Dans ce contexte, la marge de manœuvre du directeur est réduite, son rôle se limitant à répondre aux demandes des médecins en respectant simplement les principes de bonne gestion, dans le plus strict respect de l'indépendance de la profession médicale.

Actuellement, le modèle de la bureaucratie professionnelle ne permet plus de caractériser les relations de pouvoir au sein de l'organisation hospitalière. Les mutations structurantes qui ont affecté le fonctionnement de l'hôpital, notamment sous l'effet de la crise économique et des nécessités de restriction des dépenses de santé, ont contribué à rééquilibrer les rapports entre médecins et directeurs.

Dans la mesure où elle implique une exigence de transparence de l'activité médicale, qui conditionne en partie la rémunération des praticiens hospitaliers, et qui incite à la réorganisation des modalités de travail, la RTT du personnel médical confère au directeur, chargé de sa mise en œuvre et de son suivi au sein de l'établissement, une fonction régulatrice majeure au plan des conditions de travail des médecins.

---

<sup>44</sup> MINTZBERG H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris Editions d'Organisation, 1982.

Cette évolution sensible des rapports entre médecins et directeurs suit un double mouvement : à l'affirmation d'un pouvoir gestionnaire du directeur correspond un sentiment de perte de pouvoir de la part des médecins. Une enquête de la MIRE, *Gestionnaires et professionnels de santé à l'épreuve des restructurations*, s'appuie sur des analyses de terrain menées entre fin 2000 et début 2002, et montre ce retournement de situation, notamment lié aux vagues de restructurations. « *Tandis que dans le cadre de la bureaucratie professionnelle, les directeurs avaient pour mission d'apporter aux médecins les moyens d'exercer leur art, dans l'hôpital contemporain, c'est aux médecins de rendre compte de leur activité* »<sup>45</sup>.

A travers la nécessaire transparence de l'activité médicale qu'elle suppose, la RTT médical confère au directeur d'hôpital une capacité à exiger des médecins des informations qui relèvent traditionnellement de leur domaine d'autonomie. Bien que la capacité d'influence des directeurs sur le corps médical s'en trouve renforcée, on ne saurait véritablement parler de pouvoir managérial. En effet, son influence limitée en matière disciplinaire, de recrutement ou d'évaluation des pratiques médicales, contribue à conférer au directeur un rôle qui s'apparente davantage à celui de gestionnaire qu'à celui de manager du personnel médical.

La nécessité de répondre efficacement aux contraintes économiques, juridiques ou organisationnelles croissantes qui s'opposent au fonctionnement des établissements de santé a permis au directeur d'hôpital d'exercer un rôle véritablement gestionnaire. Parallèlement, les médecins ont été progressivement sensibilisés à ces évolutions et invités à y participer activement, de sorte à endosser des fonctions de type managérial.

## **B) L'émergence de médecins managers**

Réduire les mutations de la profession médicale au seul constat d'une perte de pouvoir, en partie récupéré par le directeur, serait exagérément simplificateur. Bien qu'il semble que la profession de PH traverse une crise identitaire, ces difficultés constituent également une opportunité de redéfinition des valeurs professionnelles et de redistribution des rôles.

---

<sup>45</sup> DUMOND JP, *Les conflits de pouvoir à l'hôpital*, S.E.V.E., hiver 2003.

Le rééquilibrage des relations entre médecins et directeurs s'inscrit dans le cadre plus général d'une participation croissante des patients à leur prise en charge, et d'une régulation plus marquée de la profession médicale par l'Etat (définition des statuts, mode de recrutement, étapes de la carrière, droits et obligations, rémunération...).

L'ARTM, qui encadre certains des principes attachés au modèle traditionnel de la profession médicale (engagement personnel auprès du patient, dévouement et disponibilité), semble avoir accéléré ce que D. SCHNAPPER appelle la « *crise des métiers inspirés* »<sup>46</sup>. La crise des professions de santé, et plus particulièrement du métier de praticien hospitalier, tient à l'altération des représentations canoniques de la profession : « *les médecins, qui concevaient leur pratique sans horaire et avec une forte réalisation de soi sont désabusés. La recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée a relativisé la nécessité d'un engagement total dans la pratique médicale* »<sup>47</sup>.

S'il s'agit d'une réforme qui affecte l'exercice médical dans ses principes fondateurs, l'ARTM n'en demeure pas moins l'occasion pour les médecins de réinventer leur périmètre d'action dans le cadre d'une réorganisation de leur activité.

Principalement sous l'effet des pressions économiques et du risque médico-légal, les réflexions d'ordre gestionnaire et managérial ont progressivement suscité l'intérêt des praticiens. La volonté d'optimiser la ressource médicale, devenue rare dans certaines disciplines et hyper spécialisée, conduit à l'émergence de médecins gestionnaires.

Si les médecins ont d'abord rejeté toute approche gestionnaire de la médecine, ils ont progressivement pris conscience de la possibilité de transformer en ressource ce qui pouvait s'apparenter à une contrainte.

Pour les praticiens chefs de service notamment, l'ARTM constitue l'occasion d'exercer une fonction véritablement managériale.

Comme toute réforme, l'ARTM nécessite d'effectuer des tâches de pure gestion. Le chef de service est ainsi responsable de la validation des tableaux mensuels de service, indispensables au calcul des variables de rémunérations démultipliées par l'ARTM

---

<sup>46</sup> SCHNAPPER D., *La démocratie providentielle, essai sur l'égalité contemporaine*, Paris, Gallimard, 2002.

<sup>47</sup> AÏACH P., FASSIN D., *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994.

(indemnités de sujétion, TA de jour et de nuit etc.). Il a également la charge de veiller à une juste répartition des jours de congés ou de récupération et des contraintes liées à la permanence des soins. Par conséquent, le chef de service peut arbitrer entre les intérêts individuels des praticiens et l'intérêt du service.

Bien qu'à visée essentiellement gestionnaire, ces tâches confèrent au chef de service non seulement une certaine capacité de contrainte sur les praticiens de son équipe, mais aussi la responsabilité de la transparence de l'activité du service, et notamment de l'application du repos compensateur.

Dans le cadre de l'ARTM, la fonction de chef de service revêt, en plus d'une dimension gestionnaire, une dimension stratégique, dans la mesure où le chef de service tend à devenir le négociateur des intérêts du service. Les demandes de mutualisation des permanences, de postes médicaux partagés, de contractualisation du TA, de création ou de transformation des postes médicaux, sont autant de mesures qui requièrent du chef de service une capacité à justifier les moyens demandés au regard de l'activité du service ou de ses contraintes spécifiques de fonctionnement. Ce rôle renouvelé du chef de service constitue une illustration de l'hypothèse précédemment développée sur la place croissante de la négociation dans les rapports entre le corps médical et la direction.

Dans la perspective de la constitution des pôles, prévue par l'Ordonnance du 2 mai 2005<sup>48</sup>, les compétences stratégiques et gestionnaires de l'ensemble des médecins sont appelées à se développer, particulièrement en ce qui concerne les praticiens qui continueront à assumer le rôle de chef de service et ceux qui deviendront responsables de pôle. La vision collective de la gestion des moyens, notamment en personnel, déjà impulsée par l'ARTM à travers les mutualisations de permanences, les partages de postes et l'organisation du travail en équipe, sera étendue dans le cadre du pôle. Les rapports de négociation se dédoubleront, entre d'une part le responsable de pôle et la direction, et d'autre part, les chefs de services ou responsables de structures internes au pôle et le responsable de pôle.

La mise en œuvre de l'ARTM participe donc du mouvement global qui, selon l'expression de M. BINST, consiste à « *créer des mandarins d'un type nouveau, de véritables manageurs, qui n'ordonnent pas mais qui orientent et arbitrent* »<sup>49</sup>. L'affirmation du

---

<sup>48</sup> Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 relative à la simplification du régime juridique des établissements de santé.

<sup>49</sup> M. BINST, *Du mandarin au manager hospitalier*, l'Harmattan, Paris, 1990.

pouvoir gestionnaire des directeurs d'hôpital conjuguée à la montée en puissance des fonctions managériales des médecins contribuent à forger les contours d'une culture professionnelle rapprochée.

### **C) Une culture gestionnaire partagée qui tend à opérer un changement de modèle hospitalier**

La sensibilisation à la gestion traduit une transformation des normes professionnelles des médecins hospitaliers, favorable à l'émergence d'une culture commune aux médecins et aux directeurs<sup>50</sup>. Dans le cadre des services, des pôles, ou à l'échelle de l'établissement hospitalier, médecins et directeurs sont à la fois gestionnaires de ressources humaines, matérielles et financières, et managers d'équipes ou de projets.

L'ARTM matérialise ces préoccupations gestionnaires croissantes et partagées à travers la mise en place d'un système de codécision entre médecins et directeurs d'hôpital.

Ainsi, la COPS, ex-commission des gardes et astreintes, constitue l'ébauche d'une gestion des ressources humaines médicales assurée de concert par la direction et les médecins. Véritable instrument de pilotage de l'ARTM au sein de chaque établissement, la COPS comprend le directeur ou son représentant, le président de la CME ou son représentant, et des médecins dont la moitié au moins assurent des permanences sur place ou sous forme d'astreintes<sup>51</sup>.

La COPS revêt une dimension gestionnaire, relative à l'organisation de l'activité médicale dans ses différentes modalités d'exercice, et stratégique, d'impulsion de changements qui impactent l'ensemble des services de l'hôpital. Ainsi, la COPS procède non seulement à l'analyse des organisations en période de sujétion, en statuant sur l'opportunité du maintien des listes de gardes et astreintes, mais elle se prononce également sur les organisations de jour, afin d'évaluer le temps médical nécessaire et de contrôler le TA.

---

<sup>50</sup> SCHWEYER FX, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Ed. ENSP, 2004.

<sup>51</sup> Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé



En outre, les décisions de la COPS ont des incidences financières, au sens où elle peut décider de la forfaitisation des astreintes opérationnelles afin qu'elles ne se transforment pas systématiquement en plages de TA bien plus onéreuses.

Enfin, la COPS peut aussi proposer de moduler le paiement des plages de TA selon une répartition entre tarif de jour et tarif de nuit.

Le partenariat ainsi réalisé entre corps médical et direction vise à établir une gestion des ressources humaines médicales qui ne se résume pas à une gestion de pénurie, et qui dépasse la seule logique de moyens, en favorisant des réflexions organisationnelles. L'efficacité de ce partenariat tient essentiellement à la légitimité des décisions, prises conjointement par le corps médical et la direction.

Plus généralement, les changements induits par l'ARTM, en termes d'organisation et de relations entre médecins et directeurs, traduisent le passage global d'un modèle hospitalier ancien, celui de la bureaucratie professionnelle, à celui d'un modèle émergent, caractérisé par des préoccupations managériales et gestionnaires. A-P CONTANDRIOPOULOS et Y. SOUTEYRAND résumant ainsi ces mutations structurantes de l'hôpital : « *d'une institution fermée de type bureaucratie professionnelle influencée principalement par le corps médical, l'hôpital devient une institution ouverte sur l'extérieur, plus autonome et intégrée à un réseau de soins, dans laquelle la fonction managériale a pris une importance considérable* »<sup>52</sup>.

Une présentation synthétique de ce changement de modèle hospitalier est proposée en **ANNEXE I**.

Parce qu'elle touche aux habitudes de travail des individus et aux représentations que les médecins ont de leur activité, la politique d'ARTM nécessite le déploiement de compétences managériales de la part des directeurs chargés de la mettre en œuvre au niveau d'un établissement.

L'exemple de l'implantation de l'ARTM au sein du CHR d'Orléans témoigne d'une volonté d'accompagner le changement en associant le plus étroitement possible médecins et directeurs autour d'enjeux communs. Si l'expérience du CHR d'Orléans offre une illustration de la conduite managériale d'un changement, elle témoigne également de la nécessité de développer les leviers d'action actuellement limités en matière de gestion des ressources humaines médicales.

---

<sup>52</sup> CONTANDRIOPOULOS AP, SOUTEYRAND Y., *L'hôpital stratège*, MIRE-DHOS, 1996.

## 2 L'ARTM, UN EXEMPLE DE LA CONDUITE MANAGERIALE DU CHANGEMENT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES MEDECINS DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL D'ORLEANS

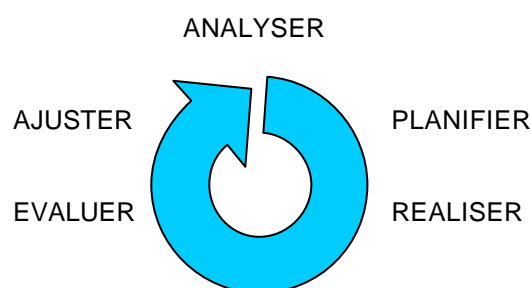
Au terme de la première partie de notre exposé, nous avons émis certaines hypothèses relatives aux effets de l'ARTM sur la profession de PH, tant en ce qui concerne les caractéristiques sociologiques des médecins, que les règles de gestion du corps médical ou encore le positionnement des praticiens au sein de l'institution hospitalière.

Il convient, dans un second temps, de confronter ces hypothèses aux réalités du terrain. Le CHR d'Orléans constitue un cas d'étude intéressant, dans la mesure où les difficultés que connaît l'établissement en matière de recrutement en personnel médical, pour quelques spécialités au moins, font de l'ARTM une question particulièrement sensible dans les rapports entre médecins et entre corps médical et direction.

### Méthode d'investigation :

La démarche que nous adopterons pour l'analyse des impacts de l'ARTM sur les pratiques des médecins au sein du CHRO s'appuie sur les principaux axes du processus de conduite du changement en organisation.

Schématiquement, il est possible d'isoler cinq étapes dans ce processus, dont l'enchaînement est figuré par « la roue de Deming » :



L'implantation d'une réforme au sein d'un établissement nécessite au préalable un état des lieux des pratiques et représentations des acteurs concernés par le changement (étape « ANALYSER »).

Afin de saisir la perception de l'ARTM au sein du CHR d'Orléans d'abord, mais aussi plus largement, une série d'entretiens m'a été accordée par des praticiens hospitaliers (**ANNEXE V: Grille d'entretien des médecins**) et des directeurs de différents

établissements ont accepté de renseigner un questionnaire (**ANNEXE IV : Questionnaire envoyé aux directeurs**).

J'ai volontairement limité mon étude à ces deux catégories, médecins et directeurs, considérant qu'ils constituent les acteurs principaux d'une analyse des effets sociologiques et managériaux de l'ARTM. La composition des échantillons est précisée en annexe (**ANNEXE II : échantillon des questionnaires adressés aux directeurs, ANNEXE III : échantillons des entretiens conduits avec des praticiens hospitaliers et des internes**).

L'opportunité de rencontrer des internes m'a permis de soulever l'hypothèse d'un clivage générationnel lié à l'ARTM (**ANNEXE VI : Grille d'entretien des internes**).

C'est à partir de ce diagnostic des pratiques et représentations existantes que la direction du CHRO s'efforce de fixer des lignes de conduite de la réorganisation des activités médicales, en concertation avec les praticiens. Nous envisagerons ainsi trois phases successives de ce pilotage du changement : d'abord, le plan d'actions de la direction, qui explicite les enjeux et les objectifs de la réforme (étape « PLANIFIER ») ; ensuite, la mise en œuvre concrète des aménagements des activités médicales liés à l'ARTM (étape « REALISER ») ; enfin, le bilan qu'il est possible de dresser de ces transformations organisationnelles (étape « EVALUER »).

Finalement, l'évaluation des effets de l'ARTM au sein du CHRO, concernant les habitudes de travail et les modes de gestion du corps médical, nous conduira à développer des pistes d'amélioration des méthodes et outils de gestion des ressources humaines médicales (étape « AJUSTER »).

L'expérience du CHR d'Orléans, enrichie de quelques prolongements, sera détaillée en trois temps :

- l'état des lieux des perceptions des effets de la réforme partir par les acteurs concernés, médecins et directeurs **(2.1)**,
- le détail du pilotage du changement au sein de l'établissement **(2.2)**,
- à travers le bilan de l'ARTM, la nécessité de développer des outils et stratégies de gestion des ressources humaines médicales **(2.3)**.

## **2.1 La perception de l'ARTM par les acteurs du changement : « une réforme circonstancielle néfaste, mais structurellement positive »<sup>53</sup>**

L'idée générale qui ressort des entretiens et questionnaires permet de mettre en valeur une impression partagée par les médecins et les directeurs. Ressentie comme prématurée et insuffisamment accompagnée en moyens humains, la RTT du personnel médical est considérée comme circonstancielle néfaste. Néanmoins, les potentialités d'amélioration des conditions de vie des PH et de la sécurité des soins laissent escompter des effets structurellement positifs.

