



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES



ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL DES MEDECINS

Retours d'expériences

Préface

Pour beaucoup de praticiens, la question du temps de travail des médecins paraît "surréaliste" voire incongrue. Compter et décompter son temps de travail, l'organiser collectivement n'étaient pas, il y a encore peu de temps, des pratiques intégrées dans la culture des praticiens.

Nous avons appris "qu'assurer la continuité des soins est un devoir déontologique". Nous nous sommes toujours attachés à respecter cet engagement tout en organisant notre temps de travail individuellement. Aujourd'hui, l'évolution sociétale majeure de la relation nouvelle de l'homme au travail, au devoir, au service, assortie d'un renforcement des contraintes réglementaires (directive européenne conjuguée à l'application des modalités du protocole ARTT du 22 octobre 2001), démographiques et d'aménagement du territoire repose la question de cet équilibre. L'organisation du temps de travail des praticiens est par conséquent devenue encore plus complexe puisque sous-tendue par de nouveaux paramètres. Sa gestion et son organisation constituent par conséquent, tant pour les gestionnaires que pour nous, praticiens, un enjeu majeur. L'optimiser exige la mise en œuvre de démarches qui tiennent compte non seulement de la qualité et de la sécurité des soins, mais aussi de la nécessaire adéquation entre l'activité du service et les ressources médicales dont il dispose.

Engager une telle réflexion pour rechercher des solutions organisationnelles peut s'inspirer des expériences de terrain qui sont décrites dans cet ouvrage et s'appuyer sur les outils méthodologiques utilisés. Dignes d'intérêt, leur mise en place résulte d'une collaboration étroite entre l'ensemble des acteurs en charge de la gestion et de l'organisation médicale (responsables des affaires médicales, chefs de service, commission de l'organisation de la permanence des soins). Transposables, ces démarches ont permis de replacer l'organisation médicale dans une réflexion d'ensemble sur l'activité, les objectifs et les moyens des services de soins en allant au-delà d'une simple confrontation, parfois stérile, entre direction et praticiens.

Par ailleurs, la question du sens est essentielle. Le pourquoi sera une composante au moins aussi importante à prendre en compte que le comment. Ainsi, les réponses de chaque organisation à cette question du sens, conditionneront à coup sûr, dans leurs dimensions humaines et éthiques, les choix pratiques.

Bernard Balza
Président de la CME
Centre hospitalier de Carcassonne

Ce guide est destiné aux professionnels de l'hôpital public plus spécifiquement chargés de gérer le temps médical : médecins, direction des affaires médicales, COPS, CME.

L'application du protocole RTT de 22 octobre 2001 et des dispositions portant sur l'intégration du temps de garde dans les obligations de service des praticiens a posé aux établissements hospitaliers de multiples problèmes liés, notamment, à la diminution du temps médical disponible et à l'organisation de la permanence des soins.

Il était dès lors normal que le comité de pilotage de la MeaH la charge d'une action d'expertise et d'audit auprès d'établissements ayant mis en œuvre des dispositifs innovants, répondant concrètement à certaines difficultés rencontrées. Avec l'objectif explicite de faire connaître à l'ensemble des professionnels les organisations les meilleures.

Quatorze établissements volontaires ont été sélectionnés parmi les quarante neuf sites qui s'étaient portés candidats sur ce thème de "l'organisation du temps de travail des médecins". Il s'agit de quatre CHU et de dix centres hospitaliers principalement concernés par des expériences de décompte du temps médical et de coopération inter - établissements. Ce sont donc ces dispositifs qui ont fait l'objet des monographies déjà publiées sur le site de la MeaH et qui sont présentées sous une forme plus synthétique dans le présent guide.

La MeaH tient à remercier ces établissements qui par l'apport de solutions souvent novatrices et au moyen d'une forte mobilisation de leurs équipes ont ainsi largement contribué à la rédaction de ce guide. Il en va de même pour le CNEH et les sociétés de conseil BPI, ESSOR consultants et SANESCO pour leur concours à ce travail de capitalisation.

Ces expériences ne prétendent pas décrire l'ensemble des initiatives prises par les établissements depuis 2001 pour pallier les conséquences des nouvelles dispositions réglementaires. Leur intérêt est d'approcher de manière très concrète certaines modalités de gestion et de proposer à l'ensemble des hôpitaux des exemples précis et des outils de travail opérationnels.

