

## Nouvelle gestion du temps de travail médical Quand le docteur devient... horodateur

Armelle DREXLER Directrice des affaires médicales, CHU de Clermont-Ferrand  
Loïc MONDOLONI Directeur des affaires médicales, AP-HM

Il fallait s'y attendre, et c'est arrivé : l'hôpital public doit revoir l'organisation du temps de travail de ses médecins, en décomptant chaque période travaillée. Le temps de déplacement en astreinte, le temps de travail additionnel, les gardes... étaient jusqu'à présent réglementés de manière à permettre la flexibilité de la gestion de son temps de travail par le médecin, mais également l'évitement par le directeur quant à la résolution de quelques situations délicates. Désormais, c'est avec un nouveau mode de raisonnement qu'il faut aborder ces questions, qui concernent très directement la prise en charge des patients et les problématiques de recrutement médical dans les établissements publics de santé. Que faut-il retenir de la réforme ? Que change-t-elle vraiment ? Et, surtout, comment concilier qualité de prise en charge des patients et temps médical chronométré ?

**T**out a commencé par une mise en demeure de la Commission européenne à l'égard de la France. Suite à un litige entre un praticien et son établissement, l'examen, à la lumière de la directive européenne<sup>1</sup>, des dispositions réglementaires françaises concernant les modalités d'organisation et de gestion du temps de travail médical au sein des établissements publics de santé<sup>2</sup> a conduit à ce que trois injonctions soient adressées :

- revoir le décompte précis du temps médical (en l'occurrence, enfin, qualifier en heures la demi-journée de temps de travail médical) ;

- intégrer le temps d'intervention en astreinte et le déplacement correspondant, dans le temps de travail ;
- décompter, précisément et en heures, le temps de travail additionnel.

L'ensemble a un objectif précis, au demeurant louable : limiter à 48 heures hebdomadaires le temps de travail médical, en raison « *des impératifs de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs* »<sup>3</sup>. La réponse de la France à ces différentes injonctions a été formalisée par l'arrêté du 8 novembre 2013<sup>4</sup>, lequel vient modifier les règles de gestion du temps de travail médical existantes depuis 2003.

### Les nouvelles règles de gestion du temps de travail médical

#### Le directeur et le respect du temps de travail médical : responsable... et déjà coupable ?

L'arrêté du 8 novembre 2013 oblige l'établissement à tenir des « *registres de temps travaillé* »<sup>5</sup> comportant la liste des contrats de temps de travail additionnel signés par spécialité, ainsi qu'un relevé nominatif du temps de travail additionnel effectué par chacun des praticiens concernés. Ces registres – vraisemblablement établis par la direction, même si cette précision n'est apportée ni dans l'arrêté ni même dans la circulaire – contraignent le directeur à renforcer formellement le contrôle du temps de travail additionnel. Ils lui permettent également de vérifier que « *la santé et la sécurité des praticiens* » sont préservées, en lien avec le service de santé au travail, qui a connaissance desdits registres. Au-delà de cette nouvelle donne formalisant le contrôle du temps de travail additionnel, le texte de l'arrêté modifié ne laisse guère place à une inter-

prétation *a minima* concernant sa responsabilité dans la garantie apportée, au praticien, du respect de son « repos quotidien après la fin du dernier déplacement »<sup>6</sup>. Sa responsabilité serait ainsi, sans aucun doute, engagée en cas d'accident médical suite à un acte chirurgical réalisé le lendemain d'une astreinte, durant un temps qui aurait dû être consacré au repos quotidien du praticien. Ce rôle de garant renforce le délicat positionnement du directeur. Contraint d'assurer l'organisation de la continuité et de la permanence des soins, pouvant l'amener à aménager le strict respect de la réglementation du temps de travail, il doit assumer le contrôle du temps de travail des praticiens, afin de leur garantir repos, santé et sécurité : la mission ne sera pas aisée. Et pour l'exercer de la manière la plus adaptée, il lui faudra s'appuyer sur le chef de pôle. Ce d'autant plus que la circulaire ouvre la perspective d'une négociation, au sein de chaque pôle, d'un règlement intérieur définissant les modalités de mise en œuvre et de suivi du nouveau dispositif, afin de décliner opérationnellement la manière dont est garanti le repos de sécurité au praticien se déplaçant en astreinte.