Les principales conclusions de l'enquête font apparaître que l'ARTM réalise un encadrement de l'activité médicale en phase avec les aspirations des praticiens hospitaliers **(2.1.1)**.

La logique de décompte du temps de travail médical suscite des avis partagés **(2.1.2)**.

Sur certains points, l'ARTM exacerbe des clivages au sein de la communauté médicale **(2.1.3)**.

Globalement, des inquiétudes quant aux effets potentiellement néfastes de l'ARTM sont exprimées **(2.1.4)**.

### **2.1.1 L'ARTM réalise un encadrement de l'activité médicale en phase avec les aspirations des praticiens hospitaliers**

L'appréciation globale de l'ARTM est très liée aux moyens d'accompagnement en crédits et en postes qui ont pu être dégagés. Les situations des établissements et des spécialités étant diverses, la réforme fait l'objet d'avis très partagés.

Si l'on écarte les difficultés liées aux modalités d'application de l'ARTM, les fondements de la réforme sont plutôt bien perçus.

De l'avis des directeurs, l'ARTM contribue à éviter certains abus, qui pouvaient mettre en péril la sécurité de la prise en charge du patient. Le sentiment d'un gain en termes de qualité de vie pour le praticien n'est cité qu'en second lieu, dans la mesure où les directeurs se disent bien conscients qu'en raison des manques d'effectifs pour certaines activités, le travail reste dense et nécessite souvent des dépassements en TA.

---

<sup>53</sup> Citation d'un directeur interrogé sur l'ARTM

De l'avis des médecins, la plupart saluent une réforme attendue (anesthésistes-réanimateurs et urgentistes) et désormais considérée comme un acquis social sur lequel il serait inconcevable de revenir. Les aspects positifs les plus souvent mentionnés lors des entretiens sont les suivants :

- un encadrement du métier en lien avec les aspirations de la société actuelle ;
- un encadrement du métier en réaction aux situations abusives du passé, où le PH travaillait jusqu'à 70h par semaine ;
- un gain en terme de sécurité pour le patient et de santé pour le médecin ;
- une reconnaissance du travail nocturne ;
- une opportunité d'apprendre de nouvelles façons de travailler, plus collégiales, en phase avec les évolutions de la médecine.

Dès lors, la réduction du temps de travail médical peut-elle être considérée comme un élément d'attractivité de la profession de praticien hospitalier ?

A cette question, les 3/4 des PH répondent que l'ARTM est de nature à rendre la carrière hospitalière moins répulsive, notamment pour les métiers de l'urgence ou les spécialités à permanence sur place.

En revanche, l'attractivité de la profession ne repose pas tant sur le critère du temps de travail. Le choix du métier de praticien hospitalier dépendrait plutôt d'une conception propre de l'exercice médical, reposant sur les valeurs de « *service public* », ou d'« *interdisciplinarité* ».

Pour 1/4 des PH, l'ARTM ne constitue pas un élément d'attractivité au sens où les jeunes générations souhaiteraient de moins en moins assumer des urgences et des permanences, face auxquelles l'ARTM ne fait qu'apporter des aménagements.

Enfin, les PH sont unanimes à relever la contradiction entre les mesures qui réduisent le temps de travail médical, et les incitations à augmenter l'activité dans le cadre de la T2A ou encore le contexte de démographie médicale tendu pour certaines spécialités.

### **2.1.2 Des avis partagés sur l'introduction d'une logique de décompte du temps de travail médical**

L'introduction d'une logique de décompte du temps de travail constitue un changement culturel au sein du corps médical, dans la mesure où elle affecte le modèle traditionnel de

la profession médicale, caractérisé par une perméabilité des frontières entre le temps consacré à la vie professionnelle et le temps dévolu à la vie privée.

La plupart des PH disent ne pas être habitués à compter leur temps de travail. Toutefois, au vu des évolutions de la société, et de la nécessité de prendre en compte les réalités du métier, les 3/4 trouvent naturel de poser des bornes et acceptent le principe du décompte.

A l'inverse, 1/4 se sentent dépassés par cette évolution qui ne correspond pas à l'idée qu'ils se font de leur métier ; la majorité d'entre eux se disent même choqués par le principe du décompte, et inquiets de la disposition d'esprit que cela engendre. L'intérêt personnel passerait avant l'intérêt du service, et donc, du patient. La logique de décompte favoriserait une logique de rentabilisation et la RTT entraînerait une intensification de la charge de travail, d'où une tendance à faire plus d'actes, à industrialiser les prestations de soins (tant de rendez-vous et d'opérations par jour).

Enfin, les PH ont le sentiment d'un clivage générationnel net dans le rapport au temps de travail. Le comportement des jeunes médecins, davantage préoccupés par leur qualité de vie, est inégalement apprécié par leurs aînés : si certains considèrent que les plus jeunes sont la force motrice d'une amélioration des conditions de travail des médecins, d'autres se montrent plus inquiets quant aux risques de contraction du temps médical sur l'activité et la qualité du suivi des patients.

Aux yeux des directeurs, le principe du décompte du temps de travail ne paraît pas plus naturel pour un médecin que pour un cadre. La logique de décompte apparaît comme néfaste à la mission de soin, dans la mesure où un allongement des délais d'attente en consultation déjà sensible fait l'objet de critiques de la part des usagers.

Cependant, en obligeant à produire des plannings et des tableaux mensuels de service, les directeurs s'accordent sur le fait que l'ARTM permet une meilleure connaissance de l'activité des médecins de l'établissement, et facilite la gestion prévisionnelle de la permanence des soins.

### **2.1.3 L'exacerbation de clivages au sein de la communauté médicale**

A l'unanimité, les PH estiment que l'ARTM a exacerbé des divisions qui existaient déjà au sein de la communauté médicale.

La plupart considère que l'application de l'ARTM génère des inégalités de traitement, notamment en termes d'attribution de postes ou de rémunération du TA, au point de parler de « *sous - classes médicales* ». Les divisions du corps médical liées à l'ARTM revêtent donc à la fois une dimension socio-professionnelle (sentiment que certaines disciplines sont privilégiées en termes d'allocation de moyens) et une dimension financière (différences de traitement selon le nombre de plages de TA rémunérées).

Deux clivages nets se dessinent. Entre les disciplines à permanence sur place et les services à astreintes d'une part : les seconds ont le sentiment d'être pénalisés dans la rémunération du TA. Entre le groupe des urgentistes et anesthésistes-réanimateurs et les autres services d'autre part : les premiers sont accusés d'avoir milité pour une réforme catégorielle, d'avoir « *fait primer les intérêts syndicaux sur les intérêts scientifiques* ».

Ces critiques nourries envers les urgentistes et les anesthésistes-réanimateurs, considérés comme un même ensemble par les autres praticiens, montrent que plus que l'appartenance disciplinaire, c'est une similitude des modes d'organisation du travail qui fonde une communauté d'intérêts et un moteur de l'action collective. Ainsi, les urgentistes ont une organisation commune en travail « posté ». En ce qui concerne les anesthésistes-réanimateurs, leurs activités peuvent être comparées les unes aux autres, parce qu'elles comportent des phases similaires : consultations préopératoires, travail au bloc, en salle de réveil, suivi postopératoire, urgences, cours, réunions, permanences et astreintes.

#### **2.1.4 Des inquiétudes quant aux effets potentiellement néfastes de l'ARTM**

Les difficultés que rencontrent les établissements pour mettre en œuvre la réforme de l'ARTM dans un contexte de démographie médicale tendu sont à l'origine d'un certain nombre d'inquiétudes exprimées tant par les médecins que par les directeurs interrogés. Les principaux effets potentiellement néfastes de l'ARTM cités sont, par ordre décroissant de fréquence :

- des conséquences désastreuses au plan de l'organisation ;
- une diminution de la qualité de la prise en charge en terme de suivi du patient ;
- une incitation à travailler dans l'illégalité (TMS fictifs, TA non reconnu, présence le lendemain d'une permanence sur place) ;
- l'instauration d'une compétition malsaine entre les services qui ont les moyens d'appliquer la réforme, et ceux qui sont contraints de travailler dans l'illégalité,

soupçonnés par là même d'être les « *mauvais élèves qui rechignent à la réorganisation* » ;

-une baisse considérable de l'activité.

Cet état des lieux des perceptions des premiers effets de l'ARTM et des conséquences à venir permet de préciser le contexte d'implantation de la réforme dont il convient dans un second temps d'envisager les étapes.

## **2.2 Les étapes du pilotage de l'ARTM au CHRO**

La conduite du changement lié à l'ARTM au sein du CHR d'Orléans peut schématiquement s'appréhender en trois étapes majeures.

D'abord, le plan d'actions de la direction se caractérise par un effort de communication auprès de la communauté médicale sur les objectifs de la réforme **(2.2.1)**.

Ensuite, la mise en œuvre de l'ARTM est à l'origine de changements dans l'organisation de l'activité médicale, bien que d'ampleur inégale selon les services **(2.2.2)**.

Enfin, le bilan de la réforme qu'il est possible de dresser demeure nuancé **(2.2.3)**.

### **2.2.1 Un plan d'actions caractérisé par un effort de communication sur les objectifs de la réforme**

La réforme de l'ARTM n'intéresse pas seulement les aspects formels de la gestion du temps de travail médical, dans la mesure où elle bouleverse également des éléments plus informels tels que les représentations que les praticiens hospitaliers se font de leur activité ou encore leurs habitudes de travail.

C'est pourquoi l'application des normes relatives à l'ARTM ne saurait se réduire ni à l'édiction de règles, ni à l'introduction de nouveaux outils de gestion de l'activité médicale.

Afin d'anticiper les phénomènes de résistance au changement, un effort d'explicitation des enjeux de la réforme s'est avéré indispensable dans l'ensemble des établissements hospitaliers, et notamment au CHR d'Orléans.

C'est pourquoi la direction du CHRO s'attache à développer une stratégie articulée autour de quatre enjeux principaux : la définition d'objectifs compatibles avec la position



particulière du CHRO dans l'offre de soins d'abord **(A)**, la conciliation des intérêts individuels et institutionnels ensuite **(B)**, l'intérêt d'une transparence de l'activité médicale en troisième lieu **(C)**, et enfin l'importance de mener une réflexion de nature organisationnelle au sein des services **(D)**.

**A) Définir des objectifs compatibles avec la position particulière du CHRO dans l'offre de soins**

Dans le cadre de la mise en place de l'ARTM, les établissements ont été invités à réfléchir aux points forts et faibles de l'organisation des services et aux sources possibles d'amélioration en termes de procédures, d'organisation des tâches, de circuits d'information ou de modes de relations entre services complémentaires.

Cette réflexion organisationnelle interne s'appuie sur une analyse du positionnement particulier de chaque établissement dans l'offre de soin.

A ce titre, le CHR d'Orléans constitue une exception, dans la mesure où il figure parmi les établissements à vocation régionale sans pour autant être rattaché à une université de médecine<sup>54</sup>. Par conséquent, le CHRO doit relever le défi d'assumer à la fois des missions de proximité et un rôle de référence régionale, sans disposer des moyens matériels, techniques et humains d'un CHU.

Certaines caractéristiques propres au CHR d'Orléans apparaissent comme des obstacles à l'application de l'ARTM.

D'une part, bien que bénéficiant d'un plateau technique sophistiqué et d'une communauté médicale performante, le CHR semble souffrir d'une concurrence avec le CHU de Tours. En outre, la proximité de Paris constitue tout autant un facteur d'attractivité qu'un risque de fuite des personnels médicaux.

D'autre part, la communauté médicale du CHR d'Orléans présente une importante hétérogénéité, et se compose d'individus plus que d'équipes. La diversité des origines géographiques et universitaires des médecins, ainsi que l'absence de PU-PH qui forment et initient les jeunes médecins à l'art médical, ne permettent pas de souder les médecins à une appartenance collective.

---

<sup>54</sup> Orléans et Metz-Thionville sont les deux seuls établissements de France CHR non universitaires.

Enfin, le faible nombre d'internes contraint à fermer un nombre de lits conséquent en période estivale.

Le CHR d'Orléans connaissant déjà des difficultés de recrutement, que l'on peut imaginer croissantes au vu des prévisions démographiques, le choix de la direction a été d'adopter une démarche pragmatique.

Les objectifs fixés à l'application de l'ARTM visent principalement à respecter au mieux la légalité, notamment la possibilité d'accorder le repos compensateur, tout en assurant la continuité des soins.

Les objectifs en termes de réorganisation des activités médicales, bien que concomitants à ces aménagements du temps de travail, sont restés modestes, en raison du déficit de personnel médical. Sur l'ensemble des établissements interrogés, le CHR d'Orléans est celui qui a bénéficié du plus grand nombre de postes liés à la compensation de la diminution du temps médical. 17.5 ETP postes de PH et 5 ETP postes d'assistants ont été attribués principalement aux urgences, en pédiatrie, en gynécologie-obstétrique et en réanimation. A ce jour, seuls 60% des postes créés au titre de l'ARTM ont été pourvus au CHR d'Orléans.

## **B) Concilier les intérêts des individus et de l'institution hospitalière**

Le choix d'une démarche pragmatique dans l'application de l'ARTM ne dispense pas d'un suivi de l'activité médicale. Le déploiement de l'ARTM a nécessité une forte implication de la direction, visant à concilier les intérêts des individus et ceux de l'institution. Tant le chef d'établissement que la directrice des affaires médicales sont intervenus pour solliciter les praticiens dans le cadre de la préparation de la réforme, pour délivrer régulièrement une information lors des réunions de la CME et de la COPS, pour rappeler les dispositions réglementaires en vigueur ou pour arbitrer dans les demandes individuelles des praticiens.

L'engagement de la direction du CHR a ainsi mêlé une approche à la fois volontariste et déterministe<sup>55</sup>. Si le changement organisationnel lié à l'ARTM procède avant tout d'une

---

<sup>55</sup> GUILHON A., *le changement organisationnel est un apprentissage*, Revue française de gestion, n°120.

obligation législative, il permet en même temps une adaptation de l'établissement à son environnement social et juridique. L'application de l'ARTM implique pour le directeur de veiller à deux écueils : l'adaptation des hommes aux structures d'une part, la soumission de l'organisation à des préoccupations individuelles d'autre part.

### **C) Mettre en avant l'intérêt de la transparence et non du contrôle de l'activité médicale**

La mise en œuvre de l'ARTM suppose une connaissance fine de l'activité médicale, tant pour veiller à l'accomplissement des obligations de service et au respect du repos compensateur, que pour calculer la rémunération des médecins, en tenant notamment compte des indemnités de sujétion et des plages de TA. La production systématique des tableaux de service et de permanence des soins permet de mieux gérer par anticipation les effectifs médicaux, en intégrant la complexité induite par les nouveaux droits accordés aux médecins (jours RTT, recours au CET).

Dans un premier temps, la recherche d'un suivi régulier de l'activité médicale par la direction a pu être interprétée comme un manque de confiance dans la capacité des médecins à s'organiser de façon autonome. Certains se sont montrés réticents à ce qui leur apparaissait comme du « *flicage* » au point de boycotter les tableaux de service.

Toutefois, un travail de communication sur la nécessité de renseigner les tableaux de service à la fois pour organiser la permanence des soins et pour permettre la mise en œuvre de la responsabilité de l'hôpital sur les temps de présence médicale, a permis de mettre en valeur la transparence de l'activité des praticiens dans leur propre intérêt.

Aujourd'hui, l'idée que le médecin hospitalier n'est pas dispensé de rendre des comptes sur son activité est majoritairement perçue positivement. La plupart des PH se montrent en effet favorables à des mesures visant à augmenter la transparence de l'activité médicale. Le principe de la « *pointeuse* » est même évoqué par près d'1/3 des PH : ce système pénaliserait certains médecins, par la confrontation entre le temps de travail déclaré et le temps de travail réellement accompli, et revaloriserait d'autres praticiens, par la mise à jour d'un temps de travail bien supérieur à ce que pense « *l'administration* ».

Si la plupart des praticiens s'accordent sur le fait que l'introduction de la transparence, et le rattachement du métier de PH à l'évolution globale de la RTT dans la société banalise quelque peu la profession, ils soulignent tous que le métier comporte tout de même des

spécificités empêchant un cadrage trop strict de leur activité: une quantité de travail plus importante, une diversité de missions (soin, recherche, enseignement, réunions, réseaux ou autres activités d'intérêt général), et une obligation de gérer l'imprévu.