Deux thématiques sont traitées dans ce guide :

- les outils de décompte et d'organisation du temps médical,
- la mutualisation du temps médical.

* * * * *

Consultants, établissements retenus et thématiques d'observation

Consultants	Etablissements	Dispositifs et expériences observés		
		Outils de décompte	Temps partagé	Mutualisation
BPI	CH de Guingamp			<input checked="" type="checkbox"/>
	CH de Morlaix		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	CHI de Meulan-Les Mureaux	<input checked="" type="checkbox"/>		
	CHU de Lille	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
CNEH	CH de Bagnols sur Cèze			<input checked="" type="checkbox"/>
	CH de Creil		<input checked="" type="checkbox"/>	
	CH de Narbonne			<input checked="" type="checkbox"/>
	CHU de Nîmes	<input checked="" type="checkbox"/>		
ESSOR Consultants	CH d'Armentières	Plateforme Rithme		
	CH de Lens		<input checked="" type="checkbox"/>	
SANESCO	CH de Châlon sur Saône	<input checked="" type="checkbox"/>		
	CHI d'Eure et Seine			<input checked="" type="checkbox"/>
	CHU de Nancy	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	CHU de Saint Etienne			<input checked="" type="checkbox"/>

* * * * *

Le présent guide comporte, outre la formulation des éléments de contenu, trois types d'éléments spécifiques repérés par des typographies distinctes :

<p>1/ Des remarques sur les variantes éventuelles, les difficultés possibles, les points de vigilance importants.</p> <p> 2/ Des exemples issus des monographies réalisées en 2003.</p>
<p>3 / Des précisions formulées par la sous direction M2 de la DHOS</p>

* * * * *

Première partie :
Les outils de décompte et d'organisation du temps médical

Plan de la 1^{ère} partie

INTRODUCTION	9
CHAPITRE 1 IMPLANTER UN OUTIL INFORMATISE DE GESTION DU TEMPS MEDICAL	10
1. LA CONCERTATION	11
2. L'ACCOMPAGNEMENT	11
3. LA CLARIFICATION DES FONCTIONNALITES ATTENDUES.....	12
3.1 LES BESOINS DES PRATICIENS	12
3.2 LES BESOINS DES GESTIONNAIRES	12
4. L'INFORMATISATION DU TABLEAU DE SERVICE MENSUEL	13
4.1 BORNAGE HORAIRE DES PERIODES DE JOUR ET DE NUIT	13
4.2 ORGANISATION EN TEMPS MEDICAL CONTINU OU DISCONTINU	15
4.3 TYPOLOGIE DES ACTIVITES DE JOUR, DES PERMANENCES ET DES ABSENCES	16
4.3.1 <i>Typologie des activités de jour</i>	16
4.3.2 <i>Typologie des permanences</i>	16
4.3.3 <i>Typologie des absences</i>	17
4.4 REGLES DE DECOMPTE DU TRAVAIL EFFECTIF ET DES ABSENCES	18
4.4.1 <i>Règles de décompte du travail effectif</i>	18
4.4.2 <i>Règles de décompte des absences</i>	19
4.5 DEFINITION DES PROCESSUS ORGANISATIONNELS D'UTILISATION DE L'OUTIL	20
4.5.1 <i>Processus de saisie</i>	20
4.5.2 <i>Processus de validation</i>	21
4.5.3 <i>Exemples de processus</i>	22
5. L'INFORMATISATION DU DECOMPTE DU TEMPS DE TRAVAIL MEDICAL	24
5.1 ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS	24
5.1.1 <i>Principes d'organisation</i>	24
5.1.2 <i>Obligations du praticien</i>	24
5.1.3 <i>Définition et qualification de l'astreinte</i>	25
5.1.4 <i>Modalités de rémunération et de récupération des astreintes</i>	25
5.2 MODALITES DE CALCUL ET DE REMUNERATION DU TEMPS ADDITIONNEL.....	27
5.2.1 <i>Modalités de calcul du temps additionnel</i>	28
5.2.2 <i>Modalités de rémunération du temps additionnel</i>	30
5.2.3 <i>Cas particulier : récupération des temps additionnels de nuit</i>	32
ANNEXE 1 EXEMPLE D'IMPLANTATION D'OUTILS INFORMATISES.....	34
1. / L'OUTIL "PLANIMED" : DESCRIPTION ET UTILISATION	36
1.1 DATER LE TABLEAU DE SERVICE	36
1.2 REMPLIR L'EN-TETE DU TABLEAU DE SERVICE	37
1.3 IDENTIFIER UN PRATICIEN	37
1.4 CODIFIER L'ACTIVITE D'UN PRATICIEN	38
1.4.1 <i>Codification du temps de travail matin et après-midi</i>	38
1.4.2 <i>Codification du temps de travail gardes et astreintes</i>	40
1.4.3 <i>Codification des absences</i>	41
1.4.4 <i>Décompte du temps travaillé et des indemnités</i>	42