### Le chef de pôle : releveur de compteurs !

La réforme du temps de travail médical s'inscrit dans la droite ligne du décret du 27 décembre 2012<sup>7</sup> relatif au compte-épargne temps des médecins, qui avait fait de la gestion du temps médical un champ obligatoire de la contractualisation interne et du chef de pôle le véritable pilote de l'organisation médicale du pôle<sup>8</sup>. Cependant, les chefs de pôle sont restés réservés et majoritairement peu enclins à s'investir dans un domaine complexe et source de contestations ou conflits potentiels. La réforme du temps de travail du personnel médical va les contraindre - contre leur volonté - à investir ce champ hautement stratégique de l'organisation de l'activité médicale du pôle, et à endosser réellement le rôle de manager des équipes médicales.

Désormais, le chef de pôle arrête les besoins prévisionnels de recours à des contrats de temps additionnel et les inscrit annuellement dans le contrat de pôle, figeant ainsi le volume global de temps médical nécessaire pour assurer l'activité. Traduction symbolique, il signe également le contrat de temps de travail additionnel, avec le praticien, le responsable de la structure et le directeur de l'établissement.

**BON LES AMIS,  
JE VAIS VOUS  
LAISSER FINIR:  
À PARTIR DE 17H,  
JE NE SUIS PLUS  
COUVERT PAR  
L'ASSURANCE.**



Pour déterminer les besoins de temps additionnel du pôle, il va être nécessaire, pour le chef de pôle, de définir précisément les organisations actuelles de chaque service, certes en lien avec les effectifs médicaux disponibles (et volontaires), mais surtout au regard de la nature des activités et de leur évolu-

### Quelle vision ont, aujourd'hui, les chefs de pôle de la définition de « l'organisation du temps de présence et d'absence » de leurs praticiens ?

tion. Bel exercice de management pour le chef de pôle qui devra éviter l'écueil de retranscrire les desideratas des différents responsables de service sans analyse précise. Gageons que certains chefs de pôle sauront faire appel aux directions pour les aider dans cette mission périlleuse...

1. Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail.
2. Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
3. Art. 6 de la directive 2003/88/CE.
4. Arrêté du 8 novembre 2013, modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
5. Art. 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié.
6. *Idem*.
7. Décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au CET et aux congés annuels des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements de santé.
8. A. Drexler, « CET médicaux V2013 : le "choc de simplification" n'aura pas lieu... », *Revue hospitalière de France*, n° 551, mars-avril 2013.

## Vers un décompte horaire du temps médical ?

L'arrêté du 8 novembre 2013 apporte des modifications majeures aux modalités de gestion du temps de travail médical, même si le dispositif de valorisation des gardes et du temps de travail additionnel demeure. Le changement principal apporté par l'arrêté du 8 novembre 2013 concerne la valorisation et l'indemnisation des astreintes.

### >> Le temps additionnel

Le seuil de déclenchement reste fixé au-delà des 48 heures hebdomadaires lissées sur le quadri-mestre. Le principe du volontariat du praticien est réaffirmé et se concrétise par l'obligation de conclure un contrat par lequel le praticien accepte d'effectuer du temps additionnel, qu'il peut dénoncer à tout moment avec un préavis réduit à un mois. En parallèle, le volume d'activité réalisé au-delà du seuil de 48 heures est suivi dans le cadre des registres de temps de travail, examinés périodiquement en commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS).