#### **D) Passer d'une logique de moyens à une réflexion organisationnelle avec l'appui des chefs de service**

Au départ, l'essentiel des débats concernant les modalités d'application de l'ARTM a porté sur le nombre de PH, et la demande de création de postes. Confrontée au manque d'effectifs médicaux malgré la création de postes, et à l'exigence de restructuration des activités médicales visée par les textes régissant l'ARTM, la direction s'est efforcée de dépasser la logique de moyens et d'encourager la réflexion organisationnelle.

Cette démarche a pris appui sur les chefs de service. En effet, l'acceptation de l'ARTM par les médecins hospitaliers constitue la principale condition de réussite de la réforme. Au niveau d'un service, l'orchestration de l'organisation collective du travail médical relève du chef de service, dont la légitimité est en principe attestée par ses pairs lors d'un vote en CME. Bien que la plupart des médecins chefs de service interrogés estiment avoir des capacités d'action limitées en matière d'organisation du fait du poids des tâches administratives qui leur incombent, ils ont une responsabilité essentielle dans l'arbitrage des intérêts des médecins du service, et dans la surveillance de l'équilibre de la répartition des charges de travail.

Tous les chefs de service ont été rencontrés par la directrice des affaires médicales, et plus particulièrement les chefs des services à permanence sur place, afin d'étudier les possibilités d'appliquer le repos compensateur. Les médecins se montrent plus ou moins réceptifs à l'argument sécuritaire qui fonde le repos compensateur, tant pour le patient que pour eux-mêmes. C'est pourquoi des résistances au respect des dispositions prévoyant l'arrêt de toute activité clinique au bout de 24 heures de travail consécutives subsistent dans certains services (cardiologie, chirurgie digestive).

La préparation conjointe de la direction et de la communauté médicale à l'ARTM a eu lieu en deux temps. D'abord, une évaluation mathématique des besoins en personnel médical, puis une étude des possibilités de réorganisation en interne et en externe de l'activité médicale ont été effectuées. Pour cela, un diagnostic de la permanence médicale

a été réalisé, en différenciant les périodes d'activité normale, les périodes de vacances (juillet et août, Noël) où l'activité est réduite, et enfin l'hypothèse de grève.

Les efforts réciproques de communication entre la direction et la communauté médicale contribuent à décriper les appréhensions premières liées au bouleversement de l'organisation du travail médical, et à favoriser l'adhésion des praticiens aux enjeux de la réforme. Par conséquent, de nombreux services ont initié des changements de leurs habitudes de travail, dont la réalisation est certes inégale, mais effective.

### **2.2.2 La mise en œuvre de l'ARTM au CHRO témoigne de changements organisationnels effectifs, malgré une application inégale des dispositions de la réforme par les praticiens**

Le travail de concertation entre la direction et le corps médical au sein de la COPS est à l'origine d'une politique d'établissement encourageant la réorganisation des activités médicales en vertu des dispositions relatives à l'ARTM **(A)**.

Toutefois, la volonté des individus et les moyens des services en termes de ressources médicales étant inégaux, il n'apparaît actuellement pas possible, au sein du CHR d'Orléans comme dans de nombreux autres établissements, d'appliquer l'ensemble du dispositif d'ARTM **(B)**.

#### **A) L'application de l'ARTM a impulsé une réorganisation concertée des activités médicales**

Dans la mesure où l'ARTM est une réforme qui atteint le cœur de métier des PH, la conduite du changement des pratiques professionnelles et leur accompagnement ne peut se concevoir que dans le cadre d'un partenariat entre les médecins et les directeurs chargés de faire appliquer la loi. Une participation réelle et active du corps médical à la définition des nouvelles règles d'exercice de l'activité médicale, et non l'adhésion à un projet ficelé à l'avance, a été recherchée. Cette volonté de concertation entre médecins et directeurs se matérialise dans la structure de codécision qu'est la COPS **(a)**.

Véritable instrument de pilotage de l'ARTM au sein de l'établissement, la COPS élabore des règles ayant incité les médecins à opérer des modifications plus ou moins substantielles de l'organisation de leurs activités **(b)**.

a) *La COPS : un partenariat entre médecins et directeurs pour le pilotage de l'ARTM au sein de l'établissement*

Au CHR d'Orléans, la COPS s'est dotée d'un règlement intérieur à partir des conclusions d'un groupe de travail constitué à cet effet. Les règles édictées au terme d'un vote majoritaire des membres de la COPS visent à utiliser au mieux les crédits alloués dans le cadre de l'ARTM, sur la base des critères les plus objectifs possibles en termes de besoin en temps médical.

Les principales décisions prises par la COPS prévoient:

- une mutualisation de l'enveloppe des crédits alloués au titre de l'ARTM sur des postes restés vacants pour le paiement du TA ;
- une priorisation du paiement du TA, dans la limite des crédits disponibles, qui concerne par ordre décroissant les services à permanence sur place avec postes vacants, les services à permanence sur place sans poste vacant, les services à astreinte avec postes vacants, enfin les services à astreinte sans poste vacant ;
- une fixation de plafonds de plages de TA par quadrimestre : 216 plages pour les services à permanence sur place ; 26 plages pour les services à astreinte ;
- la rémunération de l'ensemble des plages de TA au tarif de jour.

L'ensemble des acteurs interrogés, qu'ils soient médecins ou directeurs, soulignent l'intérêt de la COPS en tant qu'instance de dialogue, parfois de confrontation, mais aussi de désamorçage de conflits latents et de restauration de la confiance entre médecins et directeurs.

Néanmoins, la COPS accuse certaines faiblesses, relevées au cours des entretiens.

Un groupe de suivi local de la mise en oeuvre de l'ARTM a été constitué, mais n'a pas réellement fonctionné, du fait notamment de la forte implication de certains de ses membres dans les enjeux plus nationaux défendus par leurs syndicats.

Par ailleurs, l'absence de réflexion commune sur l'articulation de la RTT des personnels paramédicaux et médicaux est regrettée.

Enfin, un décalage entre les décisions prises au sein de la COPS et leur réalisation effective est observé. L'obligation faite aux PH de rendre des comptes sur leur activité perd de son sens dès lors qu'en pratique, les médecins ne sont tenus par l'intermédiaire des tableaux de service qu'à un système déclaratif et conservent ainsi une certaine marge de liberté.

Si les PH ne respectent pas les règles fixées par la COPS, la direction ne dispose que de peu de moyens de réaction, si ce n'est le non-paiement des plages de TA non justifiées. Concernant les praticiens qui résistent à l'application systématique du repos compensateur, la direction s'emploie à un effort de persuasion, mais les médecins ne se montrent pas toujours sensibles au fait qu'ils engagent leur responsabilité personnelle au-delà de 24 heures d'activité consécutives.

*b) Des changements organisationnels modestes mais effectifs*

Bien que l'ARTM ait dans un premier temps suscité de fortes résistances, les médecins ont progressivement intégré les enjeux de la réforme. Des aménagements modestes mais réels ont été entrepris dans l'organisation des services. En effet, les médecins se disent dans l'incapacité d'effectuer des changements de plus grande ampleur, parce que leur service fonctionne déjà à effectifs médicaux réduits.

La réflexion sur les changements organisationnels qu'il est possible d'entreprendre a été menée à trois niveaux principaux :

➤ A l'échelle de l'établissement d'abord

D'une part, une révision globale du dispositif de permanences et astreintes a été entreprise, afin de mieux caler l'organisation des services sur leur activité réelle. En chirurgie pédiatrique, la transformation du système de permanence et le redéploiement des crédits qui y étaient affectés ont permis de forfaitiser les astreintes. En chirurgie orthopédique, le système mixte mêlant gardes et astreintes a été unifié en astreintes. En hémodialyse, les astreintes de sécurité sont devenues des astreintes opérationnelles.

D'autre part, des conditions au paiement du TA ont été fixées par la COPS. En principe, les PH ont l'obligation de rendre les tableaux de services, prévisionnels et réels, et de demander la contractualisation du TA. Dans le but de familiariser les médecins à ces nouvelles pratiques, et de les faire adhérer à leur principe, la direction a également opté pour une démarche progressive. Dans un premier temps, le seul rendu systématique des tableaux de service est exigé. Ce n'est que depuis cette année que la démarche de contractualisation est fortement incitée.

➤ Au niveau de chaque service ensuite

Majoritairement, les services ont formalisé l'organisation existante, systématisé certaines procédures telles que les staffs matinaux, afin d'assurer les transmissions à l'issue des permanences de nuit. L'application la plus régulière possible du repos compensateur est recherchée par la plupart des services.

D'autres aménagements divers, plus ou moins novateurs, ont été expérimentés :

- un effort de formalisation, dans la tenue et la précision des dossiers médicaux, afin d'assurer des transmissions les plus fines possibles ;
- une organisation prévisionnelle et concertée entre PH réunis au sein d'un « conseil de bloc » de l'occupation des salles opératoires ;
- un arbitrage par le chef de service des intérêts de chacun dans la prise de congés annuels ou de jours RTT, de façon à équilibrer la charge de travail et la répartition des permanences ;
- l'apprentissage d'une nouvelle façon de travailler. Les anesthésistes sont habitués à travailler en équipe ; les autres disciplines intègrent progressivement la nécessité de travailler en collégialité, au-delà de la transmission d'informations sur les cas traités par chacun. Plusieurs PH soulignent l'idée que « *le médecin n'est plus propriétaire de ses patients* » ou encore que « *le patient n'est pas une propriété personnelle* ».
- des ajustements ponctuels : au service des urgences, le décompte en heures ne s'applique pas aux praticiens effectuant des travaux institutionnels, dans le but d'éviter de multiplier le nombre de plages de TA.



➤ Dans le cadre de la relation entre médecins et patients enfin

L'ARTM accentue la transformation de l'exercice médical dans un sens de plus en plus collégial, au détriment de la relation interindividuelle entre le patient et « son » médecin.

Si l'évolution des modes de prises en charge par des équipes plutôt que dans le cadre du colloque singulier est parfois source d'inquiétude de la part des usagers, la plupart des praticiens disent qu'une éducation du patient et des familles est possible. L'information, qui aide en tous les cas à apaiser les angoisses liées à une hospitalisation, ne doit pas être négligée.

Les attentes des patients sont inégalement perçues, mais rattachées par l'ensemble des médecins interrogés au sentiment d'une attitude de plus en plus consumériste de leur part. Certains ressentent une pression des patients qui n'acceptent pas d'être vus par des médecins différents, alors que d'autres ont l'impression que les patients sont prêts à demander à changer de médecin s'ils ne sont pas satisfaits.

Cette évolution de la médecine et du rapport au patient est diversement appréciée, et dessine un clivage entre les PH des spécialités qui interviennent de façon ponctuelle auprès d'un patient (urgences, anesthésie, réanimation), et les PH des disciplines effectuant un suivi prolongé des patients. Pour les premiers, elle est l'occasion d'inventer des formes de travail en phase avec les avancées de la médecine, dont l'hyperspécialisation rend plus que jamais nécessaire la coopération. Pour les seconds, elle est de nature à dépersonnaliser la prise en charge, ce qui semble contraire aux objectifs de la loi du 04 mars 2002 sur les droits des patients.

## **B) Une application à géométrie variable des dispositions relatives à l'ARTM**

L'organisation de l'activité médicale d'un service résulte tant des stratégies individuelles des praticiens que des contraintes qui s'imposent à eux en termes de charge de travail et de moyens, principalement humains. Selon l'état préexistant des organisations, l'ARTM a eu pour conséquence de radicaliser les difficultés ou d'offrir de nouvelles marges de manœuvre aux médecins.

Il en résulte des différences notables entre praticiens au niveau de la possibilité de limiter l'activité à 48 heures par semaine en moyenne **(a)**, du recours au TA **(b)**, du respect du repos compensateur **(c)**, et de l'utilisation des jours RTT et du CET **(d)**.

a) *Une appréciation approximative de la limitation à 48 heures hebdomadaires*

La limitation à 48 heures hebdomadaires lissées sur 4 mois ne peut être objectivable que pour les médecins des services organisés en travail posté.

La plupart des PH des services organisés en demi-journées pensent dépasser cette borne. Il ne s'agit que d'une appréciation approximative, dans la mesure où la logique de décompte du temps de travail n'est pas encore familière au corps médical. Néanmoins, le repos compensateur est salué comme un facteur considérable de progrès, au regard de la situation qui prévalait avant la réforme. De nombreux praticiens comparent leur situation actuelle avec leurs débuts en tant qu'internes, où la durée de travail pouvait atteindre 70 à 90 heures par semaine.

b) *Un recours indispensable au TA pour assurer la continuité des soins*

La nécessité d'assurer la continuité des soins à hauteur des effectifs médicaux réglementaires est à l'origine d'une production de TA de la part des médecins du CHRO, qu'ils exercent leurs obligations de service dans le cadre d'un décompte en heures ou en demi-journées.

La réalisation de TA peut être diversement interprétée. Un nombre important de plages de TA reflète la plus ou moins grande tendance du personnel médical à entreprendre une réorganisation interne. Si le TA se pérennise, c'est que les changements organisationnels ont été insuffisants. Le TA, conçu pour être une souplesse transitoire, se trouve détourné de sa finalité.

A l'inverse, le recours au TA peut également mettre à jour des différences en termes de charge de travail entre les services. Au CHR d'Orléans, si quelques services génèrent du TA sans que cela soit véritablement justifié par les impératifs de permanence et de sécurité des soins, d'autres, tels que le département d'anesthésie-réanimation qui compte 8 postes vacants, ou les urgences qui sont régulièrement saturées, fonctionnent à flux tendu malgré la possibilité d'effectuer du TA.

c) *Une application circonstancielle du repos compensateur*

Globalement, 4/5 des PH interrogés disent qu'il est fait une application quasi-généralisée du repos compensateur dans leur service, à l'exception des chefs de service, qui effectuent des travaux de recherche, du codage, diverses tâches administratives ou participent à des réunions. L'actualité du CHR est riche en projets institutionnels tels que la construction du Nouvel Hôpital d'Orléans ou la constitution des pôles d'activité, qui sollicitent la participation de médecins, parfois le lendemain de permanences sur place.

Les PH des services organisés en temps continu, qui réalisent un travail posté, appliquent systématiquement le repos compensateur.

Pour les disciplines organisées en demi-journées, le principal obstacle avancé à l'application systématique du repos un lendemain de permanence est le suivi global du patient, qui ne nécessite pas de pratiquer des actes invasifs, mais des visites ou des consultations.

En effet, 1/5 des PH interrogés, principalement des services de chirurgie et de gynécologie-obstétrique, disent ne pas pouvoir appliquer le repos compensateur sans nuire à la qualité de la prise en charge du patient. Les PH de ces disciplines entretiennent une relation de proximité au patient et soulignent les contraintes de leur activité en termes de suivi : en amont comme en aval d'une intervention chirurgicale, la présence du médecin est indispensable à la préparation et à la surveillance du patient. Non seulement la qualité du suivi est meilleure parce que le chirurgien est celui qui connaît le mieux le patient et son dossier, mais en outre, cette présence continue répond à la demande du patient, qui remet parfois sa vie entre les mains d'une personne qu'il souhaite identifier.

d) *Une utilisation des jours RTT et du CET répondant aux stratégies individuelles des praticiens*

Le placement de jours de congés ou de jours RTT sur le CET est fréquent, mais davantage lié à l'impossibilité d'obtenir la rémunération des jours non utilisés qu'à l'objectif de capitaliser des périodes de récupération. En effet, le CET est un dispositif qui rend les médecins plus dubitatifs qu'il ne les enthousiasme. Les praticiens ne voient d'intérêt au cumul de jours sur le CET que pour les médecins proches d'une cessation

d'activité, qui peuvent ainsi faire valoir leurs droits à la retraite plus tôt. En outre, une incertitude concernant la possibilité de solder les CET à échéance de 10 ans fait l'unanimité : les médecins craignent que si les jours accumulés ne font pas l'objet d'une valorisation financière, une partie d'entre eux soient perdus, dans la mesure où il leur paraît inconcevable de s'absenter deux mois de suite au vu des effectifs actuels.

Inversement, une minorité de praticiens considère le CET comme une opportunité de réaliser un projet personnel, tel qu'un voyage ou une mission humanitaire. La réserve relative à l'évolution des effectifs médicaux dans les équipes existantes est également évoquée, mais ne leur semble pas impossible à lever. Enfin, l'utilisation des jours RTT comme jours de récupération, bien que non exhaustive, est majoritaire parmi les praticiens désireux de consacrer du temps à leur vie familiale.

Bien qu'inachevée, la réalisation de l'ARTM a entraîné des changements considérables de l'organisation de l'activité médicale des établissements et des habitudes de travail des médecins. Le premier bilan qu'il est possible de dresser de l'ARTM au CHR d'Orléans fait apparaître des effets mitigés.