2. / L'OUTIL "FICHMED" : DESCRIPTION ET UTILISATION.....	44
2.1 L'EN-TETE DU DECOMPTE	45
2.1.1 FICHMED version DJ (demi journées).....	45
2.1.2 FICHMED version H (heures)	47
2.2 LE SUIVI HEBDOMADAIRE.....	49
2.2.1 FICHMED version DJ (demi journées).....	49
2.2.2 FICHMED version H (heures)	49
2.3 LA SYNTHESE ANNUELLE	49
2.3.1 FICHMED version DJ (demi journées).....	49
2.3.2 FICHMED version H (heures)	50
2.4 CALCUL DE LA REFERENCE QUADRIMESTRIELLE.....	51
2.4.1 FICHMED version DJ (demi journées).....	51
2.4.2 FICHMED version H (heures)	52
3. / L'OUTIL "BASEMED" : FONCTIONNALITES.....	53
3.1 FONCTIONNALITES RELATIVES AU SUIVI BUDGETAIRE	53
3.2 FONCTIONNALITES RELATIVES A L'ANALYSE DU TEMPS MEDICAL	53
3.2.1 Recensement des temps additionnels au niveau de l'établissement	53
3.2.2 Recensement des temps additionnels par service	54
4. / TABLEAU DE SYNTHESE D'UTILISATION DES OUTILS	55
CHAPITRE 2 ANALYSER LES ORGANISATIONS MEDICALES DE SERVICE	56
1. L'APPROCHE DE L'ORGANISATION AU NIVEAU ANNUEL.....	58
1.1 ANALYSE DE L'ACTIVITE MEDICALE PENDANT L'ANNEE	58
1.2 ANALYSE DES RESSOURCES MEDICALES	61
1.2.1 Première étape : estimation de l'effectif réel disponible	61
1.2.2 Deuxième étape : estimation du volume de jours de travail disponible.....	61
1.2.3 Troisième étape : répartition prévisionnelle des volumes de jours disponibles	62
1.2.4 Quatrième étape : formalisation d'un tableau de service annuel.....	64
2. L'APPROCHE DE L'ORGANISATION AU NIVEAU HEBDOMADAIRE.....	65
2.1 ORGANISATION DES ACTIVITES DE JOUR.....	65
2.1.1 Activités programmées.....	65
2.1.2 Programmes individuels des praticiens.....	65
2.2 ORGANISATION DE LA PERMANENCE	66
2.2.1 Définition de la permanence.....	66
2.2.2 Mutualisation des permanences ou astreintes	67
2.2.3 Principes de répartition entre praticiens	67
3. LA CONTRACTUALISATION DU TEMPS MEDICAL	69
3.1 HARMONISATION AU NIVEAU REGIONAL	69
3.2 CONTRATS INDIVIDUELS	70
ANNEXE 2 : ELABORER UNE MAQUETTE D'ORGANISATION MEDICALE.	71
1. DESCRIPTION DE L'ACTIVITE MEDICALE ET DE SON EVOLUTION PREVISIBLE SUR L'ANNEE.....	74
1.1 DESCRIPTION DE L'ORGANISATION DU SERVICE (DU DEPARTEMENT, DU POLE)	74
1.2 ANALYSE DE L'ACTIVITE MEDICALE DU SERVICE PENDANT L'ANNEE PASSEE	75
1.3 PREVISIONS D'ACTIVITE POUR L'ANNEE A VENIR	76

