



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé,
de la famille
et des personnes handicapées



MISSION NATIONALE D'EXPERTISE et D'AUDIT HOSPITALIERS

Rapport d'étape
Temps de travail des médecins et organisation des services

SOMMAIRE

ELEMENTS DE CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE.....	3
OBJECTIFS ET DEMARCHE DE LA MEAH.....	3
ACTEURS DE L'ETUDE	4
CHAMP DES OBSERVATIONS	4
LE CALENDRIER ET LES LIVRABLES DE L'ETUDE.....	5
1 - LES OUTILS DE DECOMPTE, DE SUIVI ET DE PLANIFICATION.....	6
1.1 LES OBJECTIFS DES ETABLISSEMENTS.....	6
1.2- CLARIFIER LES REGLES DE DECOMPTE DU TEMPS DE TRAVAIL DES PRATICIENS	6
1.3 - SUIVRE LE RECOURS ET L'OCTROI DES INDEMNITES DE SUJETION ET DE TEMPS ADDITIONNELS	8
1.4 - PLANIFIER L'ORGANISATION DU TEMPS MEDICAL	9
2 – LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION REALISEE AU CHRU DE NIMES.....	10
2.1 - UNE DEMARCHE DE CONCERTATION ENCADREE PAR ORIENTATIONS PRECISES.....	10
2.2 - UN BILAN QUI CONCILIE MAITRISE BUDGETAIRE ET QUALITE DE LA PERMANENCE DES SOINS.	11
3 – LES DISPOSITIFS DE MUTUALISATION DU TEMPS MEDICAL ENTRE ETABLISSEMENTS	11
3.1 - LES POSTES DE PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTAGES.....	12
3.2 - LE DISPOSITIF REGIONAL DES ASSISTANTS SPECIALISTES EN TEMPS PARTAGE MIS EN ŒUVRE DANS LE NORD PAS DE CALAIS.....	13
3.3 – LA MUTUALISATION DE TEMPS MEDICAUX DANS LE CADRE D'UNE FEDERATION MEDICALE INTER HOSPITALIERES	14
3.4 – LE PARTAGE DE TEMPS MEDICAUX DANS LE CADRE DE COOPERATIONS ENTRE ETABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES.....	16
4 – LES PROCHAINES ETAPES.....	17

Éléments de contexte et problématique

Les dispositions de la directive européenne conjuguées à l'application des modalités du protocole RTT du 22 octobre 2001 sont mises en œuvre dans un contexte d'érosion significative de la démographie médicale. En effet, comment parvenir à combler la perte sèche de temps médicaux liée à la RTT évaluée à près de 30% dans certaines disciplines et organiser la permanence et la sécurité des soins alors que 3500 postes de praticiens hospitaliers vacants seraient à pourvoir sur l'ensemble du territoire ? Ainsi pourrait être résumée de manière lapidaire l'équation que les établissements de santé doivent résoudre.

L'enquête d'évaluation de la mise en œuvre de la RTT médicale lancée par la DHOS, avec l'appui des ARH, permettra de disposer d'une vision chiffrée et exhaustive de la situation des établissements un an après l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la RTT.

La parution des derniers décrets permettant le rachat des jours de réduction du temps de travail non pris et la bonification « à titre transitoire » des RTT versés au compte épargne temps était attendue par les professionnels mais n'exonère pas les établissements d'engager ou de poursuivre une profonde réorganisation de leur offre de soins dont le temps médical est la clé de voûte.

Il est donc légitime, dans un tel contexte et au vu des enjeux, que le temps de travail des médecins ait été retenu dans le programme de travail 2003 de la MEAH.

Objectifs et démarche de la MEAH

L'objectif visé : partager avec les établissements les options retenues par certains pour organiser et répartir au mieux leurs ressources médicales. Cet objectif de partage d'expériences se fonde sur un principe simple et généralement admis : les solutions mises en œuvre sur le terrain sont plus éloquentes pour les professionnels puisqu'elles apportent des réponses pratiques à des problématiques concrètes et favorisent ainsi la création de meilleures conditions de changement.

Dans cette optique, la MEAH a privilégié une approche de terrain articulée en trois étapes :

- repérer des établissements ayant engagé et/ou mis en œuvre des dispositifs pour organiser et répartir au mieux leurs ressources médicales ;
- décrire comment ces établissements ont procédé : quels ont été les opportunités et les obstacles, quelles options ont-ils retenues et pour quels résultats ?
- ces expériences permettront d'alimenter un espace de ressources documentaires mis à la disposition des Directions et des médecins qui souhaitent se doter de leviers supplémentaires pour organiser au mieux le temps médical.

Cette dernière étape se concrétisera par l'élaboration de fiches méthodologiques qui seront mises à la disposition des établissements en mars 2004 sur le site Internet de la MEAH (www.meah.sante.gouv.fr).

Les expériences et dispositifs observés n'ont pas l'ambition d'être exemplaires ni être considérés comme des solutions « miracles » qui pallieraient l'ensemble des problèmes posés par la pénurie de temps médical. Il ne s'agit pas non plus pour la MEAH d'en faire une opération promotionnelle, ni d'adresser des bons ou des mauvais points.

Commentaires et précisions de la sous-direction M de la DHOS : Les expériences hospitalières relatées ci-après ont vocation à illustrer la façon dont les établissements concernés ont procédé pour mettre en application la nouvelle définition du temps de travail médical. Elles ne permettent pas de fonder une interprétation de la réglementation en vigueur.

Acteurs de l'étude

Ce rapport d'étape ponctue une première phase d'observation qui a démarré en juillet pour s'achever le 15 octobre. Cette première étape a été conduite avec la participation de dix établissements volontaires :

- CH d'Armentières ;
- CH de Bagnols sur Cèze ;
- CH de Creil ;
- CH de Guingamp ;
- CH de Lens ;
- CHRU de Lille ;
- CHI de Meulan les Mureaux ;
- CH de Narbonne ;
- CHRU de Nîmes ;
- CH de Morlaix.

Les sociétés de conseil BPI, CNEH et ESSOR Consultants ont été retenues par la Commission d'Appel d'Offre de la MEAH pour réaliser ces travaux d'observation et de description.