### >> Les temps de travail durant les astreintes

Chaque heure de temps d'intervention sur place est décomptée et valorisée comme suit :

- le temps de déplacement en astreinte et l'activité réalisée durant cette période constituent désormais un temps de travail effectif réel (le temps de travail est valorisé à 1 heure aller-retour et plafonné à 2 heures par astreinte) ;
- le praticien choisit d'intégrer cette activité dans son temps de travail ou de la valoriser en temps de travail additionnel ;
- l'activité en astreinte est cumulée par plage de 5 heures et est équivalente à une demi-journée de temps de travail ;
- les déplacements exceptionnels sont intégrés dans les obligations de service du praticien et ne donnent plus lieu à l'indemnisation spécifique prévue jusqu'alors.

L'indemnité forfaitaire d'astreinte (opérationnelle ou de sécurité) demeure dans tous les cas.

C'est par un contrat conclu annuellement avec le directeur et son chef de pôle que le praticien choisit :

- soit d'intégrer l'activité réalisée en astreinte dans son temps de travail (déduction de ses obligations de service et indemnisation à hauteur d'une demi-garde) ;
- soit de la valoriser en temps de travail additionnel (au-delà de ses obligations de service).

## Le réel enjeu de la réforme : la gestion des médecins

Le nouveau corpus réglementaire n'est pas le seul changement radical apporté au dispositif. L'autre bouleversement est sociologique : il concerne le management des médecins hospitaliers. Si leur temps de travail est reconnu et mieux valorisé, ce qui est une plus-value individuelle incontestable, les médecins hospitaliers devront s'intégrer, plus que jamais, dans un cadre organisationnel qui va s'imposer à eux. Ils vont devoir rendre des comptes sur la bonne réalisation de leurs obligations de service, mais également des heures complémentaires réalisées. Après le codage des actes et la T2A, voici l'avènement du codage du temps.

### Le chef de pôle : véritable manager des équipes médicales

Au-delà de sa mission réglementaire à l'échelle du pôle de planification contractuelle du temps additionnel et plus largement de détermination ou de remise à plat de l'organisation médicale, le chef de pôle devient en pratique le chef de l'ensemble des équipes médicales. Qu'il l'assume directement ou qu'il désigne un ou plusieurs responsables à qui il délègue ses pouvoirs et responsabilités, la mission d'animation, d'organisation, de régulation des équipes médicales et de là, de gestion et de garantie de la continuité du service médical rendu, s'impose à lui quotidiennement. Chaque médecin s'intègre dans une équipe et doit désormais planifier ses présences, ses congés annuels, ses RTT, s'assurer de la présence de ses confrères pour solliciter une absence, sans être en mesure de s'extraire du cadre imposé dans l'avenant annuel au contrat de pôle, négocié et validé en amont.

À l'heure de la certification des comptes des établissements de santé, le chef de pôle devient également un acteur majeur du cycle de gestion du personnel, car il participe à la validation du service fait et se doit d'organiser au sein de son pôle toute action permettant de répondre strictement aux dispositions réglementaires régissant le temps médical. Si l'arrêté du 8 novembre 2013 est complexé dans sa mise en œuvre, il revient au chef de pôle, dans tous les cas, de le comprendre lui aussi, car il devient de sa responsabilité d'en garantir le respect et la bonne gestion de proximité. Là encore, il n'est pas totalement incongru d'imaginer des situations conflictuelles entre des chefs de pôle et certains praticiens qui refuseront de se conformer au cadre qui leur sera donné... Mais désormais, ils n'auront plus d'autre possibilité que de s'y conformer.

### Le nouveau médecin hospitalier : un salarié comme les autres ?

Si le médecin hospitalier est désormais tenu de respecter l'organisation du temps médical arrêtée dans le contrat du pôle auquel il appartient, une question demeure : ce corpus de règles est-il, finalement, adapté au métier, à la vocation de médecin ? Prendre en charge un patient, cela se chronomètre-t-il réellement ? Où l'hôpital public veut-il, doit-il, peut-il aller ?