### **2.2.3 L'évaluation des effets de l'ARTM : un bilan contrasté**

Le premier bilan que l'on peut dresser de l'application de l'ARTM au sein du CHR d'Orléans est ambivalent.

D'une part, la RTT du personnel médical s'avère généralement favorable à l'amélioration des conditions de travail des praticiens. Elle apparaît ainsi comme une garantie de plus grande sécurité pour le patient **(A)** et comme un progrès dans la qualité de vie des PH **(B)**.

D'autre part, les problèmes d'organisation que rencontrent certains services, accentués sous l'effet de l'ARTM, font poindre de nombreuses inquiétudes quant à la qualité de la prise en charge des patients au plan de son suivi global **(C)**.

Enfin, les difficultés d'application de la réforme conduisent à des situations disparates selon les services, certains n'ayant d'autre solution que de recourir à des modes d'organisation marginalement dérogatoires à la légalité **(D)**.

## **A) Un gain au plan de la sécurité pour les patients**

Les praticiens rencontrés sont unanimes sur le fait que l'ARTM constitue une avancée considérable, à la fois pour la sécurité du patient et pour leur propre santé.

Nombreux sont ceux qui reconnaissent avoir pris des risques de façon involontaire, dans l'ancien système où un même médecin pouvait être de garde du samedi après-midi au lundi matin.

Cependant, une nuance est apportée concernant la variabilité de l'activité de garde. Selon le nombre et la durée des interventions du praticien de garde, un travail de type consultations ou visites le lendemain ne serait pas inconciliable avec le respect de la sécurité des soins. Dans ce contexte, le repos compensateur apparaît aux yeux de certains médecins comme étant trop restrictif. Toutefois, l'éventualité discutée au niveau européen de différencier les périodes actives et inactives de garde laisse entrevoir des dérives potentielles dont les médecins ont largement conscience. Dans la mesure où il n'est pas possible de faire reposer une organisation sur le ressenti de chacun des membres, l'uniformité de la règle reste préférée à la multiplication de cas particuliers.

Enfin, deux PH soulignent que l'argument sécuritaire peut s'avérer contre-productif si l'on considère que l'application du repos compensateur génère une diminution de l'expertise des internes, qui nécessiteront plus de temps pour être valablement formés et acquérir de l'expérience.

## **B) Une meilleure qualité de vie pour les praticiens**

La grande majorité des praticiens considère que l'ARTM, notamment le bénéfice du repos compensateur et l'octroi de jours de récupération au titre de la RTT, sont à l'origine d'une amélioration de leur qualité de vie, que ce soit sous forme de congés supplémentaires, ou sous forme de présence hebdomadaire accrue au domicile familial. Cet effet positif au plan personnel rejaillit sur les conditions de travail. Les médecins se sentent moins fatigués et disent se montrer moins irascibles envers les patients et le personnel à l'issue d'une permanence.

Inversement, 1/6 des PH interrogés estiment ne tirer aucun bénéfice au plan de leur qualité de vie, dans la mesure où ils consacrent les jours de repos compensateur à diverses tâches institutionnelles, et qu'ils ne prennent quasiment pas de jour de récupération.

### **C) Des inquiétudes quant à la qualité de la prise en charge du patient**

Les praticiens regrettent le fait que le repos compensateur et la rotation des équipes qui s'ensuit génèrent une dépersonnalisation de la relation au patient. La qualité de la prise en charge n'en est pas pour autant affectée au plan médical, dans la mesure où une attention particulière est portée sur la qualité des transmissions.

Pour les disciplines d'urgences et d'anesthésie-réanimation, qui n'interviennent généralement que de façon ponctuelle auprès du patient, la question du suivi ne se pose pas. Les PH de ces disciplines se montrent néanmoins très conscients des difficultés que rencontrent leurs confrères.

Toutefois, certaines critiques s'élèvent et posent la question de la compatibilité du respect strict du repos compensateur avec la qualité de la prise en charge des patients. *« A l'heure où l'on parle d'humanisation des hôpitaux et de droits des patients, les protocoles, le temps passé à l'informatisation des données, font observer une diminution du temps passé au lit du patient et conduisent à se poser la question d'une déshumanisation croissante ».*

Certains chirurgiens renversent même l'argument sécuritaire et considèrent que l'application stricte du repos compensateur présenterait une perte de chance pour les patients. Par exemple, dans le cas d'une grossesse pathologique où la qualité de la prise en charge dépend d'une connaissance très fine du dossier, la possibilité de consulter le lendemain d'une permanence éviterait de déplacer des rendez-vous fixés avant le planning de gardes ou d'orienter la consultante vers un autre praticien du service qui ne la connaît pas.

Les directeurs ont également un sentiment de diminution de la qualité du service rendu au patient. Les files d'attentes en consultation ont considérablement augmenté, ce qui peut s'avérer néfaste, notamment dans les disciplines où la précocité d'un diagnostic est capitale pour l'efficacité d'un traitement.

## **D) Des difficultés d'application conduisant à une organisation marginalement dérogatoire à la légalité**

Aux yeux de l'ensemble des acteurs interrogés, la réforme de l'ARTM est apparue prématurée et brutale. Un temps de préparation plus long aurait été souhaitable, afin de familiariser les équipes médicales à un changement considérable dans leurs habitudes de travail et aux exigences croissantes de transparence et de suivi régulier de leur activité.

Il semble au contraire que l'ARTM ait encore opacifié le suivi du temps de travail des médecins. Confrontés à l'impossibilité de respecter formellement les dispositions de l'ARTM, certains services développent des pratiques à la marge de la légalité, dans la mesure où des temps de présence médicale sont observés le lendemain des permanences, et ne figurent pas toujours sur les tableaux de service.

La COPS du CHR d'Orléans a diligenté une enquête par questionnaire afin d'établir un bilan de l'ARTM.

Les services ont été invités à fournir une note explicative sur l'organisation de leur temps de travail depuis la mise en place de l'ARTM. Les principales conclusions de l'enquête montrent que le respect du repos compensateur a raréfié, voire rendu impossible, la tenue de réunions de service ou de réunions transversales dont le but était, par exemple, de faire le point sur l'état d'avancée des travaux de recherche et des publications. Certains services ont entrepris des aménagements internes permettant de concilier un échange d'informations global sur le fonctionnement du service et les dossiers-patients, avec la rotation des équipes liée au repos compensateur. Ainsi, en réanimation médicale, les médecins se réunissent en staff le matin, puis les praticiens sortant de permanence sont libres de partir en repos compensateur ou de rester pour effectuer des travaux administratifs non comptabilisés dans leur temps de travail. Les praticiens des services les plus en difficulté ont signalé que selon la période de l'année, ils se trouvent parfois obligés de rester dans le service à l'issue d'une permanence. Dans ce cas, ils assurent une surveillance et restent disponibles en cas de nécessité. Toutefois, selon le nombre de patients à prendre en charge, ils sont amenés à effectuer une réelle activité de soin, consécutive à la permanence de nuit.

Ces pratiques liées à la nécessité d'assurer la continuité des soins sont dérogatoires à la légalité. L'état actuel du droit n'étant pas stabilisé sur ce point, on peut se demander quelles seraient les solutions jurisprudentielles envisageables dans l'hypothèse d'un incident survenant dans le cadre d'une activité médicale effectuée à la suite d'une permanence sur place (défaut de vigilance, erreur de diagnostic, faute médicale etc.).

Face à cette éventualité, les directeurs penchent en faveur d'une position légaliste : dans la mesure où le respect de la loi est une priorité qui doit être recherchée en toutes circonstances, les règles validées par la COPS sont régulièrement rappelées aux PH. Ainsi, toute dérogation au respect du repos compensateur et au plafond des plages de TA doit être justifiée par les besoins de fonctionnement du service et autorisée par la direction.

Force est de constater que cette procédure officielle n'est pas toujours suivie. Dans certains services, les médecins sont amenés à poursuivre une activité de soin après une permanence, sans que la direction en soit nécessairement informée, et sans que cela soit systématiquement mentionné sur les tableaux de service. Ecartelée entre l'impératif de légalité et le principe de réalité, la direction du CHR est conduite à prendre des risques, mais toujours pesés et affichés. Dans le cas où les effectifs médicaux ne permettent pas de respecter le repos compensateur de façon systématique, notamment en période estivale ou de vacances scolaires, la direction s'efforce de trouver un accord avec l'ARH. Par exemple, lorsque la fermeture programmée des lits de réanimation risquait de ne pas assurer convenablement les besoins de la population, la direction a alerté l'ARH au sujet de la situation au plus tôt, afin de convenir de solutions permettant de maintenir ouvert, même partiellement, le service de réanimation médicale en été.

Les difficultés d'application de la réforme de l'ARTM soulignent l'ampleur du défi managérial qui s'oppose aux directeurs des établissements publics de santé. La conciliation entre la diminution du temps médical disponible dans les services avec les besoins de santé identiques, voire croissants selon les spécialités, dans un contexte de démographie médicale tendu, exige une réflexion sur l'optimisation des ressources humaines médicales.



## **2.3 Les questions soulevées par l'ARTM appellent un développement de la gestion des ressources humaines médicales**

Dans une perspective d'optimisation du temps médical, différentes pistes méritent d'être explorées.

En termes d'outils d'abord, les instruments de gestion tant du temps de travail que du recrutement et des carrières des PH apparaissent largement perfectibles **(2.3.1)**.

En termes de méthode ensuite, une réflexion indispensable sur le contenu des métiers et la répartition des tâches entre professionnels de santé permet d'envisager des stratégies d'optimisation du temps médical **(2.3.2)**.

Ces évolutions conditionnent le passage d'une administration du personnel médical à une véritable gestion des ressources humaines médicales **(2.3.3)**.

### **2.3.1 Perfectionner les outils de gestion du corps médical**

L'application de l'ARTM a complexifié les règles de gestion des PH, ce qui rend d'autant plus nécessaire une adaptation des supports d'analyse de l'activité médicale.

Les outils de gestion du corps médical pourraient être améliorés à deux niveaux. Au plan du calcul et du suivi du temps de travail des médecins d'une part **(A)**, au plan des modalités de recrutement et d'évolution des carrières des praticiens d'autre part **(B)**.

#### **A) Moderniser les outils de gestion du temps de travail médical**

Les outils de décompte et de suivi du temps médical dont disposent actuellement les établissements de santé sont généralement peu nombreux et peu révélateurs du fonctionnement réel des services. Si le CHR d'Orléans n'échappe pas à cette situation **(a)**, des réflexions sont à l'œuvre en vue de perfectionner la gestion du temps médical par son informatisation **(b)**.

a) *Les outils actuels de gestion du temps de travail médical sont insatisfaisants*

Il s'agit tout d'abord du tableau mensuel de service, prévu par l'arrêté du 15 février 1973, mais jusqu'alors rarement exigé. L'arrêté du 30 avril 2003 redonne sens aux tableaux de service mensuels, puisque leur production conditionne le paiement des plages de TA. L'organisation du temps de présence médicale est arrêtée annuellement par le directeur, après avis de la CME. En référence à ce schéma d'organisation, le tableau de service mensuel prévisionnel, établi avant le 20 de chaque mois pour le mois suivant, doit être corrigé par le tableau de service mensuel réel, qui constate les obligations de service réellement effectuées par les praticiens à l'issue de chaque quadrimestre. Le tableau de service mensuel est nominatif ; il précise les obligations de service sous forme de demi-journées ou d'heures de présence, mais également les diverses composantes pouvant s'ajouter à l'activité de soin : l'activité libérale, les activités d'intérêt général, les congés annuels, les congés maternité ou paternité, le repos compensateur, les jours de RTT, la formation continue, l'enseignement etc.

Les tableaux de service reposent sur un système purement déclaratif et, bien que validés par le chef de service, il arrive qu'ils ne retranscrivent pas fidèlement la réalité du fonctionnement des équipes médicales.

Un autre outil de gestion du temps médical est le tableau des gardes et astreintes, permettant de calculer de manière prévisionnelle le volume de TA généré par quadrimestre, conformément à l'organisation annuelle de la permanence des soins arrêtée par le directeur après avis de la CME.

L'intérêt majeur des tableaux nominatifs mensuels et des tableaux des gardes et astreintes est d'accroître la transparence de l'activité médicale, sous réserve de l'authenticité des informations fournies. La difficulté principale d'exploitation de ces tableaux tient à ce que peu d'établissements ont adopté un système homogène de codage des différentes formes d'activité des médecins, ce qui rend particulièrement fastidieux le traitement des données qu'ils contiennent.

Au CHR d'Orléans, le croisement manuel des informations provenant de diverses sources (tableaux de service, bons de congés, autorisations de déplacement etc.) est parfois source d'erreurs. Afin de limiter les risques de confusion et de faciliter l'analyse des tableaux de service, la direction des affaires médicales du CHR a élaboré une trame de tableau de service, envoyée par mail à chaque chef de service. Ce modèle est généralement suivi ou reproduit. Une réflexion est en cours pour l'élaboration d'un tableau unique, synthétisant l'activité de jour et de nuit. Toutefois, cette solution suppose une

sensibilisation des médecins à la nécessité de respecter les délais de rendu des tableaux de service pour organiser la permanence des soins. Or, actuellement, de nombreux tableaux parviennent en retard à la direction des affaires médicales et parfois, seul le tableau rectifié est retourné.

b) *Vers une informatisation de la gestion du temps médical*

En raison de la complexité croissante des règles de gestion du temps de travail médical et des enjeux financiers liés à la permanence des soins, certains établissements se sont dotés d'outils informatisés de décompte et de suivi de l'activité médicale.

Des logiciels permettent de gérer les rémunérations des médecins, d'opérer un suivi individualisé des droits, de repérer les périodes de plus faible ou plus forte activité, et de fournir ainsi à la COPS et à la CME des données précises. Au CHR d'Orléans, l'acquisition d'un logiciel, actuellement en expérimentation au CHU de Rennes, est à l'étude. Sous réserve d'une compatibilité avec le logiciel de paie, l'établissement pourrait déployer l'informatisation du temps médical dès la fin de l'année 2006.

Cependant, la mise en œuvre de tels dispositifs heurte la culture médicale, ainsi qu'en témoigne le rapport de la MEAH sur l'organisation du temps de travail des médecins<sup>56</sup>.

En effet, la volonté de connaître et de suivre avec précision l'activité médicale est parfois interprétée par les médecins comme une marque de non confiance de la part de la direction et une remise en cause de leur autonomie professionnelle.

D'où la nécessité d'accompagner l'implantation d'outils visant à une plus grande transparence de l'activité médicale par une démarche de concertation.

Cette dernière peut consister en un effort d'explication auprès des PH, afin de lever leurs réticences et de faire apparaître la valeur ajoutée de la démarche. D'une part, la déclaration du temps de travail est nécessaire au calcul de la rémunération liée à l'accomplissement de plages de TA. D'autre part, une meilleure visibilité du temps de travail des médecins peut nourrir l'argumentation auprès de l'ARH, en vue d'obtenir les moyens correspondant à l'activité réelle des services.

---

<sup>56</sup> MEAH, *Peut-on organiser le temps médical ? Retour d'expériences*, 2004.

La transparence de l'activité devrait permettre une réallocation des moyens en faveur des services dont les potentialités sont freinées par le manque d'effectifs médicaux et paramédicaux. Le système du pointage est, selon certains PH, une façon de mettre à jour les différences d'activité et donc l'outil principal de transparence, plus que la T2A qui ne repose pas sur une évaluation qualitative et sous-valorise certains actes, peu cotés mais extrêmement chronophages (prévention et éducation pour la santé en médecine interne, prise en charge des obèses ou anorexiques en endocrinologie).

Toutefois, les partisans de la généralisation du décompte en heures reconnaissent également le principal travers du système de la pointeuse, qui ne permet pas de distinguer « temps de présence » et « temps de travail effectif ».

Le CHR d'Orléans envisage l'acquisition d'un logiciel de gestion informatisée du temps de travail des médecins qui soit compatible avec les applications existantes et qui permette, à terme, d'élaborer des « maquettes de service ».

Il s'agit de définir une organisation type, sous forme de tableau général annuel d'organisation pour chaque service. Ces maquettes ne nient pas la dimension aléatoire de l'activité médicale, ni la nécessité d'une certaine souplesse de fonctionnement pour s'adapter à la variabilité des besoins des patients. La schématisation globale du temps de travail médical permet de rechercher l'organisation la plus efficace possible des activités prévisibles et programmées, et de distinguer la charge de travail individuelle et l'activité collective de production de soins.