Dès le 29 octobre 2003, quatre établissements supplémentaires viendront rejoindre le groupe de travail constitué sur ce thème : les CHU de St Etienne et de Nancy, le SIH d'Evreux-Vernon et le CH de Chalon sur Saône.

Champ des observations

Le choix et la sélection des établissements candidats ont été motivés par les types d'expériences et de dispositifs mis en œuvre.

1. Les outils de décompte, de suivi et de planification du temps de travail des médecins

Il est apparu opportun de s'intéresser à des établissements ayant élaboré puis mis en place des outils de décompte, de suivi et de planification du temps de travail des médecins. En effet, comme l'a souligné le rapport de la Mission Nationale d'Evaluation de la RTT, bon nombre d'établissements ne se sont pas dotés d'un dispositif permettant un décompte du temps de travail des praticiens.

Pourtant l'exercice même de décompte et de gestion du temps de travail des médecins est devenu des plus fastidieux : décomptes en plages, en heures, indemnités de sujétion, temps additionnels, seuil maximum hebdomadaire, repos quotidien, décompte par quadrimestre...Au-delà des dispositions réglementaires, l'organisation de la permanence des soins après ARTT est devenue aujourd'hui un véritable casse-tête pour ceux qui sont en charge de la planifier.

Les dispositifs mis en place au CHRU de Lille et au CH de Meulan les Mureaux constituent deux expériences dignes d'intérêt pour les établissements qui, à ce jour, ne disposent pas de tels outils.

De même, le dispositif de forfaitisation des astreintes existant au CHRU de Nîmes méritait également d'être observé tant pour la démarche d'évaluation de l'organisation de la permanence des soins que sur les marges de manœuvre que les partenaires ont su dégager pour l'améliorer et en maîtriser le coût.

2. Mutualisation et partage de temps médicaux

La circulaire DHOS du 26 juillet 2002 a fortement incité les ARH à « pallier la diminution du temps de travail des praticiens » en « encourageant les efforts de restructuration globale de l'offre de soins » par territoire.

La DHOS a également invité les ARH à tenir compte dans la répartition intra-régionale « des efforts de rationalisation et de mutualisation » mis en œuvre au sein des établissements et de « favoriser l'utilisation de tous les outils juridiques disponibles » pour favoriser les coopérations entre établissements.

Ces leviers méritaient également une exploration sur le terrain de ce type d'expériences mises en œuvre par des établissements afin de **partager et mutualiser** une ressource rare au service de la population.

Dans cette optique, la situation des praticiens hospitaliers exerçant sur des postes partagés au sein des Centres Hospitaliers de Creil et de Morlaix illustre une première forme de coopération. Le dispositif régional des *assistants en temps partagé*, animé par le CHRU de Lille, est également décrit et plus particulièrement au travers des six assistants spécialistes qui partagent leur temps de travail entre le CHRU de Lille et le CH de Lens.

Une vision sur les dispositifs de partage de temps médicaux mis en œuvre par les Centres Hospitaliers de Creil, de Morlaix, de Guingamp, de Narbonne et de Bagnols sur Cèze permet de cerner comment ces établissements ont procédé pour intégrer le temps médical dans le champ de coopération avec des établissements publics, PSPH ou privés.

3. La charge de travail des médecins

La recherche d'expériences et de dispositifs destinés à délester les médecins de certaines activités afin d'alléger leur charge de travail a constitué un angle d'investigation complémentaire. Force est de constater que nous n'avons pas identifié parmi les 50 établissements qui se sont portés volontaires sur ce thème de tels dispositifs.

Seule la plateforme RITHME mise en place au CH d'Armentières et dans 5 autres établissements du Nord Pas de Calais nous est apparue comme une expérience méritant une observation de terrain. Dotées de fonctionnalités prometteuses, il reste que son utilisation au CH d'Armentières demeure aujourd'hui embryonnaire.

Le calendrier et les livrables de l'étude

Lancés en juillet 2003, les travaux se sont concrétisés début octobre par la formalisation de dix monographies qui décrivent dans le détail chaque expérience : les éléments de contexte, les démarches engagées par les établissements, les points de vue des acteurs, les difficultés rencontrées... Ces monographies seront disponibles sur le site Internet de la MEAH sous réserve de l'accord des établissements concernés.

Ponctuant cette première phase de l'étude, le présent rapport d'étape se limite à synthétiser les travaux d'observation conduits dans les établissements de juillet à Octobre 2003.

Enfin, l'ensemble de ces expériences feront l'objet de « fiches méthodologiques » afin d'en favoriser la reproductibilité au sein des établissements qui souhaiteraient :

- se doter d'un outil de décompte et de suivi du temps de travail des praticiens ;
- intégrer dans le champ de coopérations existantes le temps médical ou lancer des actions de partage et de mutualisation de temps médicaux.

Les « fiches méthodologiques » seront disponibles en mars 2004.

Pour une meilleure lisibilité, les informations extraites des monographies sont *résumées en italique*.

1 - Les outils de décompte, de suivi et de planification

L'outil UP'TIMIS a été développé par le CHRU de Lille avec le concours de la société STERCIS. En ce qui concerne PLANIMED, l'outil est « 100% maison » et a été élaboré sur EXCEL par l'équipe de la Direction des Ressources Humaines du CHI de Meulan-les-Mureaux.

1.1 Les objectifs des établissements

L'élaboration et la mise en œuvre des outils informatiques de décompte, de suivi et de planification du temps médical au CHRU de Lille et au CH de Meulan les Mureaux visaient à :

- *Planifier l'activité médicale des praticiens, et donc respecter l'obligation des tableaux de service ;*
- *Mesurer l'activité effectivement réalisée, dans le but de comptabiliser les éléments variables de rémunération : indemnités de sujétion et temps additionnel ;*
- *Vérifier que les obligations de service des praticiens ont été remplies*
- *S'assurer que les dispositions légales concernant le repos de sécurité quotidien sont respectées.*

La mise en œuvre de PLANIMED au CHI de Meulan-les-Mureaux et d'UP'TIMIS au CHRU de Lille s'est évidemment et légitimement heurtée à la réticence de certains médecins de devoir inscrire leur exercice professionnel dans une logique de « pointage ».