2. L'EVALUATION DES RESSOURCES MEDICALES DISPONIBLES ET LEUR REPARTITION PREVISIONNELLE SUR L'ANNEE	77
2.1 TABLEAU N° 1 DES EFFECTIFS AU 1 ^{ER} JANVIER DE L'ANNEE	77
2.2 ESTIMATION DE L'EFFECTIF REEL DISPONIBLE.....	78
2.3 TABLEAU N° 2 DES EFFECTIFS DISPONIBLES	79
2.4 ESTIMATION DU VOLUME DE DEMI-JOURNEES DE TRAVAIL OPERATIONNELLES.....	80
2.5 TABLEAU N° 3 DU TEMPS OPERATIONNEL DANS LE SERVICE.....	81
3. ORGANISATION DE L'ACTIVITE ET EVALUATION DES BESOINS EN TEMPS MEDICAL ..	82
3.1 ORGANISATION DES ACTIVITES DE JOUR.....	82
3.2 LES BESOINS EN PERMANENCE ET LES PRINCIPES DE LEUR ORGANISATION.....	83
3.2.1 <i>Définition de la permanence des soins</i>	83
3.2.2 <i>Répartition et programmation</i>	83
3.3 ESTIMATION DES BESOINS EN TEMPS MEDICAL	84
3.4 TABLEAU N° 5 DES BESOINS EN TEMPS MEDICAUX SUR L'ANNEE.....	86
3.5 TABLEAU N° 5 BIS DES BESOINS EN TEMPS MEDICAUX SUR L'ANNEE.....	87
4. ESTIMATION DES BESOINS EN TEMPS ADDITIONNEL	89
4.1 RAPPEL DES DONNEES EXISTANTES DE L'ANNEE PASSEE POUR LE SERVICE :	89
4.2 ESTIMATION DU BESOIN ANNUEL DU SERVICE EN TEMPS ADDITIONNEL.....	90

* * * * *

Glossaire

AO : Astreinte opérationnelle
 ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
 ARTT : Aménagement et Réduction du Temps de Travail
 AS : Astreinte de sécurité
 CET : Compte Epargne Temps
 CH : Centre Hospitalier
 CHI : Centre Hospitalier Intercommunal
 CHU : Centre Hospitalier Universitaire
 CME : Commission Médicale d'Etablissement
 COPS : Commission d'Organisation de la Permanence des Soins
 DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
 ETP : Equivalent Temps Plein
 FHF : Fédération Hospitalière de France
 FMC : Formation Médicale Continue
 PH : Praticien Hospitalier
 PHTp : PH à temps partiel
 RTT : Réduction du Temps de Travail
 W : Travail

* * * * *

Introduction

La complexité des nouvelles règles applicables au temps de travail des médecins et les enjeux financiers liés à la rémunération de la permanence des soins ont conduit plusieurs établissements à mettre en place des outils informatiques de décompte et de gestion.

Ces logiciels sont indispensables pour assurer le recensement des éléments variables de paie et le suivi des congés de toute nature. Ils permettent également de consolider et d'archiver des informations utiles à la planification et à l'optimisation de cette ressource rare du temps médical.

Mais leur mise en œuvre suscite une profonde remise en cause de la culture médicale et de la représentation que les médecins se font de la gestion de leur temps de travail. Ce premier chapitre propose un inventaire des règles à définir en amont de l'implantation d'un outil informatique, et démontre, si il en était besoin, la nécessité d'une concertation entre les parties. Il présente ensuite dans une annexe, un exemple très concret d'implantation d'outils informatisés dans un des établissements ayant participé à l'étude.

Le deuxième chapitre traite des organisations médicales de service et de l'élaboration du tableau de service annuel. Il propose des méthodes d'analyse de l'activité des services cliniques et de prévision du temps disponible des médecins qui y travaillent. Il montre comment les services peuvent ajuster et optimiser leur organisation en prenant en compte ces différentes données. Il s'achève par la présentation d'un cas pratique directement issu des travaux en cours dans un établissement, dont il déroule la démarche et décrit précisément les outils.

Le guide ne revient pas sur les règles applicables en matière de gestion du temps de travail des médecins. Il est vrai qu'elles ont suscité bien des controverses, y compris entre les établissements qui participaient aux comités techniques nationaux organisés par la MeaH. Mais la clarification des règles applicables est un sujet qui échappe à la compétence technique de la MeaH et qui relève exclusivement du pouvoir réglementaire du ministère.

La MeaH ne se porte donc pas caution des solutions mises en œuvre par les établissements observés quant à l'application et à l'interprétation des textes réglementaires.

Elle a demandé la collaboration de la sous direction M2 de la DHOS pour apporter des précisions utiles à la compréhension de certaines des règles applicables à l'informatisation du décompte du temps médical.