La constitution de maquettes s'inscrit dans une démarche de contractualisation de l'activité médicale tant individuelle que collective, entre la direction et les médecins. Il s'agit d'abord de définir et de contractualiser l'organisation médicale à l'échelle du service, en arrêtant une répartition de la charge de travail entre PH du service, ainsi qu'une cohérence avec le travail des soignants. Ces « contrats de management » sont ensuite déclinés en contrats individuels, conclus avec chaque PH et révisables annuellement. Ils définissent notamment les conditions de réalisation et d'indemnisation du TA ainsi que le choix effectué entre la récupération et le versement sur le CET des plages de TA.

Parallèlement à la modernisation des outils de décompte et de suivi de l'activité médicale, une réflexion sur la flexibilisation des modalités de recrutement et de gestion des carrières des PH est en cours tant au plan national que de chaque établissement.

## **B) Flexibiliser les outils de gestion du recrutement et des carrières des PH**

L'application de l'ARTM entraîne une diminution du temps médical disponible, ce qui accroît les difficultés d'organisation des services déjà concernés par la pénurie de personnel médical.

Le manque d'effectifs médicaux conduit à s'interroger sur les modalités de recrutement des PH. Or, il apparaît que la politique de recrutement des médecins hospitaliers se heurte à un problème d'ordre à la fois quantitatif **(a)** et qualitatif **(b)**.

### *a) Au plan quantitatif, une insuffisance du nombre de médecins formés*

Au plan quantitatif, la politique d'encadrement des dépenses de santé, caractérisée par la mise en place d'un quota d'étudiants admis en deuxième année d'études médicales à travers l'instauration du *numerus clausus* en 1971, est à l'origine d'une insuffisance globale du nombre de médecins formés.

Le rapport BERLAND de mai 2005 sur la démographie des professions de santé alerte les pouvoirs publics sur l'ampleur du phénomène de sous-effectif médical dans certaines disciplines et zones géographiques sinistrées pour les années à venir.

Le rapport invite notamment les pouvoirs publics à se doter d'outils informatiques permettant d'affiner les statistiques relatives à l'évolution des besoins en santé et d'instances de pilotage pour réguler l'orientation des internes et la mobilité des praticiens.

La conjonction de ce contexte démographique tendu et de la réforme de l'ARTM qui tend à diminuer le temps médical disponible suscite une profonde incompréhension et une vive inquiétude de la part du corps médical. Au CHR d'Orléans comme dans les autres établissements de notre enquête, des difficultés de recrutement sont déjà sensibles, particulièrement en anesthésie-réanimation.

La durabilité des vacances de postes ne saurait se réduire à une analyse quantitative. Il convient également de s'interroger sur l'attractivité de la profession de PH.

*b) Au plan qualitatif, un défaut d'attractivité de la profession de PH*

L'expérience des établissements interrogés montre que le simple fait de créer des postes ne signifie pas que ces postes soient pourvus, en raison notamment d'une attractivité variable des disciplines, mais aussi des établissements.

Les directeurs et médecins du CHR d'Orléans ne s'expliquent que partiellement le défaut d'attractivité de l'établissement, particulièrement marqué en anesthésie-réanimation. S'il est vrai que les CHU ont aspiré une grande partie des postes créés dans le cadre de l'ARTM, le CHR dispose néanmoins d'atouts considérables en termes de sophistication du plateau technique, de qualité des équipes médicales et de proximité de la région parisienne.

Parallèlement à la question de l'attractivité de l'établissement se pose la question de l'intérêt décroissant des jeunes générations de médecins pour la carrière hospitalière.

En effet, les difficultés que rencontre le CHR d'Orléans en matière de recrutement de personnel médical correspondent à l'évolution globale des aspirations des jeunes médecins. Ces derniers privilégient les spécialités les moins contraignantes en termes de charge de permanence des soins, de risque médico-légal et de temps de travail effectif. La quasi totalité des internes interrogés dans le cadre de notre étude envisage de s'installer en libéral ou en secteur privé. Si la rémunération constitue un critère de choix non négligeable pour les futurs chirurgiens désireux de rejoindre le secteur privé, la conception plus autonome des horaires de travail qu'offre le secteur libéral séduit les internes des spécialités médicales.

L'ARTM est donc loin de constituer un facteur d'attractivité de la profession médicale hospitalière. Tant les PH que les internes souhaitant embrasser une carrière hospitalière indiquent que le choix de l'hôpital public repose sur les critères d'interdisciplinarité et de mise à jour plus régulière de leurs connaissances scientifiques, ainsi que sur une conception altruiste de leur activité.

La désaffection des parcours hospitaliers de la part des jeunes médecins se double d'une critique croissante de la profession de PH au sein même du corps médical. Le débat se cristallise autour de la question du devenir du statut unique, considéré comme un vecteur d'immobilisme de la gestion des ressources humaines médicales pour au moins deux raisons principales.

Tout d'abord, la lourdeur des procédures de recrutement et de nomination des médecins hospitaliers entraîne un manque de réactivité par rapport au secteur privé, et freine donc

les possibilités de pourvoir des postes dans un délai compatible avec le strict respect de la nouvelle législation en vigueur. Les vacances de postes entraînent un report de la charge de travail sur les praticiens des équipes médicales en sous-effectif, qui rencontrent le plus de difficultés à appliquer le repos compensateur.

De l'avis des directeurs interrogés, la procédure de recrutement des PH est à revoir. Outre la longueur de la procédure, c'est la qualité même du recrutement qui pose problème. Actuellement, le système repose sur une cooptation entre médecins. Le recrutement s'opère à partir du sentiment subjectif de chacun des membres de la communauté médicale, après examen du CV du candidat, rarement complété d'une présentation du candidat en commission des ressources humaines. Souvent, ce n'est qu'après avoir pris la décision de recrutement que la réflexion sur le contenu concret de l'activité du PH et son articulation avec celle des autres praticiens du service a lieu. D'où des « conflits de territoire » qui pourraient être désamorçés si la procédure était davantage cadrée en amont. Par exemple, des fiches de poste pourraient être élaborées par les médecins des services recruteurs et validées en CME, afin de préciser la répartition des tâches entre les praticiens du service, selon leurs affinités, expériences et spécialisations respectives.

Ensuite, l'uniformité de la rémunération est l'élément qui suscite actuellement le plus d'opposition au sein du corps médical. En effet, les médecins sont régulièrement sollicités pour participer à des projets transversaux, des commissions et autres groupes de travail. Ces instances sont particulièrement chronophages. Or, l'investissement des médecins dans ce type d'activités est considéré comme faisant partie des obligations normales de service, au titre des obligations institutionnelles. Si ces activités sont réalisées, comme c'est souvent le cas, en sus des obligations hebdomadaires de service, et le plus souvent le lendemain d'une permanence sur place, elles ne sont pas reconnues comme temps de travail et ne donnent droit à aucune rémunération spécifique. La diminution du temps de travail médical accroît la démotivation de praticiens de plus en plus nombreux quant à la possibilité d'exercer des activités de type institutionnel ou organisationnel, ainsi qu'en témoigne l'apparition de chefferies de service vacantes.

La question de savoir s'il convient d'abandonner ou de conserver le statut unique agite de plus en plus le corps médical. Selon S. JOHANET<sup>57</sup>, les positions sont partagées. Les syndicats médicaux hospitaliers sont attachés à l'unicité du statut, qui leur assure un

---

<sup>57</sup> JOHANET S., *Refondre les statuts médicaux pour moderniser l'hôpital, ou comment développer l'intérêt à agir*, RHF n°492, mai-juin 2003.

pouvoir de négociation au niveau national. A l'inverse, un nombre croissant de PH se montrent localement intéressés par une réforme statutaire qui permettrait une modulation des rémunérations par la prise en compte du degré de pénibilité de la spécialité, et par la reconnaissance financière de certains engagements institutionnels. Par conséquent, le statut actuel serait bouleversé par l'introduction d'une part variable de contractualisation.

Ces orientations sont amorcées par le relevé de décisions du 31 mars 2005, qui prévoit l'instauration de parts variables de rémunération pour les praticiens hospitaliers engagés dans une démarche d'accréditation ou une prise de responsabilité. Cette mesure, qui concerne dans un premier temps la psychiatrie et la chirurgie, devrait être progressivement étendue aux autres spécialités à l'horizon 2007.

Les avis des PH interrogés sur les modulations salariales sont partagés, mais tendent de plus en plus à s'orienter vers la demande de différenciation des rémunérations sur le fondement du degré variable de pénibilité des spécialités médicales et chirurgicales.

Ainsi, plus de la moitié des PH de notre enquête se montre favorable à la reconnaissance financière des tâches institutionnelles de type chefferie de service, future coordination de pôle, ou présidence de CME. En revanche, les tâches administratives de type codage et réunions sont considérées comme inhérentes au métier de médecin hospitalier.

Par ailleurs, 1/5 des PH se dit plutôt en faveur d'une modulation selon la pénibilité des spécialités.

Enfin, 1/5 des PH se dit opposé à ces modulations, source de luttes intestines, de dérives potentielles du fait de l'impossibilité de contrôler le contenu précis de l'activité déclarée.

Plus généralement, le débat sur les modulations salariales fait apparaître deux grands argumentaires. Les opposants craignent l'instauration d'une hiérarchie malsaine entre médecins, de nature à complexifier davantage les règles de gestion du corps médical et à attiser les luttes intestines. A l'inverse, une part croissante des PH appelle à l'introduction d'une dose de contractualisation dans leur statut, officialisant les écarts entre disciplines en termes de temps de travail et de pénibilité. Pour certains, « *la refonte globale du statut unique, qui n'a plus d'unique que le nom, est préférable aux saupoudrages successifs* ».

Ainsi, si les modifications statutaires constituent une solution potentielle au problème de recrutement et donc de carence en temps médical, elles ne demeurent pas la seule piste à explorer. Au-delà des outils de gestion du temps de travail et des carrières médicales, des méthodes d'optimisation de l'activité médicale restent à approfondir.



### 2.3.2 La recherche de stratégies d'optimisation du temps de travail médical

Les équipes de direction, prises en étau entre l'obligation d'assurer la continuité des soins et la diminution du temps médical disponible, cherchent à développer des stratégies d'optimisation de la ressource médicale.

Ces dernières peuvent s'envisager d'une part au sein de chaque service, entre personnels médicaux et soignants **(A)**, d'autre part, entre services, par une meilleure coordination entre praticiens **(B)**, enfin, à l'échelle du bassin sanitaire, par une mutualisation des moyens en personnel entre établissements **(C)**.

#### **A) Une réflexion sur la répartition des tâches entre médecins et paramédicaux**

L'optimisation du temps médical consiste à utiliser les ressources les plus rares là où elles sont le plus utiles.

Le rapport BERLAND fait état d'une mauvaise utilisation du temps médical, au sens d'un décalage entre les objectifs professionnels et le contenu réel des métiers. Il existerait de nombreux chevauchements d'activité entre médecins, et entre professionnels médicaux et paramédicaux. « *On n'a pas su créer de nouveaux métiers pour répondre à de nouveaux besoins ou pour décharger les médecins notamment de certaines activités. Une pratique médicale qui apparaissait très spécifique il y a 20 ans peut aujourd'hui être davantage banalisée, rendant l'intervention du médecin moins nécessaire. Les médecins doivent intervenir là où leur compétence est indispensable. Il convient de déléguer certaines activités à d'autres professions médicales ou paramédicales dont plusieurs sont à créer. Ainsi du temps médical pourra être libéré et utilisé de manière optimale* »<sup>58</sup>.

Afin d'améliorer la répartition des compétences entre personnels médicaux et paramédicaux, le rapport souligne l'intérêt du partage de tâches, dans le but de gagner du temps médical, de permettre aux praticiens de se recentrer sur des activités cliniques et de se décharger d'autres travaux. Toutefois, la proposition d'opérer des transferts de tâches ne peut s'envisager que dans des disciplines ciblées. Par exemple, dans le domaine de l'imagerie, des manipulateurs pourraient se former au nouveau métier d'échographe, et réaliser un pré-tri des clichés. En ophtalmologie, les transferts de compétence envers les orthoptistes gagneraient à être développés.

---

<sup>58</sup> Rapport d'étape sur *le transfert de tâches et de compétences*, Y. BERLAND, octobre 2003.

Si la délégation de compétences est possible, dans le plus grand respect de la qualité des soins, elle nécessite toutefois de repenser l'organisation du travail et les représentations du métier de médecin. Le rapport de l'IGAS<sup>59</sup> sur la gestion des praticiens hospitaliers préconise de poursuivre les réflexions sur le contenu des métiers en comparant la situation des médecins français à d'autres pays, européens ou nord-américains. En effet, les Etats-Unis et le Canada donnent des exemples de délégation réussie. Les chirurgiens nord-américains sont assistés de moniteurs de recherche clinique, qui assurent le suivi de certains traitements sous protocole à l'hôpital. En outre, les secrétariats médicaux, sous réserve d'être dûment formés, prennent le plus possible en charge la classification de dossiers médicaux et l'information des familles et des patients.

Bien que potentiellement libératrice de temps médical, la délégation de compétences remet en cause le champ d'action du médecin hospitalier et ne suscite guère d'engouement au sein du corps médical français. Les praticiens rencontrés au CHR d'Orléans se montrent réservés, d'autant plus qu'ils demeurent responsables des actes effectués sous leur délégation. Le transfert de tâches aux paramédicaux nécessite d'être davantage précisé dans son champ d'application et dans ses modalités, afin de ne pas s'apparenter à un « glissement de tâches ».

La réflexion sur la répartition des tâches entre professionnels de santé, dans un but d'optimisation des temps en personnel, s'envisage non seulement entre les effectifs médicaux et paramédicaux, mais également entre médecins.

## **B) Une meilleure articulation de l'activité entre médecins**

Une meilleure gestion des interfaces entre praticiens de différentes spécialités s'avère indispensable pour limiter les blocages ou dysfonctionnements de l'activité médicale.

L'organisation de la permanence des soins **(a)**, l'occupation des blocs opératoires **(b)**, ou encore l'investissement de certains médecins dans des activités dépassant le cadre de leur seul service d'affectation **(c)** sont autant de domaines dans lesquels une entente entre PH doit être recherchée afin d'optimiser le temps de travail.

---

<sup>59</sup> Rapport n°2002.143, *la gestion des praticiens hospitaliers*, présenté par M. de BATZ, Mme le Dr LALANDE et M. LAURAND, IGAS, décembre 2002.

a) *Revoir le dispositif de gardes et d'astreintes*

En vue d'assurer la meilleure adéquation possible entre l'activité des services et les moyens alloués en personnel médical, une révision régulière de l'organisation de la permanence des soins pourrait être effectuée dans chaque établissement. La permanence sur place entraîne une diminution du temps médical disponible pour le service le lendemain, en raison du repos compensateur. La mobilisation des médecins sous forme de permanence ne devrait donc intervenir que dans les structures réellement actives.

Au plan national, des critères quantitatifs et des ratios définissant ce qui doit relever d'une garde, d'une astreinte opérationnelle ou d'une astreinte de sécurité pourraient être arrêtés, en vue d'une harmonisation des dispositifs de permanence entre établissements.

L'arrêté du 28 juin 2005 relatif à l'organisation de la permanence des soins met en place le comité régional sur la permanence des soins, pour le suivi, la régulation et l'organisation territoriale du régime de permanence des soins. Ce comité évalue le dispositif de forfaitisation des astreintes et peut proposer des mesures d'ajustement. Il est également chargé de constater les efforts de réorganisation et de diminution des lignes d'astreintes contribuant à la revalorisation des tarifs d'indemnisation des déplacements.

Cependant, ce schéma d'organisation se heurte au poids des circonstances locales, qui justifient souvent des adaptations service par service.

Au CHR d'Orléans, l'évaluation de la pertinence du dispositif de permanence des soins réalisé par la COPS a permis d'appliquer la forfaitisation des astreintes dans certains services. Ainsi, des crédits affectés à la permanence sur place ont été redéployés sur des lignes d'astreintes.

Jusqu'à présent, les demandes de certains services de passer à une forfaitisation n'ont pu être satisfaites, en raison des conditions restrictives, limitées à la transformation d'une permanence sur place en système d'astreintes. Depuis l'arrêté du 28 juin 2005, les hypothèses de forfaitisation sont élargies aux « *activités liées au fonctionnement des blocs opératoires dans les SAU, ainsi que dans les structures dont l'activité le justifie* ».

Actuellement, au CHR d'Orléans, la généralisation de la forfaitisation des astreintes est souhaitée par une majorité de praticiens et de responsables administratifs. Pour les premiers, la forfaitisation garantit un certain revenu et une équité de traitement entre PH, tout en réduisant la charge de travail liée à la déclaration administrative des déplacements en astreinte. Pour les seconds, la forfaitisation facilite la gestion prévisionnelle des dépenses de déplacements en astreinte.