Garantir la sécurité du travailleur mais encore du patient est essentiel, en effet. Mais assimiler le médecin à un salarié comme un autre, qui compte ses heures – voire ses quarts d'heure – et qui récupère toutes ses heures « dues », n'est-ce pas franchir une barrière dangereuse et surtout irrémédiable ? Et pourtant, les responsabilités des médecins ne sont-elles pas importantes au point « d'[impliquer] une grande indépendance dans l'organisation de leur emploi du temps (...) [d'être] habilités à prendre des décisions de façon largement autonome et de [percevoir] une rémunération se situant dans les niveaux les plus élevés des systèmes de rémunération pratiqués dans leur entreprise ou établissement ? » ? Si la définition correspond, alors il faudrait considérer que les médecins hospitaliers sont « des cadres dirigeants » au regard du code du travail – lequel exclut d'ailleurs lesdits cadres dirigeants des dispositions relatives à la durée hebdomadaire maximale du temps de travail.

À l'inverse, cet « exercice subordonné de la médecine <sup>10</sup> » dans le nouveau contexte de l'arrêté du 8 novembre 2013 nie cet aspect fondamental de l'exercice de leur profession, qui était justement de disposer d'une certaine latitude dans l'organisation de leur temps, même en étant salariés de l'hôpital.

### Les impacts de la réforme

#### Suivi de la gestion du temps médical : les établissements publics de santé peuvent-ils réellement le faire ?

Il est vrai que l'arrêté du 8 novembre 2013 répond à des questions qui ont été régulièrement sources de débats et parfois de conflits au sein des établissements publics de santé :

• rémunérer les déplacements en astreinte sans prendre en considération ces derniers de manière effective dans le temps de travail global du praticien relevait d'une certaine incohérence ;

- le déplacement en astreinte de 3 heures et celui de 10 heures étaient indemnisés et valorisés de manière identique ;
  - le temps de travail additionnel était délicat à contractualiser de manière objective, avec des situations sources de réels conflits et injustices.
- Tout cela est résolu si l'ensemble des dispositions réglementaires est appliqué rigoureusement. Il demeure indispensable, cependant, que les établissements soient équipés informatiquement pour gérer l'ensemble. Car la gestion du temps médical devient un package qui conduit à mêler de multiples concepts et notions : le temps de jour, de nuit, indemnisé, récupéré, additionnel, en astreinte (indemnisée ou forfaitisée), en garde, à épargner sur le CET ou à se faire indemniser au-delà d'un seuil de vingt jours minimum indépendamment de la conservation d'un CET historique... tout cela bien entendu en ajoutant une note particulière par laquelle il est indispensable de dissocier allègre-

### Une équipe médicale avec un ou deux chirurgiens déplacés en astreinte fonctionnera difficilement dès lors que ces derniers sont amenés à se déplacer réellement.

ment demi-journées et heures, sauf pour les secteurs en temps continu.

Autant dire qu'en termes de qualité et de contrôle qualité, le taux de recours et l'évolution du nombre de contentieux liés à l'application de l'arrêté du 8 novembre 2013 pourraient être des indicateurs nationaux à suivre précisément. Car les difficultés de mise en application du dispositif paraissent inéluctables.

#### Continuité des soins et démographie médicale : les établissements publics de santé sont-ils prêts pour cette (r)évolution ?

Cette réforme du temps médical devait se produire un jour. Mais l'assumer réellement requiert d'avoir des médecins en nombre, notamment par la nécessité d'appliquer l'exigence de repos quotidien : une étude d'impact et une évaluation du besoin en recrutement médical s'imposeront rapidement à ce sujet.

<sup>10</sup> Art. L. 3111-2 du code du travail.

<sup>11</sup> F. Héas, « Exercice de la médecine et salariat », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 4/2013, pp. 575-582.

Or, lorsqu'on connaît les difficultés que connaissent certains établissements pour pourvoir leurs postes, il faut se demander comment parvenir à respecter rigoureusement les dispositions réglementaires. Une équipe médicale avec un ou deux chirurgiens déplacés en astreinte fonctionnera difficilement dès lors que ces derniers sont amenés à se déplacer réellement, d'autant plus si le déplacement a lieu « en nuit profonde » ou en fin de nuit. *Quid* du programme opératoire du lendemain ? *Quid* des patients prévus le lendemain en consultation ?