* * * * *

Chapitre 1
Implanter un outil informatisé
de gestion du temps médical

La mise en place d'un dispositif de décompte et de suivi du temps heurte, dans bien des cas, la culture médicale. Les praticiens peuvent l'interpréter comme une forme de défiance et de remise en cause de leur autonomie, pouvant parfois conduire à un sentiment de dévalorisation ou encore à une démotivation et un désinvestissement professionnel.

Les réponses à apporter sont de plusieurs ordres, mais l'on peut insister sur deux grandes étapes : la démarche de concertation préalable à la mise en œuvre de l'outil, ensuite la démarche d'accompagnement pendant la phase d'implantation et de déploiement.

1.La concertation

Il convient tout d'abord de ne pas négliger le travail d'explication et d'argumentation vers les praticiens, pour essayer de lever les réticences et faire apparaître la valeur ajoutée pour eux à cette démarche. On peut insister ici sur les arguments essentiels qui peuvent être employés :

- la nécessité de déclarer son temps pour pouvoir bénéficier du temps additionnel,
- l'avantage constitué par une meilleure visibilité du temps pour argumenter les demandes de moyens auprès de l'ARH,
- le fait d'en rester à une description assez globale des activités ou de ne pas utiliser les données dans une logique strictement de contrôle,
- une validation décentralisée des données au niveau du service, évitant un regard administratif direct,
- l'engagement d'une évaluation permettant d'ajuster les organisations au vu d'un bilan objectif.

Au-delà de cet aspect, il est évidemment important, comme pour tout projet, d'organiser le dialogue en amont de l'implantation d'un tel outil, pour permettre le débat, l'expression des réticences, et l'élaboration de règles adaptées au contexte.

Il peut être utile de constituer une équipe projet dédiée à cet objectif, pour analyser les problèmes techniques et organisationnels et préparer le débat dans les instances prévues (CME, COPS).

2.L'accompagnement

Le déploiement du nouvel outil sera facilité par un effort spécifique d'accompagnement :

- retour d'informations organisé dès que possible pour recueillir les réactions des utilisateurs et réaliser les adaptations nécessaires,
- soutien ponctuel assuré par une personne ressource clairement identifiée et suffisamment disponible.

En outre, une première évaluation au bout d'un an de fonctionnement permet de faire le bilan sur trois grands aspects :

- sur le plan technique, identifier les points faibles de l'outil et les pistes d'amélioration de ses fonctionnalités,
- sur le plan de la qualité des données et du processus de gestion (calcul des temps additionnels, des indemnités de sujétion, ...), repérer les problèmes subsistant (délais, fiabilité, interprétations différentes entre services, ...),

- sur le plan de l'organisation des services, avoir un regard qualitatif sur les effets induits, et repérer les "bonnes pratiques".

3. La clarification des fonctionnalités attendues

C'est un constat banal mais utile à rappeler : un même outil peut être utilisé de manière différente par des acteurs qui n'ont pas les mêmes attentes ou les mêmes contraintes. En l'occurrence, il semble important, en amont des choix, de prendre le temps de clarifier les besoins de la part des deux catégories principales concernées : les praticiens et les gestionnaires.

3.1 Les besoins des praticiens

Les praticiens sont souvent réticents a priori à une démarche de saisie et de suivi du temps. D'une part, ils estiment souvent que c'est une forme de contrôle de la part de l'administration qui leur fait perdre de l'autonomie et les "fonctionnarise". D'autre part ils ne souhaitent pas consacrer beaucoup de temps aux tâches de gestion administrative. Mais le calcul des rémunérations suppose malgré tout de disposer d'informations sur la réalité des temps travaillés.

Une partie d'entre eux est également intéressée par le bénéfice de la RTT et souhaite pouvoir savoir où ils en sont en termes de temps de travail, de droits à congés et de RTT. Plus globalement, tous peuvent être intéressés par un accès à leur situation en matière de temps additionnel, de permanences, d'indemnités, ...

Enfin, la réflexion sur l'organisation du temps médical dans les services peut conduire à envisager de se servir de l'outil informatique pour, par exemple, analyser des périodes d'activité fortes et faibles, repérer des périodes problématiques en termes d'adéquation des ressources médicales aux besoins des usagers, ...

3.2 Les besoins des gestionnaires

Les gestionnaires sont en charge du traitement des données venant des praticiens. Ceci permet d'alimenter le processus de rémunération des praticiens, dans ses diverses composantes, ainsi que le suivi individualisé des droits.