Il reste qu' UP'TIMIS et PLANIMED ont été progressivement acceptés par les médecins qui y ont vu un réel intérêt pour suivre leur activité et disposer d'une visibilité sur l'accomplissement de leurs obligations de services. La facilité de gestion des variables de rémunération (indemnités de temps additionnel et de sujétion) que procurent les deux outils a également plaidé en leur faveur.

1.2- Clarifier les règles de décompte du temps de travail des praticiens

Que ce soit pour 137 médecins à Meulan les Mureaux ou pour plus de 2600 praticiens hospitaliers au CHRU de Lille, UP'TIMIS et PLANIMED peuvent être utilisés par les services fonctionnant en continu et en discontinu en permettant un décompte des temps travaillés en plages et/ou en heures.

Les deux outils ont une approche différente des modalités de décompte tels que par exemple :

La version en heures de PLANIMED propose différentes valeurs forfaitaires (3, 4, et 5 heures) pour une demi-journée de travail. Ainsi, PLANIMED permet un décompte exact du temps de travail des médecins en considérant que les obligations de services pour un praticien à temps plein oscillent entre un seuil :

- minimal équivalent à 1656 heures correspondant à 414 ½ plages de 4 heures ;
- et maximal de 1987.2 heures correspondant à 414 ½ plages x 4,8 heures constituant le seuil de déclenchement du temps additionnel ;

Quant à UP'TIMIS, il permet d'établir un décompte du temps de travail d'un médecin en heures lorsqu'il exerce dans un service en continu puis en plages pour d'autres activités.

Pour obtenir un décompte précis des obligations de service accomplies en heures et en plages, UP'TIMIS retient que **la semaine** constitue la référence la plus appropriée et la plus simple pour décompter les obligations de service en divisant :

- nombre d'heures réalisées par 48 ;
- et le nombre de plages travaillées par 10 ;

Le total de semaines accomplies est comparé à l'obligation de service comme dans l'exemple suivant :

- Considérons qu'un praticien travaille dans une année toujours selon la semaine type suivante :
 - 4 plages + 36 heures dont 1 garde (1 indemnité de sujétion). Son obligation de service (414 demi-journées) est de 41.4 semaines de travail de 10 plages.
- En estimant que le PH a pris ses congés, ses jours RTT et n'a pas travaillé les jours fériés : l'accomplissement de ces obligations de service est calculé comme suit :
 - en heures : 41.4 semaines x 36 heures = 1490.4, heures soit l'équivalent de 31.05 semaines (1490.4 / 48) ;
 - puis en plages : 41.4 x 4 = 165.6, soit l'équivalent de 16.56 semaines (165.6 / 10) ;
- Ce qui fait un total équivalent à 47,61 semaines travaillées,

Le décompte mixant heures et plages retenues au CHRU de Lille se révèle être une alternative astucieuse pour suivre le temps de travail des praticiens au regard de la variété des activités qui incombent aux médecins dont certaines peuvent faire l'objet d'un décompte en heures et d'autres en plages. L'option retenue permet également de préserver et/ou d'étendre les mutualisations de temps médical entre services. Il reste que cette modalité locale valorise implicitement une plage de travail à 4,8 heures.

Ces aménagements retenus localement permettent de disposer de règles de décompte claires et partagées avec le corps médical. Les options retenues par ces deux établissements ont permis également de contourner les risques de cloisonnement que peut engendrer la réglementation entre les PH « au régime horaire » et ceux dont le temps de travail est décompté en plages.

Commentaires et précisions de la sous-direction M de la DHOS : La réglementation statutaire, issue des décrets du 6/12/2002, continue de fixer une durée de travail hebdomadaire pour les praticiens. Cette durée est, en application de la législation européenne relative à l'aménagement du temps de travail, appréciée en moyenne hebdomadaire sur une période de quatre mois, sur la base des tableaux de service nominatifs réalisés. Les statuts de praticiens, à la différence de la législation relative au temps de travail de certains personnels d'encadrement notamment dans la fonction publique hospitalière (cf. art. 12 du décret n°2002-9 du 4/01/2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'art.2 de la loi du 9/01/86), ne définissent pas une durée annuelle des obligations de service des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologistes hospitaliers .

1.3 - Suivre le recours et l'octroi des indemnités de sujétion et de temps additionnels

PLANIMED et UP'TIMIS distinguent les temps de travail effectués lors des périodes de jour et ceux réalisés dans le cadre de gardes et d'astreintes.

Dans UP'TIMIS, chaque journée (24h) est divisée en 4 plages (2 de jour, et 2 de nuit). Chaque plage doit être renseignée par le PH avec une des possibilités suivantes :

- *En astreinte ;*
- *En activité : quelle que soit l'activité : soins, formation, enseignement, recherche, gestion, activité d'intérêt collectif, activité libérale autorisée, y compris les gardes ;*
- *Hors activité : ce sont les absences autorisées, congés, RTT, maternité, maladie, repos quotidien après une permanence ;*
- *Hors obligation de service : périodes où il n'y a pas d'obligation de service à remplir : nuit, samedi après-midi, dimanche.*

Un lieu d'exercice doit également être indiqué pour chaque plage, à partir d'un autre menu déroulant (lieu d'affectation principale, autre unité du CHRU : l'activité a lieu dans un service ou une clinique autre que l'affectation principale ; autre unité : l'activité a lieu dans un autre établissement.

Pour PLANIMED, chaque journée comporte 2 plages de jour, et une zone où sont codifiées les gardes. Un menu déroulant permet de préciser si le PH :

- *Est en activité (P) dans l'enceinte de l'établissement ;*
- *Est en activité à l'extérieur de l'établissement (SE) ;*
- *Activité libérale (AL) ;*
- *Enseignement (E) ;*
- *Formation continue (FC).*

Combinés avec les règles de décompte retenues, UP'TIMIS et PLANIMED permettent de disposer ainsi d'une vision précise tant sur le volume de ressources médicales mobilisées que sur la nature des activités exercées.