Cette situation ne concerne pas exclusivement les centres hospitaliers, mais également les centres hospitaliers régionaux universitaires pour lesquels il n'est pas rare que l'absentéisme médical – notamment pour raisons de grossesse – déstabilise le fonctionnement des équipes médicales, d'autant plus lorsqu'il n'y a pas de possibilités de remplacement (ou de financement du remplacement envisageable par de l'intérim).

### **Les établissements étant dans des situations budgétaires tendues pour grand nombre d'entre eux, alourdir le poids de leur dette peut en condamner certains définitivement.**

Au-delà, n'est-ce pas se mettre en difficulté pour l'avenir ? Aura-t-on assez de médecins formés pour absorber cette réforme et répondre aux besoins d'effectifs supplémentaires nécessaires ? Dans le contexte où sont attendues les sorties d'internes de 2015-2017 pour faire face aux nombreux départs à la retraite, la « pléthore » de médecins pour remplir les « trous » hospitaliers semble bien peu réaliste, sauf à vouloir chercher des débouchés pour les praticiens à diplôme extra-communautaire qui seront, d'ici là, lauréats de la procédure d'autorisation d'exercice...

#### **Quel impact budgétaire pour les établissements publics de santé ?**

Dès le lendemain de la publication de l'arrêté, certaines directions commençaient à faire de savants calculs pour envisager le montant du surcoût à prévoir pour l'état prévisionnel des recettes et dépenses (EPRD) 2014, aux côtés des différentes autres mesures réglementaires financées sur les tarifs des groupes homogènes de séjours... Car s'il ne s'agit pas de la question centrale, elle se pose bel et bien : combien cela va-

t-il coûter ? Une approximation moyenne évalue le surcoût à 30% des charges actuelles liées à l'organisation de la permanence et la continuité des soins. Et ce sans compter les obligations probables de recrutements complémentaires pour faire fonctionner les services, ni l'impact sur l'activité du strict respect du repos quotidien. Les établissements étant, pour grand nombre d'entre eux, dans des situations budgétaires tendues, alourdir le poids de leur dette peut en condamner certains définitivement.

#### **Hôpital public et établissements de santé privés : comment fausser la concurrence...**

Certes, hôpitaux publics et établissements de santé privés n'étaient déjà pas dans les mêmes dynamiques, les seconds proposant des conditions non seulement plus rémunératrices, mais également plus généreuses en termes de jours de congés et

d'aménagement du temps de travail, que les statuts hospitaliers. Pour autant, quoi qu'on en pense, c'est notamment sur cette base que s'est construit le modèle concurrentiel public/privé.

Faire peser une charge forte sur les hôpitaux publics, contraints d'absorber les surcoûts organisationnels et

financiers de la réforme du temps de travail, amène à les affliger d'un handicap supplémentaire face aux cliniques privées. L'hôpital public était-il vraiment le plus fort dans ce jeu concurrentiel ?

#### **Contravention(s) ou banqueroute pour l'hôpital public ?**

En définitive, l'application de ces nouvelles dispositions inquiète. Ce corpus réglementaire fait poser un grand nombre de questions. Au-delà de sa seule interprétation, il amènera des sujets de discussions réels dans les établissements. Le dialogue social va – souvent pour la première fois – se manifester sur les conditions et la gestion du temps de travail médical. Mais cette réforme risque surtout d'être d'une ampleur encore plus grande que celle de la mise en place de la RTT médicale, laquelle s'est déjà traduite par un impact budgétaire que les établissements publics de santé paient encore aujourd'hui. Assortir l'ensemble d'une évolution des mentalités médicales dans la pratique médicale hospitalière revient à dire que l'ensemble de l'hôpital public peut être impacté dans son devenir. ■