Ils sont également tournés vers des objectifs de pilotage des moyens, tels que les budgets disponibles, ou l'anticipation des besoins en fonction des évolutions d'activité.

Enfin, les gestionnaires fournissent à la COPS et/ou à la CME des éléments d'information et d'évaluation.

Tous ces besoins ne seront pas nécessairement satisfaits à travers un seul outil, mais il est utile de s'interroger sur les priorités que l'on souhaite établir par rapport à l'ensemble des possibilités a priori envisageables.

4.L'informatisation du tableau de service mensuel

L'informatisation du tableau de service mensuel nécessite de définir :

- le bornage horaire des périodes de jour et de nuit,
- l'organisation en temps médical continu ou discontinu,
- la typologie des activités de jour, des permanences et des absences,
- les règles de décompte du travail effectif et des absences,
- les processus organisationnels d'utilisation de l'outil.

Les exemples observés sur le terrain sont plus ou moins détaillés selon les compromis élaborés. Comme nous l'avons mentionné plus haut, les praticiens ne souhaitent pas entrer dans une logique de saisie détaillée de leurs activités.

Ce qui reste commun à tous les cas de figure est de pouvoir distinguer :

- les activités de jour et les activités de nuit ou week-end,
- les permanences sur place et les astreintes.

Nous donnons ci-après quelques exemples concrets observés dans les établissements.

4.1 Bornage horaire des périodes de jour et de nuit

Précisions formulées par la DHOS :

A la différence de la réglementation précédente, la nouvelle réglementation de l'organisation de la permanence des soins, fixée par l'arrêté du 30/04/2003, permet aux établissements d'arrêter librement le bornage horaire des périodes de jour et de nuit, en fonction des caractéristiques particulières de leurs activités et des modalités d'organisation spécifiques qu'elles requièrent, sous réserve de ne pas prévoir de période d'une amplitude excédant 14 heures.

Dans le cas général d'une structure où l'activité et le temps de présence des praticiens sont organisés en service quotidien suivi d'une permanence sur place (ancienne « garde ») ou d'une astreinte à domicile, le temps de travail des praticiens est nécessairement décompté en demi-journées. Lorsque, dans ce cas de figure, le praticien est amené à achever son service quotidien au-delà de la fin de la période de jour, telle qu'elle a été fixée par l'organisation annuelle des activités et du temps de présence, il n'accomplit pas pour autant une activité de permanence s'il n'est pas inscrit au tableau de service pour assurer la permanence des soins sur cette période de nuit. Il ne peut donc pas prétendre à l'indemnisation de la permanence des soins (c'est-à-dire au versement d'indemnité de sujétion ou d'indemnité pour temps de travail additionnel de permanence).

L'organisation des activités médicales comprend un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins, pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, sous forme de permanence sur place ou par astreinte à domicile.

Elle détermine la durée des deux périodes, sur 24 heures, correspondant au jour et à la nuit.

Ces périodes peuvent éventuellement être différentes selon les activités. Il n'est pas obligatoire de spécifier de façon générale les horaires des demi-périodes (matin et après-midi, 1ère et seconde parties de nuit) mais cela peut s'avérer nécessaire pour organiser les permanences ou astreintes, notamment lorsqu'une demi permanence de nuit est suivie d'une demi astreinte

Il faut veiller à la cohérence des options retenues lorsque la permanence est organisée entre des médecins de plusieurs établissements, afin de ne pas générer de disparités.

La détermination des horaires dits de jour et de nuit permet, en termes organisationnels, de définir l'heure de prise (et de fin) de fonction du praticien "de garde" ou d'astreinte et en termes d'indemnisation d'identifier les différentes périodes correspondant aux différentes indemnités.

Exemple 1 (CH Meulan Les Mureaux)

Période de jour : 10 heures (8h30 à 18h30) divisée en 2 demi-périodes (8h30 – 13h et 13h – 18h30).

Période de nuit : 14 heures (18h30 à 8h30) divisée en 2 demi-périodes (18h30 – 1h et 1h – 8h30)

Dans cet établissement, un praticien travaillant au-delà de 18h30 mais n'étant pas inscrit sur le tableau de garde (ou des astreintes) est réputé travailler "de jour" (prolongation du travail de jour) et ne peut donc prétendre au bénéfice d'une indemnité de sujétion.