L'ensemble de ces informations figure dans des relevés individuels d'activité qu'UP'TIMIS et PLANIMED établissent automatiquement. Ils simplifient considérablement la consolidation des temps travaillés par quadrimestre pour faire le bilan des obligations de service accomplies et de l'éligibilité des praticiens aux indemnités.

Ainsi PLANIMED permet d'établir des seuils par quadrimestre : Au-delà de 662,4 h (1987,2/3) de travail effectuées sur le quadrimestre, un PH en décompte horaire a droit à du temps additionnel, sur la base de 9,6 h = 1 plage de temps additionnel. En deçà de 1656 h, le PH est redevable de temps.

Au CHRU, le temps de travail réalisé est directement saisi par chaque médecin dans les champs prévus à cet effet. Au CHI de Meulan-les-Mureaux, la validation du temps de travail réalisé est confiée à chaque chef de service.

Le CHRU de Lille a privilégié une validation collective en laissant aux médecins le soin de veiller au respect des règles en estimant qu'un médecin qui aurait tendance à abuser du système affronterait irrémédiablement le regard et le jugement de ses collègues si son comportement pénalisait l'équipe. Cette validation collective est, selon le corps médical, le meilleur garant contre les dérives et place résolument la responsabilité de chaque médecin au cœur du système.

Sans remettre en cause l'option retenue par le CHRU, on ne peut cependant pas écarter le risque d'un recours « inflationniste » au temps additionnel dû notamment à une saisie déclarative et incontrôlée du temps de travail réalisé.

1.4 - Planifier l'organisation du temps médical

L'accès Internet d'UP'TIMIS permet à chaque médecin de saisir chaque mois son activité prévisionnelle pour le mois suivant. Le système prévoit une fonction de *validation de la cohérence collective reposant, sur un algorithme qui vérifie pour chaque semaine si le nombre de médecins qui se sont déclarés en activité pour la clinique est supérieur au nombre de médecins minimum nécessaire.*

Cette fonctionnalité n'est pas encore opérationnelle à ce jour. La saisie des temps effectuée en 2003 permettra de disposer rétrospectivement du volume des temps affectés et de leur ventilation par périodes et nature d'activités. Le CHRU de Lille pourra ainsi établir des maquettes d'organisation qui contribueront à paramétrer au plus près cette fonction de *validation de la cohérence collective* prévue par UP'TIMIS.

En ce qui concerne PLANIMED, quelques évolutions simples sont envisagées pour améliorer l'outil et la qualité de la prévision :

- *Avoir un récapitulatif de l'effectif présent dans le service pour chacune des plages (matin, après-midi, nuit I, nuit II) du tableau prévisionnel.*
- *Faire apparaître*
 - *« en rouge » les plages où cet effectif est inférieur au besoin ;*
 - *« en bleu » les plages où l'effectif est excédentaire par rapport au besoin*
- *Donner une visibilité à toute l'équipe de ce récapitulatif, pour favoriser la gestion des difficultés le plus tôt possible, par les médecins eux-mêmes plutôt que par décision hiérarchique.*

Commentaires et précisions de la sous-direction M de la DHOS : *En application de la réglementation relative à l'organisation et à l'indemnisation de la permanence des soins, fixée notamment par l'arrêté du 30/04/2003 (art. 13 – A , dernier alinéa), les indemnités de sujétion et les indemnités pour temps de travail additionnel ne peuvent se cumuler pour une même période de temps de travail.*

Conclusion

Ces deux outils UP'TIMIS et PLANIMED n'auraient pu être mis en œuvre sans un travail préalable de concertation, de précision des textes réglementaires et de chiffrage des règles de décompte.

Ce sont ainsi sur des éléments clarifiés et solides qu'une contractualisation portant sur le temps de travail par service, voire même par praticien, peut être effectivement mise en œuvre. Au CHRU de Lille, cette étape prendra la forme d'un *contrat d'organisation médicale des services hospitaliers.*

L'observation de ces deux outils a permis également de relever, sur certains points, des interprétations différentes des textes :

- Un seuil hebdomadaire maximum fixé à 48 heures mais pas de seuil minimum déterminé. Le CH de Meulan les Mureaux a fixé localement un seuil à 40 heures pour les praticiens en décompte horaire ;

- Une valorisation en heures implicite de la demi-journée de travail à 4,8 heures au CHRU de Lille ;
- Une forfaitisation des plages décomptées en heures au CHI de Meulan les Mureaux ;
- Des pratiques de rémunération du temps additionnel effectué de nuit qui diffèrent d'un établissement à l'autre.

2 – La démarche de contractualisation réalisée au CHRU de Nîmes

Le CHU de Nîmes a mis en place depuis 1996 un dispositif de forfaitisation du montant des déplacements relevant des astreintes. Il s'agit là d'une expérience issue d'une contractualisation locale qui a utilisé les marges de manœuvre laissées par les textes réglementaires.

En effet, le cadre réglementaire régissant le régime des gardes et astreintes ne mentionnent, pour les établissements, la possibilité de forfaitiser le montant des déplacements relevant des astreintes, pas plus au demeurant qu'ils ne s'y opposent. La chambre régionale des comptes, elle même, dans le contrôle qu'elle a réalisé en 2000 s'est gardée de toute remise en cause. Le dispositif décrit ci-après a été mis en place en 1996. Depuis cette date, il n'a pas cessé d'être appliqué.

2.1 - Une démarche de concertation encadrée par orientations précises

Confrontée à une dérive budgétaire significative du poste gardes et astreintes de l'ordre de plus de 50% d'augmentation en 3 ans, la direction de l'établissement avec le concours de la commission des gardes et astreintes, a réalisé une étude qui a mis en évidence la tendance inflationniste des déplacements effectués dans le cadres des astreintes (+ 89% en trois ans).

Face à ce premier constat, la direction médicale et les représentants de la commission des gardes et astreintes ont, dans un premier temps, décidé de contourner l'enveloppe financière dévolue aux gardes et astreintes puis d'explorer ensemble les pistes susceptibles de dégager des marges de manœuvre.