Toutefois, certains médecins, habitués à effectuer au moins trois à quatre déplacements en astreinte, dont le montant cumulé est supérieur à celui du forfait, se montrent réticents à la forfaitisation. Les nouvelles dispositions relatives à l'organisation de la permanence des soins permettent d'envisager une extension de la forfaitisation, sur proposition de la COPS et du comité régional sur la permanence des soins, malgré les oppositions individuelles isolées.

Globalement, les effets cumulés de l'ARTM (intégration des gardes dans le temps de travail, respect du repos compensateur, jours de récupération au titre de la RTT) ne permettent pas de maintenir à long terme les systèmes de gardes spécifiques dans les disciplines où le manque d'effectifs est particulièrement marqué. Le rapport de l'IGAS soulève toute la complexité de cette problématique qui permet d'envisager trois hypothèses, présentant chacune des inconvénients. Le tableau 6 en fait la synthèse.

**Tableau 6 : HYPOTHESES DE REORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS**

HYPOTHESE	INCONVENIENTS
Abandon de la garde spécialisée et mutualisation des personnels médicaux en chirurgie	-Illusoire pour des spécialités pointues comme la chirurgie crânienne ou cardiaque -Risque d'abaissement de la qualité des soins
Maintien de la garde spécialisée en n'appliquant pas totalement la réglementation	Risque médico-légal
Regroupement avec un CHU voisin et développement des transports sanitaires aériens	-Définition d'une stratégie interrégionale -Moyens logistiques considérables

*D'après le rapport sur la gestion des praticiens hospitaliers, IGAS, décembre 2002.*

A côté d'une réévaluation des systèmes de permanences et d'astreintes, une rationalisation de l'occupation des blocs opératoires permettrait de limiter les gaspillages en temps médical.

b) *Rationaliser l'occupation des blocs opératoires*

L'occupation des blocs opératoires fait souvent l'objet de litiges internes aux établissements. Chaque service concerné développe ses arguments propres afin d'obtenir les plages horaires qui lui conviennent, en quantité et dans leur répartition hebdomadaire. L'activité des blocs opératoires génère de nombreux dysfonctionnements. Les déprogrammations, les interventions retardées, les conflits catégoriels, sont autant d'exemples qui contribuent à l'engorgement des blocs opératoires. Ces défauts d'organisation sont à l'origine d'un gaspillage du temps de travail de médecins de disciplines variées (chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, praticiens des médecines interventionnelles).

Afin de repérer et d'enrayer les sources de dysfonctionnements des blocs opératoires, les établissements recourent à des cabinets d'audits, ou mettent en place des structures de concertation. En effet, la rationalisation de l'organisation des blocs passe à la fois par une connaissance plus fine de l'activité chirurgicale des différents services, et par la nécessité d'une entente entre professionnels.

Au CHR d'Orléans, les conclusions d'un récent audit sur l'organisation des blocs opératoires alimentent les réflexions relatives à la construction du nouvel hôpital. Les perturbations engendrées par les urgences sur les interventions programmées conduisent à prioriser la création de salles dédiées aux urgences.

Par ailleurs, le conseil de bloc du CHR apparaît comme un lieu d'expression des divers personnels du bloc, chirurgiens, anesthésistes, IADE et IBODE. Cette structure permet l'échange entre professionnels et le désamorçage de certains conflits latents, tout en favorisant de nouveaux modes d'organisation. Par exemple, un arrangement entre les équipes a permis de décider le fonctionnement d'une plage opératoire supplémentaire, entre 16 et 18 heures.

La recherche de concertation entre professionnels apparaît nécessaire au bon fonctionnement de l'activité médicale, et donc, à l'utilisation la plus efficace possible du temps médical. Cette entente est également à rechercher entre médecins d'un même service, concernant notamment l'organisation de leur activité de soin dans ses diverses composantes.

c) *Porter davantage attention à l'utilisation du temps médical*

L'amélioration de l'utilisation du temps médical suppose une transparence de l'activité des praticiens. Le principal obstacle à une appréhension fine du temps médical tient à la nature même de l'activité médicale, qui comporte diverses composantes.

Bien qu'encadrée par des textes, la possibilité pour les praticiens à temps plein d'effectuer une activité libérale<sup>60</sup> à l'hôpital devrait être davantage contrôlée afin de vérifier qu'elle ne pénalise pas l'activité hospitalière publique. Certains établissements mettent en place un suivi détaillé de l'activité libérale, d'autant plus que comptabilisée dans les obligations de service, elle est susceptible de générer du TA. Certaines des commissions d'activité libérale réglementairement prévues définissent un plafond d'actes réalisables en libéral par spécialités, ou diffusent à la communauté médicale des statistiques individuelles sur le rapport entre l'activité publique et l'activité libérale de chaque praticien concerné.

Au CHR d'Orléans, la commission d'activité libérale se montre vigilante quant au respect des proportions entre activité publique et activité libérale, sans pour autant adopter une véritable politique de suivi. Les membres de la commission ne souhaitent pas que leur activité soit perçue comme un instrument de contrôle auprès de leurs pairs.

De la même façon, les conditions d'exercice des activités d'intérêt général<sup>61</sup> devraient être revues. Ces activités contribuent à nourrir l'expérience des praticiens à temps plein et leur qualification. Parce qu'elles sont chronophages et qu'elles traduisent l'investissement des médecins dans des domaines plus vastes que la seule fonction de soin, ces activités méritent à la fois d'être valorisées et encadrées, afin de s'assurer que leur exercice n'entraîne pas un report de charge de travail déséquilibré entre praticiens d'un service. La formalisation des activités d'intérêt général par convention devrait être régularisée, de sorte que l'organisme bénéficiaire rembourse à l'établissement d'affectation du médecin le montant de la rémunération et des charges correspondant au temps médical ainsi utilisé. Concernant les activités d'intérêt général effectuées à l'intérieur d'un établissement<sup>62</sup> (vigilances, réseaux), une demande de compensation de temps médical peut être demandée à l'ARH, sous réserve d'être argumentée.

---

<sup>60</sup> Décret n°87-944 du 25 novembre 1987 relatif à l'exercice d'une activité libérale par les PH à temps plein.

<sup>61</sup> Décret n°82-1149 du 29 décembre 1982 portant diverses mesures statutaires en faveur des PH à temps plein.

<sup>62</sup> Décret n°99-565 du 6 juillet 1999 modifiant le décret n°82-1149 du 29 décembre 1982 relatif à diverses mesures statutaires en faveur des PH à temps plein.

Néanmoins, faute d'une connaissance suffisante par la direction de l'activité des praticiens de l'établissement, on ne peut que constater la rareté de l'encadrement des activités d'intérêt général par convention ou des demandes de compensation en temps médical.

Actuellement, la direction des affaires médicales du CHR d'Orléans diligente une enquête sur les activités d'intérêt général des PH à temps plein.

Les premiers résultats font apparaître que les PH qui s'investissent le plus dans ces activités sont également ceux qui appartiennent aux services réalisant le plus d'activité. S'il est indéniable que l'exercice d'activités d'intérêt général contribue au rayonnement et à la vitalité de certains services, l'investissement des médecins dans ces activités est limité par les ressources en temps médical. Dans la plupart des cas, l'accomplissement des activités d'intérêt général n'est possible qu'au prix d'arrangements entre praticiens d'un service, ou de concessions individuelles des médecins. La majorité des PH interrogés disent effectuer ce type d'activités en sus de leurs obligations hebdomadaires, parfois sur des jours de congés ou RTT, le plus souvent lors des repos compensateurs. Ne figurant par conséquent pas sur les tableaux de service, ces activités d'intérêt général ne sont pas reconnues en tant que telles.

Si, d'un point de vue interne, l'optimisation du temps médical s'envisage à la fois dans la répartition des tâches entre médecins et personnels paramédicaux et dans l'organisation de l'activité entre praticiens, il convient également d'étudier les pistes de coopérations externes.

### **C) Une restructuration des activités hospitalières dans le cadre de coopérations entre établissements**

L'objectif de restructuration des activités hospitalières est poursuivi depuis plusieurs années. Dans le cadre de l'ARTM, les modalités de coopération entre établissements peuvent constituer un moyen de répondre à la diminution du temps médical. Ainsi, la Circulaire 26 juillet 2002 relative à la mise en œuvre du protocole du 22 octobre 2001 précise que « *la RTT entraîne la nécessité de créer ou de libérer du temps médical pour pallier la diminution du temps de travail des praticiens. Ceci doit s'opérer en encourageant les efforts de restructuration de l'offre de soins.* ».

Dans la mesure où les opérations de restructuration laissent présager la fermeture de certains services, l'abandon d'activités, ou la fusion d'établissements, certains praticiens s'interrogent sur la possibilité de concilier sécurité et accessibilité des soins. En effet, l'objectif de fonctionnement dans des conditions optimales de sécurité pourrait être privilégié, au détriment de la dimension de proximité des activités concernées par les restructurations.

A terme, l'objectif de la politique de recomposition du paysage hospitalier est d'arriver à concentrer les plateaux techniques, à mutualiser sur un site unique les moyens publics et privés, en vue d'éviter les redondances et les concurrences et de développer des liens de complémentarité. Des expérimentations de mutualisation du temps médical entre établissements ont été initiées, mais s'avèrent généralement décevantes ou longues et délicates à mettre en œuvre. Une source fréquente de litige entre les établissements et les médecins concernés est relative au traitement du temps de trajet, non comptabilisé comme temps de travail.

Néanmoins, les perspectives de restructuration des activités médicales ouvertes par la mise en œuvre de l'ARTM peuvent être considérées comme un levier de changement, puisqu'il s'agit de penser l'organisation des soins non plus dans le cadre d'un établissement, mais à l'échelle d'un territoire de santé. Le principal obstacle à ces coopérations tient à la réticence des professionnels concernés, qui ne voient pas directement l'intérêt pour leur établissement ou leur service de s'engager dans des dispositifs qui perturbent fortement leurs habitudes de travail, sans pour autant à leurs yeux améliorer la qualité des soins. Toutefois, l'évolution de la démographie médicale tend à rendre inéluctable, à moyen terme, ces opérations de restructuration qui risquent d'être d'autant plus douloureuses qu'elles n'auront pas été préparées.

Les avis des médecins et des directeurs recueillis à partir des entretiens et questionnaires de notre étude montrent que les positionnements sont très partagés. Certaines formes de coopération sont jugées souhaitables, mais sous certaines conditions : une bonne entente entre les équipes médicales, une proximité géographique suffisante des établissements et une complémentarité des activités concernées.

Concernant principalement l'équipe de direction du CHR d'Orléans, les coopérations inter-établissements sont considérées comme une mission inhérente au CHR, en tant que structure de référence au plan régional.



Cependant, la T2A pervertit ce raisonnement. En effet, si un PH se déplace gratuitement au centre hospitalier de Montargis pour assurer des consultations, il pénalise son établissement d'origine, dans la mesure où l'activité produite n'est pas comptabilisée dans les statistiques de l'établissement prêteur. En même temps, il est regrettable d'abandonner ce rôle de mission de service public sous le coup de la nouvelle logique financière.

Concernant ensuite l'opinion des PH interrogés, ce sont surtout les coopérations inter-services, sous forme de mutualisation de personnel, qui sont encouragées. Le fonctionnement de certaines équipes en sous-effectif médical fait prendre conscience de la nécessité de coopérer.

Certains y voient aussi un avantage. Par exemple, en anesthésie-réanimation, la mutualisation permet de rompre une certaine monotonie qui peut s'installer après plusieurs années d'exercice dans la même discipline. Les conditions de réussite d'une mutualisation avancées par le département d'anesthésie du CHR tiennent d'abord à la capacité de motiver le personnel, paramédical comme médical. En outre, la mutualisation ne peut s'effectuer dans des conditions satisfaisantes que si la rotation entre les spécialités n'est pas trop rapide, afin de permettre aux chirurgiens, aux anesthésistes, IADE et IBODE de former une équipe soudée.

Les avis des médecins sont beaucoup plus réservés en ce qui a trait aux coopérations inter-établissements.

La majorité des PH souligne que les postes médicaux à temps partagé sur plusieurs établissements s'avèrent très coûteux en temps de trajet, assimilés parfois à du « *mercenariat* », et ne présentent un intérêt que s'ils permettent une activité sur une plage d'au moins 8 heures. En effet, les disciplines chirurgicales et d'anesthésie reposent en partie sur des automatismes qui nécessitent une familiarisation avec les locaux et le matériel de bloc opératoire, notamment pour réagir efficacement en cas d'urgence.

Par ailleurs, la plupart des PH considère qu'il s'agit souvent de faire perdurer des structures en sous-effectif et en déficit d'activité, à défaut de les reconvertir en établissements de soins de suite et rééducation ou de soins de longue durée.

Si les réflexions relatives à une telle recomposition du paysage hospitalier dépassent le cadre du CHR d'Orléans, elles témoignent néanmoins d'une vision large du problème de la régulation de l'activité médicale, qui appelle une mobilisation tant au niveau national qu'au sein de chaque établissement sur l'avenir et la vocation des établissements de santé publique de différentes tailles.

La réforme de l'ARTM rencontre des difficultés à s'appliquer non seulement parce qu'elle suppose un changement des habitudes de travail de la part des praticiens, conduits à penser le contenu de leur activité au-delà des contraintes de leur seul service, mais également parce qu'elle s'inscrit dans le cadre d'une gestion des ressources humaines médicales encore peu développée.

### **2.3.3 Une gestion des ressources humaines médicales en devenir**

La mise en œuvre de l'ARTM dans les établissements publics de santé constitue une application de la conduite du changement en organisation. L'introduction d'un changement ne saurait s'effectuer de manière autoritaire. L'évolution des rapports sociaux conduit à privilégier les formes d'association du personnel aux objectifs et au fonctionnement de l'organisation.

Au vu de l'importance de l'information sur l'évolution de la législation et de la communication sur les enjeux de la réforme entre médecins et directeurs, l'ARTM illustre ce type de management reposant sur une direction participative par objectifs. Si notre étude a permis de mettre en valeur l'effort de communication mené par la direction du CHR d'Orléans, on peut observer que cette voie est adoptée par de nombreux autres établissements. Par exemple, au CH de Mulhouse, l'initiative conjointe du président de la CME et de la direction a favorisé une démarche itérative, avec une validation progressive des changements introduits. Elaborées en concertation avec des médecins participant à des groupes de travail, puis validées par l'ensemble de la communauté médicale, les nouvelles règles de gestion du temps de travail des praticiens ont été protocolisées (trame générale du tableau de service, protocole sur l'organisation des gardes des internes etc.).

Malgré ces efforts de concertation avec le corps médical, les directeurs interrogés dans le cadre de notre enquête ont le sentiment d'effectuer davantage une gestion du personnel médical qu'une véritable gestion des ressources humaines médicales.

Ils perçoivent leur rôle comme consistant essentiellement à mettre en œuvre les dispositions statutaires, afin de répondre au mieux aux besoins de l'établissement tout en respectant les droits individuels des praticiens.

En plus d'être limitée dans ses ambitions de dynamisme, la gestion du personnel médical paraît complexe aux yeux de ceux qui en ont la charge. Les règles de gestion des multiples statuts médicaux ont été encore opacifiées par l'introduction de l'ARTM. En outre, les marges de manœuvre des responsables locaux sont limitées du fait d'une gestion partagée avec l'Etat, dont l'intervention est primordiale pour tout ce qui concerne le recrutement et la carrière des médecins hospitaliers. Enfin, notre analyse a permis de souligner les potentialités d'amélioration des outils et méthodes de gestion des PH.

Ces constats montrent que les directeurs ne disposent que de peu de leviers d'action en termes de gestion du personnel médical. Bien que de plus en plus étoffé, l'habillage administratif des statuts médicaux ne saurait porter atteinte au principe d'indépendance des médecins pour tout ce qui a trait à l'exercice de leur art, ni au principe d'autonomie de la profession, notamment dans ses aspects déontologiques et disciplinaires.

La conscience claire de ces limites dans leurs possibilités d'action n'empêche pas les directeurs interrogés de se fixer des lignes de conduite correspondant à l'idée qu'ils se font d'une gestion des ressources humaines médicales.