Exemple 2 (règles régionales proposées par la FHF Nord Pas-de-Calais)

La période de jour est également de 8h30 à 18h30. L'activité du samedi après-midi commence à 12h30.

Dans le cas d'une activité prolongée au-delà de 18 H 30, les règles convenues au niveau régional invitent les établissements à contractualiser le décompte de l'activité médicale prolongée au-delà de 18 H 30, selon des règles propres à chaque établissement, dans le cadre suivant : après 18 H 30, l'activité médicale relève soit de la continuité des soins (présence non programmée auprès du malade), soit de l'intérêt général (animation d'un enseignement postuniversitaire, réunion de réseau, participation aux conseils et commissions, etc....)

a – continuité des soins : elle relève normalement du praticien de garde ou d'astreinte. Néanmoins, dans certaines situations, il est difficile de substituer le praticien de garde ou d'astreinte au praticien concerné. Celui-ci peut alors prolonger son activité auprès de son malade après 18 H 30.

b – intérêt général : l'activité réalisée après 18 H 30 doit être reconnue par l'ensemble de l'équipe médicale, labellisée par la CME après avis du conseil de service restreint aux médecins, avis transmis par le chef de service, puis, elle doit être inscrite dans la maquette d'organisation et au tableau de service.

Exemple 3 (CHU Saint Etienne)

La période de jour est 8h30 - 18h30 et la période de nuit 18h30 - 8h30. Au service d'Urgences, il n'y a pas d'indemnité de sujétion jusqu'à 23h

4.2 Organisation en temps médical continu ou discontinu

L'activité s'organise soit : en service quotidien de jour suivi d'une

- astreinte à domicile,
- permanence sur place (garde).

Par dérogation, le service quotidien de jour et la permanence sur place peuvent être organisés en temps médical continu.

Les activités pouvant être organisées en temps continu sont explicitement limitées : urgences, anesthésie, réanimation, néonatalogie, gynécologie obstétrique (si > 2000 accouchements par an), lorsque l'intensité et la nature de l'activité sont globalement identiques le jour et la nuit, tous les jours de l'année, et lorsque les effectifs le permettent.

Précisons qu'il s'agit d'une possibilité et non d'une obligation. Certaines des activités listées ci-dessus peuvent rester dans le régime général du décompte en demi-journées.

Exemple 1 (CH Châlon sur Saône)

Seuls le SAMU / SMUR et le SAU sont en décompte horaire. Après analyse des effectifs et des besoins en compétences médicales, le pôle Mère / Enfant (bien que pratiquant plus de 2000 accouchements annuels), l'anesthésie et la réanimation ont décidé de maintenir un fonctionnement discontinu avec permanence 24 heures sur 24, et décomptent le temps par demi-journées

Exemple 2 (CHU Saint Etienne)

Seules quatre unités fonctionnelles ont opté pour le décompte horaire :

- ✓ les urgences adultes,
- ✓ le SAMU / SMUR,
- ✓ les urgences pédiatriques,
- ✓ la réanimation néonatale.

Exemple 3 (CHU Nancy)

Seul le SAMU / SMUR fonctionne en décompte horaire

Exemple 4 (CH Meulan Les Mureaux)

Quatre unités fonctionnelles ont opté pour le décompte horaire :

- ✓ le service d'Anesthésiologie,
- ✓ le service de Gynécologie – Obstétrique,
- ✓ le service des Urgences,
- ✓ le service de Réanimation.

Par ailleurs, lorsqu'un praticien partage son activité entre 2 services (l'un à temps médical continu et l'autre à temps discontinu) le mode de décompte sera déterminé par l'organisation de son service de rattachement (temps médical continu = décompte en heures ; discontinu = décompte en demi-journées).

4.3 Typologie des activités de jour, des permanences et des absences

4.3.1 Typologie des activités de jour

Deux grandes options se présentent :

- une option "minimaliste" se limitant à repérer le fait d'être en activité, sans chercher à préciser le contenu de cette activité,
- une option plus précise, où l'on distingue différentes activités selon la nature et/ou le lieu.

Exemple 1 (CHRU Lille)

L'activité (y compris les permanences sur place) est repérée sans être détaillée, par opposition aux astreintes, aux absences autorisées et au "hors obligation de service".

Par contre, le lieu d'activité est repéré, avec 3 possibilités : service d'affectation, autre unité du CHU, extérieur.