L'élargissement des modalités de récupération en temps des astreintes et des permanences effectuées les samedi après-midi et l'idée de forfaitiser le montant des déplacements relevant des astreintes sont apparues comme des solutions pouvant pallier les difficultés constatées.

Dans un second temps, chaque service a été invité à se pencher sur l'organisation de la permanence des soins au regard des moyens alloués et de l'activité, puis à procéder à une évaluation du nombre de déplacements effectués dans le cadre des astreintes sur les deux années antérieures.

Ces échanges ont permis également de relever le point de vue des chefs de services quant aux pistes d'ajustements envisagées par la Direction et la commission des gardes et astreintes.

Cette démarche d'évaluation de l'organisation de la permanence des soins a permis :

- de ventiler les services en 6 groupes homogènes de rémunération en fonction du nombre de déplacements constatés dans le cadre des astreintes puis de créer un barème composé de plusieurs tarifs forfaitaires ;
- d'entériner le principe de la récupération en temps des astreintes et des permanences effectuées les samedi après-midi en fixant les modalités de récupération suivantes : une demi-journée pour une garde et une demi-journée pour deux astreintes ;

- puis de déceler qu'au sein des secteurs de gynéco obstétrique, de chirurgie ortho traumatologie et d'anesthésie réanimation, la permanence des soins devait être assurée par des gardes plutôt que des astreintes opérationnelles. En effet, on dénombrait dans certains services plus de trois déplacements par astreinte opérationnelle. *Dans ce cas, non seulement le financement s'avérait supérieur à la rémunération des gardes mais on voyait bien que la garde constituait une modalité d'organisation plus appropriée que l'astreinte.*

2.2 - Un bilan qui concilie maîtrise budgétaire et qualité de la permanence des soins.

Reposant initialement sur 7 secteurs de permanence médicale, 29,5 secteurs d'astreintes et 21,5 secteurs de permanence assurée par les internes, la démarche entreprise par l'établissement s'est traduite par une nouvelle organisation de la permanence des soins :

- le maintien du nombre de gardes assurées par les internes (21,5) ;
- la conversion de 3 astreintes opérationnelles (26,5) en gardes (soit 10) ;
- la création d'une astreinte supplémentaire en médecine ;

L'équilibre budgétaire a également été atteint grâce aux économies générées par :

- le contingentement des moyens alloués aux gardes et aux astreintes ;
- la récupération en temps des gardes et astreintes effectuées le samedi après-midi ;
- la forfaitisation des tarifs d'astreinte.

En proposant de contenir la progression des dépenses des gardes et astreintes du CHU de Nîmes depuis 1996, le nouveau dispositif préconise de répartir différemment les dépenses selon des règles concertées et plus équitables. Ces deux caractéristiques du système en constituent les principaux avantages.

Il convient probablement, d'en attribuer une large part à l'implication du président de la commission des gardes et astreintes, qui a su faire prendre conscience au corps médical du CHU de Nîmes de l'impasse financière à laquelle aboutissait le maintien du système antérieur ; en creusant l'écart entre les ressources disponibles et les besoins nécessaires pour satisfaire la couverture des gardes et astreintes selon une application stricte des textes.

Le dispositif est toujours en vigueur et s'applique sur une organisation de la permanence des soins reposant en 2002 sur 30,5 secteurs d'astreinte, 12 permanences (hors les gardes des internes).

3 – Les dispositifs de mutualisation du temps médical entre établissements

Comme l'indique le rapport de la Mission Nationale d'Evaluation de la mise en place de la RTT, « les conséquences prévisibles de la réduction du temps de travail et de la démographie médicale imposent de réinscrire les établissements dans un nouvel espace géographique ». Plaidant pour développer les coopérations entre établissements et « décloisonner » les secteurs publics et privés, la Mission Nationale d'Evaluation préconise la promotion de « tous les scénarii de complémentarités public-public, public-privé, privé-privé possibles »

Les expériences et dispositifs décrits ci-après apportent un éclairage local sur les options retenues par les établissements pour mutualiser leurs ressources médicales dans le cadre de postes à temps partagés et/ou d'autres formes de coopération.

3.1 - Les postes de praticiens hospitaliers à temps partagés

Afin de stabiliser le praticien hospitalier dans une région où la neurologie est une discipline déficitaire et structurer davantage son offre de soins dans cette discipline, le CH de Creil a obtenu le passage à temps plein de ce poste, initialement à temps partiel, en le partageant avec un autre établissement public : le CH de Senlis.

Concrètement, le PH répartit son temps de travail équitablement entre les deux sites à raison d'une journée complète sur chaque site, puis 3 journées partagées (matinée sur un établissement puis l'après-midi sur l'autre) entre les deux sites. La gestion du poste est assurée par le CH de Creil.

Bien que la question du temps de trajet demeure un point estimé problématique puisque ce temps n'est pas intégré dans le temps de travail effectif, cette formule répartit cette discipline sur deux sites permettant de maintenir un temps de neurologue pour le petit établissement. Elle *constitue également un lien humain naturel entre les deux sites.*

Afin de poursuivre la prise en charge des maladies cancéreuses par les équipes de cancérologie du **CH de Morlaix**, un renforcement de ressources dédié à l'oncologie médicale est apparu nécessaire.

Il s'est inscrit dans le Contrat d'Objectifs et de Moyens, et s'est traduit par la création d'un poste de PH à mi-temps en oncologie, dans le cadre d'une activité partagée avec le **CHRU de Brest**.

Le recours au poste partagé en neurologie a également été la solution retenue par les partenaires pour répondre au besoin d'améliorer la médicalisation du service de médecine interne du CH de Morlaix.