Les principes suivants ont été cités, par ordre décroissant de fréquence :

- la fixation de règles claires, concertées, permettant d'assurer un traitement équitable des praticiens, ce qui suppose également une maîtrise de la législation et une capacité à l'expliquer ;
- une qualité relationnelle entre médecins et directeurs, passant notamment par des appuis tels que le président de la COPS, le président de la CME ou certains chefs de service ;
- la capacité à impulser une dynamique de changement ;
- une bonne connaissance de l'activité, donc un système d'information performant, permettant de porter un regard lucide sur les activités en difficulté et celles qui pourraient être déployées.

Concernant les principaux freins que les directeurs rencontrent dans la gestion des personnels médicaux, ont été cités, par ordre décroissant de fréquence :

- des marges de manœuvre réduites au plan juridique, notamment concernant le recrutement des praticiens et l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- l'absence d'outil performant de recueil et de suivi de l'activité médicale ;
- un sentiment d'incohérence ou de manque de réactivité de la politique nationale de santé publique au vu des prévisions de la démographie médicale et un manque de clarification des orientations en matière de maillage du territoire (défaut de précision des rôles respectifs des CHRU, CHR, CHG) ;

-l'intégration de rationalités aussi nombreuses que les individus, rendant inconcevable un « guide » de gestion des ressources humaines médicales.

L'ensemble des directeurs interrogés s'accorde à reconnaître qu'il existe une diversité de solutions et de conduites à tenir selon la taille et les caractéristiques propres à chaque établissement, selon la configuration des relations entre acteurs et la capacité d'influence de chacun.

La conduite du changement quel qu'il soit à l'hôpital ne peut que s'accommoder de la variabilité du facteur humain. Actuellement, l'introduction d'une réforme telle que l'ARTM montre que la gestion du personnel médical s'apparente moins à une gestion des ressources humaines reposant sur des outils modernes et des méthodes rationnelles, qu'à une relation « donnant-donnant » entre médecins et directeurs. Pour le médecin, il s'agit de rendre compte de son activité, en contrepartie de quoi le directeur valide les droits qui s'attachent à son temps de travail.

Ainsi, l'ARTM est une réforme qui met en valeur la place de la négociation dans les rapports entre la direction et le corps médical. Ces relations correspondent à la stratégie du « don – contre don » décrite par M. MAUSS<sup>63</sup>. La négociation est un instrument de paix, de régulation des rapports sociaux dans l'organisation, entre les parties qui ne s'échangent pas que des bien matériels, mais aussi prestations intellectuelles (informations, représentations etc.).

Loin d'être le fruit d'une réflexion organisationnelle, le fonctionnement de l'activité médicale, et plus généralement des unités de soins, apparaît comme une construction sociale traversée par des référentiels d'action (corpus de règles professionnelles, singularité des individus), qui influent sur l'organisation.

A défaut de pouvoir disposer d'outils et de méthodes rationnels de gestion des ressources humaines médicales, le directeur confronté à la gestion du corps médical a pour principal atout la capacité à « *prendre conscience du caractère nécessairement social des contraintes économiques et juridiques* »<sup>64</sup>.

A plus d'un titre, la réforme de l'ARTM constitue l'archétype de la difficile équation que les directeurs – managers ont à résoudre : articuler culture professionnelle et contraintes de gestion.

---

<sup>63</sup> MAUSS M., *The gift : the form and reason for exchange in archaic societies*, NY, Routledge, 2002.

<sup>64</sup> ALTER N, *Le manager et le sociologue*, l'Harmattan, Paris, 1994.

## CONCLUSION

Finalement, l'analyse des effets de l'ARTM, à travers l'expérience du CHR d'Orléans, renvoie à l'extrême complexité de la conduite du changement, dont il est possible d'identifier quatre dimensions majeures.

Tout d'abord, l'ARTM est un changement de nature culturelle, au sens où il affecte la conception qu'ont les médecins de leur activité, et dans la mesure où il entraîne un repositionnement des acteurs en présence, principalement médecins, directeurs et patients.

Parce qu'il s'agit d'une réforme reposant sur l'optimisation du temps de travail médical, dans un environnement contraint par des facteurs démographiques, juridiques et économiques, l'ARTM constitue en second lieu un enjeu stratégique pour l'hôpital.

Par ailleurs, la création et la transformation d'instances de concertation, de groupes de travail et de comités de suivi, ainsi que la recherche d'une connaissance plus fine de l'activité médicale, apparaissent comme les ressorts structurels de l'ARTM.

Enfin, la nécessité de développer des outils de recueil et de suivi de l'activité médicale souligne la composante technique de la réforme.

La combinaison de ces quatre dimensions fait appel à des moyens et compétences divers, qui concourent à la définition de ce que pourrait être la gestion des ressources humaines médicales.

Au-delà des outils et méthodes de gestion du personnel médical qu'il convient de déployer pour sa réalisation, la RTT médical repose sur une adhésion des acteurs aux enjeux qu'elle comporte. Faire émerger une meilleure organisation des activités hospitalières qui concilie qualité du service rendu au patient, efficacité économique et conditions de travail satisfaisantes, tels sont les objectifs assignés à la réforme.

Un consensus se dégage sur la légitimité des fondements de la politique d'ARTM : cette dernière constitue l'aboutissement d'une réflexion sur la population médicale vieillissante, sur la montée en puissance des contentieux médico-légaux, et sur la sécurité des soins prodigués. Aujourd'hui, la grande majorité des médecins admet que le repos compensateur est une composante d'une meilleure prise en charge des patients.

Néanmoins, la mise en œuvre de l'ARTM montre que la santé n'est pas un bien économique comme les autres. Si l'offre en temps médical diminue, la demande de soins

ne décroît pas pour autant. La ressource médicale se raréfiant, médecins et directeurs se trouvent associés dans l'invention de stratégies d'optimisation du temps médical.

Dans ce contexte, les dispositions législatives et réglementaires sont autant une contrainte qu'une ressource. Si la réforme de l'ARTM complexifie la gestion des effectifs médicaux, elle n'en demeure pas moins une opportunité d'amorcer une réflexion sur les notions jusque là largement passées sous silence d'« effectivité » du temps de travail médical et de « production » médicale.

Au terme de cette étude, la difficulté majeure nous semble être, pour les médecins comme pour les directeurs, d'adhérer à une réforme à laquelle on n'est pas soi-même totalement rompu en tant qu'individu.

L'appartenance à un collectif de décision et l'obéissance à la loi n'empêchent pas de conserver une distance critique dans le choix des modalités d'application d'une réforme susceptible de bouleverser l'organisation des soins et de démobiliser les énergies individuelles. Parce qu'il repose sur la nécessité de forger des partenariats entre médecins et directeurs, et de créer des synergies au sein du corps médical, le dispositif d'ARTM comporte intrinsèquement ce caractère aléatoire du changement, dépendant de la volonté propre de tous les acteurs en présence.

Ainsi, la réforme de l'ARTM témoigne d'une mutation profonde de la profession de PH, tant dans les caractères socio-démographiques du corps médical, que dans le positionnement de ce dernier au sein de l'institution hospitalière, ou encore dans ses rapports avec les responsables administratifs.

Ces transformations appellent le développement de nouvelles formes de gestion du personnel médical, caractérisées par la place croissante de la négociation et la recherche de transparence de l'activité médicale.

Toutefois, il serait illusoire de penser que la conduite du changement puisse être contenue dans un certain nombre de règles. Seuls quelques éclairages, nourris de l'expérience de plusieurs établissements, étayent notre démonstration. La mise en œuvre de l'ARTM semble donc donner raison à C. LINDBLOM lorsqu'il affirme que « *le changement dans les organisations est une science de la débrouillardise* ». <sup>65</sup>

---

<sup>65</sup> LINDBLOM C., *The science of Muddling Through*, Public Administration Review, v.19, n°2, 1959.



Illustration tirée de :

**CAVALIER M., DALMASSO R., ROMATET J-J**, *Médecins, Directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*  
Ed Erès, Coll. Action Santé, 2002.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

(par ordre alphabétique)

- **AÏACH P.(dir.)**, *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos, 1994.
- **ALTER N.**, *Le manager et le sociologue*, l'Harmattan, Paris, 1990.
- **BERNOUX P.**, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Ed. Seuil, 2004.
- **BINST M.**, *Du mandarin au manager hospitalier*, l'Harmattan, Paris, 1990.
- **CAVALIER M., DALMASSO R., ROMATET J-J**, *Médecins, Directeurs : un PACS pour l'hôpital ?* Ed Erès, Coll. Action Santé, 2002.
- **CLÉMENT J-M**, *La crise de confiance hospitalière*, les Editions Hospitalières mars 2003
- **CONTANDRIOPOULOS A-P, SOUTEYRAND Y.**, *L'Hôpital Stratège, dynamiques locales et offre de soins*, J. Libbey Eurotext, MIRE – DHOS, 1996.
- **CRESSON G., SCHWEYER F-X (dir.)**, *Les professions et les Institutions de santé face à l'organisation du travail*, Aspects sociologiques, Ed ENSP, 2000.
- **CROZIER M., FRIEDBERG E.**, *L'acteur et le système*, Points Seuil, 1977.
- **DUMAZEDIER J.**, *Révolution culturelle du temps libre : 1968-1988*, Méridiens – Klincksieck, 1988.
- **FREIDSON E.**, *La profession médicale*, Payot, Paris, 1984.
- **HASSENTEUFEL P.**, *Les médecins face à l'Etat une comparaison européenne*, Presses de Sciences Po., 1997.
- **DE KERVASDOUE J. (dir.)**, *La crise des professions de santé*, Dunod, 2003.
- **MAUSS M.**, *The gift : the form and reason for exchange in archaic societies*, New York Routledge, 2002.
- **MEDA D.**, *Le travail, une valeur en voie de disparition*, Flammarion, Paris, 1998.
- **MINTZBERG H.**, *Structure et dynamiques des organisations*, Ed d'organisation, 1982.
- **PARSONS T.**, *The social system*, the Free Press, Glencoe, Illinois, 1951.
- **STRAUSS A.**, *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*, l'Harmattan, Paris, 1992.
- **WEBER M.**, *Economie et société*, Plon, Paris, 1971.



## MEMOIRES

(par ordre alphabétique)

- **BERARD F.**, *L'ARTT médical : bilan et perspectives, les choix du CH intercommunal de Poissy-Saint Germain en Laye pour favoriser un management des ressources humaines médicales*, Mémoire ENSP, 2004.
- **LE TOUZIC MEUNIER S.**, *L'hôpital de proximité face au défi de l'ARTT médical et de l'application des directives européennes : une nouvelle impulsion à la coopération ?* Mémoire ENSP, 2003.

## RAPPORTS

(par ordre chronologique)

- Rapport au parlement de la mission **ROCHE** sur le temps de travail dans la fonction publique, annexe 2, la fonction publique hospitalière, février 1999.
- Rapport de la Mission Nationale d'Evaluation sur la mise en place de la RTT dans les établissements de santé, **A. PIQUEMAL**, octobre 2002 (29 p.)
- Rapport n°2002.143 présenté par **M. de BATZ, Mme le Dr LALANDE et M. LAURAND**, IGAS, décembre 2002.
- Rapport du député **R. COUANAU**, 19 mars 2003, l'organisation interne de l'hôpital.
- Rapport d'étape de la mission sur la coopération des professions de santé, le transfert de tâches et de compétences, coordonnée par **Y. BERLAND**, octobre 2003.
- Rapport de la mission **PERRIN, DEBROSSE, VALENCIEN**, sur le plan Hôpital 2007, premier semestre 2003.
- Rapport de la **MEAH**, temps médical, retour d'expériences, peut-on organiser le temps de travail des médecins ? (144p.), 2004.
- Rapport de la mission sur la démographie des professions de santé, coordonnée par **Y. BERLAND**, mai 2005.

## CONGRES – COLLOQUES

(par ordre chronologique)

**Congrès ANFH Lorraine**, 18-19 avril 2001, 35h : *coup de pied, coup de pouce ? La métamorphose du temps de travail en milieux hospitalier et médico-social.*

Notamment, les contributions de :

- **ABBOUD N., MARLIN X.**, *La gestion des emplois et des compétences, un élément clé de la RTT.*
- **CHAGUE V.**, *la RTT, outil de changement organisationnel.*

- **COLOTTE V., GRANDMAIRE M.**, *La perception des usagers dans l'ARTT.*
- **CUEILLE S., VALAX M.**, *Les dynamiques stratégiques des établissements hospitaliers et médico-sociaux : pour de nouvelles logiques d'acteurs face à l'applicabilité des 35h dans le secteur sanitaire et social.*
- **STEUDLER F. (dir.)**, *Aspects socio-historiques de la RTT.*
- **LARUE H.**, *Contexte et enjeux de la mise en place des 35h en milieu hospitalier.*

**Colloque organisé par la DREES** le 13 décembre 2004, sur *les conditions de travail dans les établissements de santé.*

Notamment, les contributions de :

- **VEGA A.** *Les médecins libéraux et salariés : motivation initiales et construction des identités professionnelles au travers de la question du temps de travail.*
- **BOUFFARTIGUE P., BOUTEILLER J.**, *les conditions de travail des médecins, intérêt et limite d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux.*

## **REVUES - PERIODIQUES – ETUDES**

(par ordre alphabétique)

### **American Journal of Sociology :**

**BUCHER R., STRAUSS A.**, *Professions in Process*, 1961.

### **Cahiers Hospitaliers:**

*Dossier : la RTT, ou le temps, c'est de l'argent*, n°188, mars 2003, pp.26-31.

*Réduction du temps de travail du personnel médical hospitalier: suite du feuilleton*, n°196, décembre 2003, pp.15-19.

### **DREES : Etudes et Résultats :**

-N°44 décembre 1999 : *Les effectifs et la durée du travail des médecins au 1° janvier 1999.* **X. NIEL, M. SIMON.**

-N°114 mai 2001 : *Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques.* **X. NIEL, A. VILAIN.**

-N°224 mars 2003 : *La mise en œuvre de la RTT dans la FPH.* **F. BOUSQUET.**

-N°302 avril 2004 : *Où en était la RTT dans les hôpitaux publics début 2003 ? Des difficultés liées à l'organisation.* **D. TONNEAU.**

-N°335 août 2004 : *Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé,* **R. LE LAN, D. BAUBEAU.**

### **Etudes Hospitalières :**

**CLÉMENT J-M**, *1900-2000 : la mutation de l'hôpital*, 2001 (pp.62-67, pp.131-154).

### **Gestions Hospitalières :**

**LIEVRE P.**, *Les modifications récentes du statut des PH : évolution ou mutation ?* N°413, Février 2002, pp.86-89.

**HART J.**, *Hôpital et 35h, contrainte ou opportunité ?* N°418, Août-septembre 2002, pp.509-511.

**NOBRE T.**, *Mise en œuvre des 35h : l'analyse organisationnelle nécessaire.* N°431, Décembre 2003, pp.807-813.

**RENAULT C.**, *Pour une gouvernance qui associe médecins et gestionnaires,* N°488, Novembre 2003, pp.723-725.

### **INSEE :**

**CHENU A. et HERPIN N.**, *Economie et statistiques*, n° 352-3, septembre 2002.

*Regards sur la parité*, 2002.

### **Officiel Santé :**

*Temps de travail : les nouvelles propositions de la Commission Européenne*, septembre - octobre 2004.

*RTT médical, évaluation 2003*, décembre - janvier 2004.

### **Public Administration Review :**

**LINDBLOM C.**, *The science of Muddling Through*, vol. 19, n°2, 1959.

### **Revue Française de Gestion :**

**GUILHON A.**, *Le changement organisationnel est un apprentissage*, n°120.

### **Revue Fondamentale des Questions Hospitalières**

**CLEMENT J-M.**, *Histoire des pouvoirs à l'hôpital au XX<sup>e</sup> siècle*, N°2, décembre 2000.

**GEMINEL P.**, *Comment vit-on aujourd'hui le métier de PH ?* N°4, décembre 2001.

**CLEMENT J-M.**, *La répercussion de la diminution du temps de travail en cent ans (1900-2000), ou le renchérissement de la main-d'œuvre hospitalière*, N°5, juin 2002.

### **Revue Hospitalière de France :**

**JOHANET S.**, *Refondre les statuts médicaux pour moderniser l'hôpital, ou comment développer l'intérêt à agir.* N°492, Mai -juin 2003, pp.54-56.

### **Ruptures, revue transdisciplinaire en santé :**

**DUSSAULT G.**, *La régulation du travail médical : sources, formes, formulation.* Vol.2, N°2, 1995, pp. 151-163.

### **SEVE (Santé Enjeux Visions Equilibres) :**

**DUMOND J-P.**, *Les conflits de pouvoir à l'hôpital*, hiver 2003.

### **Sociologie du Travail :**

CASTEL P., MERLE I, Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins, N°3 vol.44, 2002.