Sur un plan juridique, le cadre conventionnel mis en place entre le CHRU de Brest et le CH de Morlaix est celui – classique entre deux établissements hospitaliers – de la mise en place pour chacun des praticiens concernés de conventions types d'activité partagée précisant notamment les points suivants :

- qu'il s'agit d'une convention à titre individuel et non d'une garantie de mise à disposition de temps médical. En cas d'absence pour congés ou maladie du PH à temps partagé, son remplacement n'est pas prévu ;
- que l'activité au CH de Morlaix est effectuée à mi temps soit 207 demi-journées sur l'année dont la répartition est fixée par un tableau de service mensuel signé par les deux Chefs de Service et communiqué par le praticien aux deux parties signataires ;
- que la participation aux gardes et astreintes du CHRU de Brest est prioritaire pour la neurologie et l'oncologie. La participation éventuelle au service de gardes et astreintes du CH de Morlaix a donc un caractère subsidiaire. L'activité de garde et astreinte prise dans l'un des deux établissements ne doit pas avoir de répercussion sur le service assuré dans l'autre établissement ;
- que les dispositions relatives au remboursement du traitement brut et charges afférentes, au règlement intérieur, aux frais de déplacement, aux assurances et droit statutaire et à la responsabilité civile sont précisés et actés dans la convention.

S'agissant de deux hôpitaux publics, la mise en oeuvre de ces dispositions ne pose pas de problème particulier. Le CHRU de Brest conserve la gestion du dossier administratif du praticien qu'il a détaché au CH de Morlaix. Ce dernier rembourse au CHRU de Brest, trimestriellement, la moitié du traitement et des charges afférentes ainsi que la moitié des frais de déplacement.

3.2 - Le dispositif régional des assistants spécialistes en temps partagé mis en œuvre dans le Nord pas de Calais.

L'existence d'assistants spécialistes en temps partagé au sein du CH de Lens doit être resituée dans une perspective régionale. Ce dispositif s'inscrit effectivement dans le cadre général des coopérations mises en œuvre par le CHRU de Lille à la suite de son contrat d'objectifs et de moyens visant à harmoniser l'offre de soins au niveau régionale et répondre aux impératifs de proximité et de sécurité.

Dans cette optique, le CHRU de Lille s'est engagé à transférer son savoir-faire, sous forme de technologies et de compétences médicales aux établissements de la région, tout en maintenant avec les équipes médicales concernées les liens nécessaires en matière de formation. Le principe de ces partenariats fait l'objet d'un protocole d'accord entre le CHRU et chaque centre hospitalier de la région.

En 2003, 262 conventions de partage de temps médical sont actives dans la région et parmi elles, la « convention pour la formation et le recrutement de praticiens hospitaliers » permettant aujourd'hui à 56 assistants spécialistes (22 spécialités) de partager leur temps de travail entre un centre hospitalier d'accueil (15 établissements participent au dispositif actuellement) et le CHRU où ils poursuivent leur formation universitaire en vue de préparer le concours national de praticien hospitalier.

Cette formule, combinant formation et exercice professionnel, constitue une réponse à une des préoccupations majeures des acteurs du dispositif : « fixer les internes » dans la région pour contribuer au pourvoi des nombreux postes vacants de praticiens hospitaliers (22% dans le Nord Pas de Calais).

Pour bénéficier du dispositif régional, le CH de Lens a conclu six conventions « pour la formation et le recrutement de praticiens hospitaliers » qui ont été signées par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, le CHRU de Lille, la Faculté de Médecine et les six assistants spécialistes qui ont rejoint en temps partagé les équipes médicales du CH de Lens.

Conclue en principe pour une durée de deux ans, la convention précise la répartition du temps de travail de l'assistant entre le CHRU et le CH de Lens. Le financement du dispositif est variable et constitue un des points de la convention. Souple, le dispositif permet plusieurs formules de partage du temps ainsi que des modalités de financement différentes pour chaque convention :

Spécialités	Répartition du temps		Aménagement du temps		Permanence des soins	
	CH	CHRU	CH	CHRU	CH	CHRU
Radiologie	20 % puis 60 %	80 % puis 40 %	Mardi	Lundi, mercredi au vendredi		
Anesthésie réanimation	0 %	100%			oui	oui
Anesthésie réanimation	50 %	50 %	Lundi,, mardi, mercredi matin	Mercredi AM Jeudi, vendredi	oui	non
Pédiatrie	50 %	50 %	Lundi, mardi, mercredi matin	Mercredi AM Jeudi, vendredi	oui	non
Pneumologie	70 %	30 %	Lundi, mercredi, jeudi, vendredi AM	Mardi Vendredi matin	oui	non
Chirurgie infantile	50 %	50%	Lundi AM Mardi, Mercredi AM Vendredi matin	Lundi matin Mercredi matin Jeudi, vendredi AM	oui	oui

Sur le plan statutaire, ce sont les dispositions du décret n° 87-788 du 28 septembre 1987 modifié relatif aux assistants des hôpitaux qui encadrent le dispositif. La rémunération est assurée par le Centre Hospitalier d'accueil. Dans certains cas, le CHRU rembourse le CH selon les termes de la convention conclue.

Les assistants à temps partagés bénéficient de la prime d'engagement exclusif dans le service public dans le cas où ils contractent pour deux ans. Ils n'ont cependant pas bénéficié de l'indemnité multi établissements *dans la mesure où sur avis de la DRASS, l'ARH a considéré que l'activité exercée au CHRU était une activité de formation et de recherche.*

Quant aux frais de déplacements, ils font l'objet d'une négociation lors de la signature de la convention. Les frais de déplacements sont à la charge des intéressés dans 5 cas sur 6, et dans un cas à la charge du Centre Hospitalier de Lens.

Il semble cependant que le partage d'activité entre les deux établissements rend plus difficile le respect des règles relatif au repos quotidien : par exemple l'activité au CHRU peut être jugée indispensable à la suite d'une garde à Lens. Dans d'autres cas, la garde limite le temps réellement consacré à l'activité de soins de jour au centre hospitalier. La participation à la permanence de soins du CHRU est faible ou nulle.

Pour la direction de l'hôpital, le bilan de cette formule est positif d'un triple point de vue dans une démarche gagnant/gagnant pour le centre hospitalier, le CHRU et le médecin :

- Le Centre Hospitalier de Lens dispose de temps médical supplémentaire pour assurer la permanence des soins et des compétences pour étoffer ou renforcer son offre de soins ;
- Le CHRU peut, par ce biais, développer ses réseaux de soins et favoriser une meilleure orientation des patients par la double appartenance des assistants ;
- Pour les médecins, le dispositif offre des perspectives professionnelles et leur évite un éventuel échec dans un cursus universitaire aux possibilités très limitées.

On constate, au travers de ces différentes expériences, que l'application de la circulaire DHOS/M/N°521 du 13 octobre 2000 relative à l'indemnité due au titre d'une activité sur plusieurs établissements est appliquée de manière variable.

3.3 – La mutualisation de temps médicaux dans le cadre d'une Fédération Médicale Inter hospitalières

Le partage et la répartition du temps médical entre plusieurs établissements peuvent se concrétiser dans le cadre de fédérations médicales inter hospitalières telles que précisées par les dispositions de l'article L 6135-1 du Code de Santé Publique.

La création d'une USIC dans le cadre de la fédération de cardiologie mise en œuvre depuis 2002 par les centres hospitaliers de Creil, de Senlis et la clinique privée médico-chirurgicale de Creil constitue la première illustration de cette forme de coopération. Avec l'appui de l'ARH, la création d'une fédération de cardiologie a permis une mutualisation de temps médicaux provenant des trois établissements partenaires pour assurer la permanence des soins au sein d'une USIC.

La création de cette fédération de cardiologie a permis de regrouper les soins intensifs en cardiologie sur le site pivot, à proximité du SAU, puis de mutualiser entre établissements les ressources médicales pour assurer la ligne de garde unique de cardiologie.

L'organisation de la permanence des soins au sein de l'USIC bénéficie de temps médicaux apportés par 4 PH temps plein (dont l'équivalent d'un temps plein réparti pour moitié entre des praticiens du CH de Senlis et de la clinique), de 2 PAC à hauteur de 20 % de leur temps (sous forme de demi-journées de travail d'intérêt général) et par 7 vacations d'attachés effectuées à jour fixe par la clinique.

La participation du personnel médical des établissements partenaires est définie par des conventions cadres. Conformément aux textes régissant les Fédérations Médicales, l'USIC n'est rattachée à aucun des établissements partenaires.

Le fonctionnement de l'USIC paraît particulièrement satisfaisant en termes de prise en charge des patients du secteur. En revanche, son fonctionnement pose un certain nombre de problèmes de gestion aux deux établissements publics qui estiment avoir concédé et « perdu » des moyens et des activités au profit de l'USIC. Le partenaire privé y trouve beaucoup d'avantages dont notamment les voies de recrutement de patients qu'ouvrent les vacations de ses médecins à l'USIC

Il faut également souligner que la soupape de ce système est assurée par un non respect de la loi. En effet, la prise de garde par les médecins du privé une fois par mois doit donner lieu à repos de sécurité. Or les médecins de la clinique exercent en cabinet libéral au cours des 24 heures qui suivent la garde. C'est donc là leur responsabilité personnelle qui est en jeu. S'ils étaient obligés de limiter leur activité libérale pour respecter le repos quotidien, ils reviendraient sans doute sur leur participation aux gardes de l'USIC.

C'est également la création d'une USIC qui a déclenché le processus de coopération pour mutualiser des temps de cardiologues entre le CH de Morlaix et le Centre de Perharidy (PSPH).

Sur la base d'une convention établie en 1992, les deux établissements ont déterminé des modalités de partage de temps médicaux pour assurer le fonctionnement de l'USIC localisée dans l'enceinte de l'établissement public puis de l'unité de réadaptation cardio-vasculaire située au centre de Perharidy.

Concrètement, la fédération de cardiologie prévoit la participation:

- des cardiologues du Centre de Perharidy aux tours de garde à raison de 6 gardes de 24h par mois. Chaque garde de 24h est équivalente à 4 demi-journées de temps de travail effectif ce qui correspond à 288 demi-journées par an.
- et ceux du CH de Morlaix au fonctionnement du service de réadaptation cardio-vasculaire à raison de 3 journées par semaines, en dehors d'une période d'indisponibilité évaluée à 4 semaines en cumul sur l'année. Cette prestation représente 6 demi journées sur 48 semaines soit 288 demi-journées.

Ce partage de temps médicaux entre les deux partenaires ne donne pas lieu à facturation conformément à l'esprit des rapports entre les deux établissements depuis 1992 et sous la réserve que ces échanges restent équivalents à ceux prévus.

Promue et mise en œuvre par le CH de Creil avec le concours des CH de Clermont et de Senlis en 2000, la fédération des services d'urgences est une autre illustration concrète de partage de temps médicaux.

L'idée essentielle présidant à la création de la Fédération était de *garder en vie les trois services d'urgence du secteur*, du fait de leur complémentarité en termes de couverture sanitaire territoriale et de l'incapacité du Centre Hospitalier de Creil d'absorber seul les 70.000 passages annuels du secteur.

L'objectif général de la Fédération était la création d'une équipe médicale unique avec mise en commun des équipes de médecins urgentistes des trois établissements. Cet objectif n'a pour l'heure pas été atteint. Sa réalisation supposerait une affectation directe des médecins à la Fédération et un budget propre, avec délégation de signature.

On peut cependant mentionner et saluer l'atteinte des objectifs suivants : le partage des ressources médicales entre les trois établissements, l'élargissement des compétences des médecins grâce aux rotations entre les trois sites et la polyvalence qu'elles développent, l'atteinte d'une masse critique, l'accroissement des disponibilités de lits en aval.

3.4 – Le partage de temps médicaux dans le cadre de coopérations entre établissements publics et privés

La coopération entre **CH de Guingamp et la clinique de l'Ar Mor Ar Goat** s'inscrit dans une démarche de réorganisation de fond des activités hospitalières du secteur orchestrée par l'ARH Bretagne et ne constitue qu'un exemple parmi d'autres des modes de coopération pouvant s'instaurer entre établissements publics et privés. Même si la genèse et le contexte ne sont pas reproductibles, les modalités retenues ont semblé suffisamment intéressantes pour être décrites.