## **SITES INTERNET**

*(par ordre alphabétique)*

### **Coordination Médicale Hospitalière**

[www.cmh.hopital.org](http://www.cmh.hopital.org)

### **Fédération Hospitalière de France**

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

### **Haute Autorité de Santé**

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

### **Intersyndicat National des praticiens Hospitaliers**

[www.inph.org](http://www.inph.org)

### **Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers**

[www.meah.sante.gouv.fr](http://www.meah.sante.gouv.fr)

### **Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs**

[www.snphar.com](http://www.snphar.com)

## **REFERENCES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES**

*(par ordre chronologique)*

### **Textes européens :**

-Directive 2003-88/ CE du 4 novembre 2003 modifiant la directive 93-104/ CE du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail.

-Arrêt de la CJCE, SIMAP ou Valenciana, 3 octobre 2000.

-Arrêt de la CJCE, JAEGER 9 septembre 2003, relatif à l'intégration des gardes médicales dans le temps de travail.

-Rapport CERCAS, propositions de modification de la directive 93-104/ CE, 11 mai 2005.

## **Textes français :**

- Décret n°82-149 du 29 décembre 1982 relatif à la possibilité offerte aux PH d'exercer des activités d'intérêt général.
- Décret n°84-131 du 24 février 1984 modifié, portant statut des PH.
- Décret n°87-944 du 25 novembre 1987 relatif à l'exercice d'une activité libérale par les PH temps plein des établissements publics de santé.
- Décret n°95-100 du 6 septembre 1995 portant Code de Déontologie médicale.
- Protocole de cadrage national du 22 octobre 2001 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers.
- Circulaire DHOS/M2/2002 n°425 du 26 juillet 2002 modifiant la circulaire DHOS/M2/2002 n°58 du 30 janvier 2002 relative à la mise en œuvre du protocole relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers.
- Décret n°2002-1244 du 7 octobre 2002 relatif à la réduction du temps de travail des personnels médicaux, pharmaciens et odontologistes des hôpitaux (traduction protocole).
- Décret n°2002-1358 du 18 novembre 2002 portant création d'un compte épargne temps pour les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologistes des établissements de santé.
- Décret n°2002-1421 du 6 décembre 2002 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers.
- Mesures d'assouplissement du protocole sur l'aménagement et la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers, 13 janvier 2003.
- Décret n°2003-769 du 1<sup>er</sup> août 2003 relatif au statut des praticiens attachés.
- Arrêté du 18 novembre 2003 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins.
- Circulaire DHOS/M2/2003 n°219 du 6 mai 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins et à l'application des dispositions d'intégration des gardes dans les obligations de service statutaires.
- Relevé de décisions, 31 mars 2005, relatif à la révision du statut de PH.
- Arrêté du 28 juin 2005 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins.

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE I** : L'hôpital, un changement de modèle, tableau extrait de *l'hôpital stratège, dynamiques locales et offre de soin*, A-P CONTANDRIOPOULOS, Y. SOUTEYRAND , MIRE-DHOS, 1996.

**ANNEXE II** : Echantillon des questionnaires adressés aux directeurs.

**ANNEXE III** :Echantillons des entretiens conduits avec des praticiens hospitaliers et des internes.

**ANNEXE IV** :Questionnaire envoyé aux directeurs.

**ANNEXE V** : Grille d'entretien des médecins.

**ANNEXE VI** : Grille d'entretien des internes.

## ANNEXE I :

## Tableau schématique

<b>L'HOPITAL, UN CHANGEMENT DE MODELE</b>		
<b>Dimension du changement</b>	<b>ANCIEN MODELE</b>	<b>MODELE EMERGENT</b>
<b>Culturelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpital, élément d'un système de soins pyramidal</li> <li>- Hôpital, juxtaposition d'ateliers médicaux</li> <li>- Médecin « patron » de service</li> <li>- Directeur gestionnaire bureaucrate</li> <li>- Gestion de procédures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpital, acteur dans un réseau d'offre de soins</li> <li>- Hôpital, entreprise de production intégrée</li> <li>- Médecin responsable d'un département spécialisé</li> <li>- Directeur chef d'entreprise</li> <li>- Gestion contractuelle sur la base d'objectifs</li> </ul>
<b>Structurelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Service de taille importante, peu spécialisé, recouvrant des champs d'activité diversifiés</li> <li>- Corps médical à double statut public/privé (temps partiel)</li> <li>- Technologie uniforme, simple, stable</li> <li>- Technologie propre à chaque atelier</li> <li>- Absence de production d'informations médicales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Service de petite taille, spécialisé, voire très spécialisé</li> <li>- Corps médical à statut de temps plein public</li> <li>- Technologie à obsolescence rapide, coûteuse, spécialisée, peu invasive, mobile</li> <li>- Technologie partagée en interne et avec l'extérieur</li> <li>- Fort développement de l'information médicale intégrée à l'information de gestion</li> </ul>
<b>Comportementale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecins polyvalents travaillant de façon autonome</li> <li>- Médecins ignorant les contingences administratives et financières</li> <li>- Contrôle de l'activité médicale et planification à partir de données quantitatives sur les volumes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecins spécialisés travaillant en interdépendance</li> <li>- Médecins soumis aux contraintes économiques et impliqués dans la gestion</li> <li>- Contrôle de l'activité médicale et planification à partir de données médicalisées</li> </ul>
<b>Stratégique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stratégie autocentrée</li> <li>- Stratégie axée sur les moyens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stratégie active de maîtrise de l'environnement</li> <li>- Stratégie axée sur les résultats</li> </ul>

Source : CONTANDRIOPOULOS A-P, SOUTEYRAND Y., *l'hôpital stratège, dynamiques locales et offre de soin*, MIRE-DHOS, 1996.

## ANNEXE II :

### ECHANTILLON DES QUESTIONNAIRES ADRESSES AUX DIRECTEURS

Dans chacun des établissements mentionnés ci-dessous, un ou plusieurs membres de l'équipe de direction, chef d'établissement et/ou directeur des affaires médicales, ont accepté de renseigner un questionnaire relatif à l'application de l'ARTM.

Au total, 8 personnes ont retourné le questionnaire. Afin de respecter l'anonymat des personnes interrogées, seuls les noms des établissements sont cités.

La région Centre et la région Alsace ont été retenues dans le cadre de cette étude, afin d'élargir l'analyse et en raison des contacts disponibles à la fois sur le terrain de stage et sur l'aire de rattachement de l'encadrant mémoire, ce qui a considérablement facilité la communication d'informations.

NOM DE L'ETABLISSEMENT	NOMBRE DE LITS ET PLACES	NOMBRE DE MEDECINS
Centre Hospitalier Régional d'Orléans	1.462 lits <i>Médecine 532 ; Chirurgie 245 ; Obstétrique 112</i> et 37 places	Total : 307.7 ETP dont PH temps plein : 191.7 ETP
Centre Hospitalier de Mulhouse	1.685 lits <i>Médecine 530 ; Chirurgie 389 ; Obstétrique 121</i> et 140 places	Total : 369.48 ETP dont PH temps plein : 187.32 ETP
Hôpitaux Civils de Colmar	1226 lits et places	Total : 303 ETP dont PH temps plein : 187 ETP
Centre Hospitalier de Blois	1470 lits	Total : 178 ETP dont PH temps plein : 79 ETP
Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise	310 lits MCO et 13 places	Total : 100 ETP dont PH temps plein : 68 ETP



## ANNEXE III :

### ECHANTILLON DES ENTRETIENS CONDUITS AVEC DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET DES INTERNES

Dans le cadre de notre étude, 20 PH et 8 internes ont accepté un ou plusieurs entretiens, au cours des deux stages hospitaliers. Chaque entretien a duré en moyenne 45 minutes.

La double contrainte du temps passé sur le terrain de stage et de la disponibilité des praticiens explique la limitation de la population de l'étude au nombre de 20 PH.

Les PH rencontrés exercent pour certains au CHR d'Orléans (11), pour d'autres au CH de Mulhouse (9): au total, 20 PH, dont 10 chefs de service, 2 PH assumant la présidence de la COPS et 1 PH assurant la présidence de CME, ont été interrogés.

Le choix de mixer l'échantillon sur deux établissements répond à une volonté d'élargir la réflexion et de comparer les points de vue de médecins travaillant dans des structures de taille quasi-comparable.

Les praticiens interrogés ont tous le statut de PH à temps plein, ce qui a permis d'orienter les entretiens sur des personnes ayant fait le choix d'une « carrière » hospitalière.

La sélection des qualifications privilégie les disciplines à permanences sur place, dans la mesure où les PH de ces spécialités sont ceux qui connaissent les plus profonds changements au plan de l'organisation de leur temps de travail.

Les internes rencontrés effectuaient tous un semestre au CHR d'Orléans. L'exploitation de ces entretiens concerne essentiellement l'hypothèse d'un clivage générationnel au niveau du temps de travail et l'éventuel attrait que peut constituer l'ARTM dans le choix d'embrasser une carrière hospitalière.

#### Echantillon entretiens médecins:

SERVICE - DISCIPLINE	NOMBRE	TYPE DE PERMANENCE
Anesthésie-Réanimation	9 (3 en réa. médicale, 2 en AR chirurgicale et 1 réa. Chir., 3 en AR pédiatrique)	Permanence sur place
Urgences	3	Permanence sur place
Gynécologie-obstétrique	2	Permanence sur place
Chirurgie digestive	1	Permanence sur place
Cardiologie	1	Permanence sur place
Psychiatrie	1	Permanence sur place
Anatomie cyto-pathologique	1	Astreintes
Radiologie	1	Astreintes
Hépto-gastro-entérologie	1	Astreintes

**Echantillon entretiens internes :**

<b>SERVICE - DISCIPLINE</b>	<b>NOMBRE</b>
Médecine Endocrinologie	2
Médecine Neurologie	2
Chirurgie digestive	2
Anesthésie Réanimation	2

**ANNEXE IV:**

**QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX DIRECTEURS**

**NOM – Prénom :**

**Etablissement :**

**Fonctions :**

**INFORMATIONS GENERALES**

Nombre de lits et places :

Nombre de médecins :

Nombre de PH temps plein :

Quels sont les services organisés en temps médical continu ?

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

**L'APPLICATION DE L'ARTM AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT**

**1. La mise en place de l'ARTM :**

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

-communication (informations à la communauté médicale, groupes de travail etc.) ?

-relevé d'informations (diagnostic de la permanence des soins, variations de l'activité sur l'année etc.) ?

L'établissement a-t-il bénéficié de créations de postes liés à l'ARTM ? Si oui, combien et à quels services ont-ils été affectés ?

**2. L'application de l'ARTM dans les services de soins :**

-Comment évaluez-vous le respect de la limite hebdomadaire à 48h de travail pour les médecins ?

-Et celui du repos de sécurité les lendemains de permanences sur place ?

-Quels changements de l'organisation interne des services les praticiens ont-ils effectués ?

**3. Le décompte et le suivi du temps médical :**

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

-Le partenariat entre la commission de l'organisation de la permanence des soins et la direction des affaires médicales fonctionne –t- il ? Quels sont ses moyens d'action et ses limites ?

#### **4. Le temps additionnel :**

-Existe -t- il une priorisation de la rémunération du TA entre les services à astreintes et les services à permanence sur place ?

-Des plafonds de plages de TA par quadrimestre et par ligne d'astreinte ou de permanence ont-ils été fixés ?

-Un fléchage des rémunérations de TA a -t- il été retenu (tarif uniquement de jour, ou uniquement de nuit / dimanche / jour férié, ou autre système) ?

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

### **L'AVIS PERSONNEL DU DIRECTEUR DES AFFAIRES MEDICALES**

#### **1. Votre ressenti par rapport à la réforme de l'ARTM :**

-La réforme de l'ARTM peut-elle constituer un élément d'attractivité d'une carrière hospitalière ?

-Quels sont les effets bénéfiques et/ou les conséquences néfastes de l'ARTM ?

#### **2. La gestion des ressources humaines médicales :**

-Quels sont, à vos yeux, les principes directeurs de la gestion des RH médicales ?

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

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

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

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

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

## ANNEXE V:

### GRILLE D'ENTRETIEN DES MEDECINS

#### 1. Votre avis général sur la réforme et le contexte de sa mise en œuvre :

- l'ARTM est-elle une réforme attendue ?
- compter son temps de travail pour un médecin vous semble-t-il naturel ?
- le médecin devient-il un salarié comme les autres ?
- ressentez-vous un changement des mentalités chez les jeunes médecins, voire un conflit de génération ?
- pensez-vous que l'ARTM est de nature à réduire l'autonomie de la profession médicale ?
- l'ARTM met-elle à jour ou crée-t-elle des dissensions au sein de la communauté médicale ?

#### 2. Ressentez-vous les effets de la réforme :

- au plan de la sécurité, du patient et éventuellement du PH (diminution des risques d'erreur médicale) ?
- au niveau de votre qualité de vie ; l'ARTM peut elle être considérée comme un facteur d'attractivité de la profession médicale à l'Hôpital, notamment pour les jeunes ? Les femmes ?
- en termes de qualité de la prise en charge du patient ? ARTM entraîne –elle une dépersonnalisation de la prestation de soins du fait de la rotation plus rapide des équipes (respect du repos de sécurité) ?

#### 3. L'application de la réforme dans le service :

- quel est le système de décompte du temps de présence médicale ?
- le tableau de service mensuel est-il systématiquement renseigné ?
- avez-vous la possibilité de respecter la limitation à 48h de travail hebdomadaire ? Le repos de sécurité ?
- des réorganisations dans le service ont-elles été menées suite à la mise en place de l'ARTM ?
- ces réorganisations éventuelles ont-elles pris en compte la RTT des personnels paramédicaux ?
- générez-vous du temps additionnel dans le service ?
- le temps additionnel fait-il l'objet d'une contractualisation ?
- quelle utilisation faites-vous du forfait de 20 jours de RTT ?

#### **4. Les acteurs de la gestion des ressources humaines médicales :**

-quel est votre ressenti sur la politique de l'établissement concernant le temps de travail des médecins ?

-quelles sont vos relations avec la direction des affaires médicales, et avec la COPS, concernant le temps de travail médical ?

-pour les chefs de service : quelle estimation faites-vous du temps consacré à la chefferie de service ?

Quel est votre rôle dans la mise en place de l'ARTM ?

-pour les autres PH : le chef de service revêt-il à vos yeux un rôle important en termes d'organisation du temps de travail ?

#### **5. La prise en compte de la diversité du temps de travail médical :**

-êtes-vous favorable à une valorisation financière du temps consacré par certains praticiens à des investissements institutionnels (chefferie de service ou coordination de pôle, présidence de CME, réseaux de soins...) ?

-La T2A, en mettant à jour les différences entre PH en terme d'activité produite risque-t-elle d'introduire une normalisation du temps médical ?

#### **6. L'optimisation de l'utilisation du temps de travail médical :**

Les moyens de coopération entre services et entre établissements (postes médicaux partagés, mutualisation des gardes) vous semblent-elles pertinentes dans le but de gérer la pénurie de temps médical ?

## ANNEXE VI :

### GRILLE D'ENTRETIEN DES INTERNES

1. En tant que futur médecin, vous paraît-il naturel de compter son temps de travail dans cette profession ?
2. Dans le service où vous effectuez votre semestre, respectez-vous le repos compensateur le lendemain d'une garde ? Qu'en était-il des autres services où vous êtes passé(e) ?
3. Comptez-vous votre temps de travail ? Savez-vous si vous dépassez 48h par semaine ?
4. Que pensez-vous des effets de l'ARTM au plan
  - de la sécurité du patient ? du médecin ?
  - de la qualité de vie du praticien?
  - du suivi global du patient ?
5. Quelle est votre perception du rythme de travail des médecins des services que vous côtoyez : cela vous stimule-t-il ? Vous effraie-t-il ?
6. L'ARTM constitue-t-il une réforme de nature à rendre le métier de PH plus attractif ?
7. Quels sont les points forts et/ou les faiblesses de l'organisation du travail entre PH que vous pouvez observer au sein du service ?
8. Le chef de service revêt-il à vos yeux un rôle particulier en termes d'organisation du travail ?
9. Le remplissage des tableaux mensuels de service, et plus généralement l'obligation de rendre des comptes sur son activité vous paraissent-ils de nature à surveiller les médecins, ou au contraire à rendre l'activité plus transparente ?
10. Dans le cas où vous envisagez une carrière hospitalière, quelles sont vos motivations ?
11. Etes-vous choqué par l'idée que l'on puisse dire aujourd'hui que le médecin hospitalier est devenu un salarié comme les autres ?