Au sein de la **clinique ouverte**, l'organisation de la permanence des soins repose sur une astreinte opérationnelle impliquant les praticiens des deux établissements est organisée. En semaine les gardes du secteur public et du secteur privé sont assurées respectivement par les praticiens relevant de ces deux secteurs. Les week-ends et les jours fériés, les équipes « public » et « privé » sont alternativement de garde. Le tableau des gardes des gynécologues obstétriciens est visé par le directeur adjoint chargé des Ressources Humaines du CH de Guingamp.

Les deux établissements ont également mutualisé leurs compétences médicales dans les domaines suivants :

- la couverture chirurgicale des urgences étant assurée par les praticiens des 2 structures par une astreinte par spécialité (viscérale, orthopédique et urologique), avec un financement adapté pour les chirurgiens libéraux ;
- en chirurgie, coordination étroite des deux équipes pour disposer de tableaux de garde communs ;

Pour organiser au mieux la permanence des soins (gardes et astreintes) la plus simple possible et centrée sur le patient au sein de l'UPATOU, les deux établissements ont prévu une mutualisation des astreintes et des gardes en chirurgie viscérale et chirurgie orthopédique par intervention concertée, organisée et successive des praticiens des deux établissements dans le tour de garde.

Le fonctionnement est acté dans la convention qui précise les points organisationnels suivants :

- les astreintes de chirurgie digestive et orthopédique sont assurées dans les deux spécialités par les praticiens de l'hôpital et de la clinique.
- la répartition des gardes est répartie à égalité de contrainte entre les praticiens des établissements sur la base d'astreintes assurées à 50% par la clinique et à 50% par l'hôpital. Chacun des deux établissements désigne un coordonnateur responsable de l'établissement du tableau de garde. Les remplaçants participent à la garde dans les mêmes conditions que les chirurgiens remplacés.
- les horaires de la garde chirurgicale :
 - Les jours de semaine : 18h30 à 8h30 le lendemain ;
 - Les week-ends : du samedi 12h au lundi 8h30 ;
 - Les jours fériés isolés : de 18h30 la veille à 8h30 le lendemain.
- le service des urgences ne peut appeler que le chirurgien inscrit sur la liste d'astreinte. Les personnes habilitées à joindre le chirurgien de garde sont précisées.
- les modalités de l'hospitalisation directe d'un patient par les chirurgiens de l'un ou l'autre établissement s'effectuent dès lors que le praticien estime posséder les éléments d'information sur le patient évitant son passage aux urgences.

- *le circuit du patient : tout patient chirurgical, défini comme « patient nécessitant un acte opératoire ou une surveillance en milieu chirurgical » impliquant le recours à une hospitalisation est orienté, à partir du service des urgences, vers le service ou l'établissement du praticien de garde.*
- *chaque chirurgien libéral bénéficie d'un statut d'attaché de manière à ce qu'il puisse bénéficier de la couverture de risque lié à son exercice dans le cadre de la garde par astreinte opérationnelle. La rémunération des chirurgiens libéraux de garde est calculée sur la base des dispositions réglementaires*

Les deux établissements visent la création d'un GCS dont convention constitutive de ce GCS est en cours de finalisation.

Pour organiser la permanence des soins au sein du SAU, le CH de Bagnols sur Cèze et la polyclinique Lagaraud ont formé, sous l'impulsion de l'ARH Languedoc-Roussillon un projet de coopération et de mutualisation de temps médical. Grâce à ce dispositif qui engage des chirurgiens des deux établissements, deux lignes d'astreinte pourront fonctionner en chirurgie viscérale et en orthopédie afin d'assurer la permanence et la sécurité des soins au sein du SAU. Le projet sera mis en œuvre au premier semestre 2004.

Conclusion

Les dispositifs observés ne constituent pas des réponses directes à la question du temps médical mais au moins dans certains cas des facteurs facilitant son organisation : répartir les contraintes de gardes et astreintes sur un ensemble élargi de médecins et/ou identifier les complémentarités possibles entre les compétences médicales existantes et les activités offertes par des établissements partenaires.

Il reste, selon de nombreux interlocuteurs ayant participé à l'étude, que la RTT peut constituer un frein important à l'avènement et/ou au développement de projets de coopération. Par ailleurs, il convient également de resituer les dispositifs de mutualisation de temps médicaux et de partage de compétences décrits dans des contextes locaux et des problématiques de recomposition de l'offre de soins.

4 – Les prochaines étapes

Les observations relevées lors de cette première étape vont être utilisées par la MEAH pour élaborer des outils méthodologiques qui seront mis à la disposition des établissements. Un guide méthodologique sur la question du décompte et de l'organisation du temps médical. Ce document s'appuie sur les constats réalisés dans les travaux de 2003 pour proposer des points de repère méthodologiques aux établissements qui souhaitent avancer sur ces questions. L'outil PLANIMED et son mode d'emploi seront mis en ligne sur le site Internet de la MEAH.

En ce qui concerne la question de la mutualisation des compétences dans le cadre de coopération, des outils méthodologiques seront également élaborés : fiches techniques sur les formes de coopération, modèles de conventions individuelles de temps partagés...

L'objectif est d'être le plus opérationnel possible, en mettant en lumière les pistes concrètes de solutions, et en les illustrant d'exemples lorsque c'est possible. Cette étape de modélisation et de partage d'expériences sera achevée en mars 2004.

Les dix établissements qui ont participé à ces travaux vont désormais s'approprier les différents dispositifs repérés au sein du groupe et les mettre en œuvre au regard de leurs problématiques respectives comme par exemple : le CH de Bagnols sur Cèze qui va définir l'organisation pratique des deux lignes de garde au SAU en s'inspirant de l'expérience du CH de Guingamp, le CH des Pays de Morlaix qui souhaite réactiver la coopération avec la clinique de la baie de Morlaix ou encore le CHRU de Lille et le CH de Lens qui vont élaborer des maquettes d'organisation médicale...

L'intégration fin octobre 2003 des CHU de St Etienne et de Nancy, du SIH d'Evreux-Vernon et du CH de Chalon sur Saône viendra enrichir le panel des expériences relevées. Les expériences décrites dans ces quatre établissements feront l'objet d'un additif à ce rapport d'étape.