Exemple 2 (CH Meulan Les Mureaux)

La typologie comprend 6 cas :

- ✓ présence au CH (P),
- ✓ travail en dehors du CH (SE),
- ✓ activité d'intérêt général (A),
- ✓ activité libérale (AL),
- ✓ enseignement (E),
- ✓ formation continue (FC)

4.3.2 Typologie des permanences

A nouveau, deux options sont observées :

Option 1 : prédéfinir des organisations type correspondant aux différentes formes de permanences et astreintes utilisées dans l'établissement ; à la saisie, le praticien indique alors le code correspondant au type de permanence.

Exemple (CH Meulan Les Mureaux)

La typologie des gardes et astreintes comprend 8 cas pour les gardes et 3 cas pour les astreintes dans les décompte en heures :

Codage gardes et astreintes	Temps W	Éléments paie	
		Gardes	AS
demi garde de 18h30 à 01h00 : G1	6,5h	0,5 ind	
garde de 18h30 à 08h30 : G2	14,0h	1,0 ind	
garde de 24h : G3	24,0h	2,0 ind	
demi garde samedi de 13h00 à 18h30 : G4	5,5h	0,5 ind	
1 garde samedi de 13h00 à 01h00 : G5	12,0h	1,0 ind	
1,5 garde samedi de 13h00 à 08h30 : G6	19,5h	1,5 ind	
1,5 garde dim et férié de 08h30 à 01h00 : G10	16,5h	1,5 ind	
demi garde de 08h30 à 13h00 : G11	4,5h	0,5 ind	
Astreinte de sécurité (18h30 à 08h30) : S1	0,0h		1,0 ind
1,5 astreinte de sécurité samedi (13h00 à 08h30) : S2	0,0h		1,5 ind
2 astreintes de sécurité dim et férié (08h30 à 08h30) : S3	0,0h		2,0 ind

et 10 cas pour les gardes et 6 cas pour les astreintes dans les décomptes en demi-journées :

Codage gardes et astreintes	Temps W	Éléments paie		
		Gardes	AO	AS
demi garde de 08h30 à 13h00 ou de 18h30 à 01h00 : G1	1 dj	0,5 ind		
garde de 18h30 à 08h30 : G2	2 dj	1,0 ind		
garde de 24h : G3	4 dj	2,0 ind		
demi garde samedi de 08h30 à 13h00 ou de 13h00 à 18h30 : G4	1 dj	0,5 ind		
1 garde samedi de 13h00 à 01h00 : G5	2 dj	1,0 ind		
1,5 garde samedi de 13h00 à 08h30 : G6	3 dj	1,5 ind		
demi garde semaine (18h30 à 01h00) + demi AO (01h00 à 08h30) : G7	1 dj	0,5 ind	0,5 ind	
demi garde dim et férié (08h30 à 13h00) + 1,5 AO (13h00 à 08h30) : G8	1 dj	0,5 ind	1,5 ind	
demi garde dim et férié (08h30 à 13h00) + 1,5 AS (13h00 à 08h30) : G9	1 dj	0,5 ind		1,5 ind
1,5 garde dim et férié de 08h30 à 01h00 : G10	3 dj	1,5 ind		
Astreinte opérationnelle (18h30 à 08h30) : A1	0 dj		1,0 ind	
1,5 astreinte opérationnelle samedi (13h00 à 08h30) : A2	0 dj		1,5 ind	
2 astreintes opérationnelles dim et férié (08h30 à 08h30) : A3	0 dj		2,0 ind	
Astreinte de sécurité (18h30 à 08h30) : S1	0 dj			1,0 ind
1,5 astreinte de sécurité samedi (13h00 à 08h30) : S2	0 dj			1,5 ind
2 astreintes de sécurité dim et férié (08h30 à 08h30) : S3	0 dj			2,0 ind

A noter que le code est significatif d'un temps de travail effectif et d'un nombre d'indemnités (éléments de paie). Cette conception permet au bureau des affaires médicales d'avoir un calcul automatisé du nombre total d'indemnités à payer (gardes ou astreintes - par type d'astreinte -) à la fin de la période considérée.

Option 2 : les permanences et astreintes ne sont pas pré-codées. Le praticien enregistre seulement, pour chaque demi-période de nuit ou week-end, l'existence éventuelle d'une permanence sur place ou d'une astreinte. Cette option a été retenue au CHRU de Lille.

4.3.3 Typologie des absences

Il est important de bien distinguer les natures d'absence (congrés annuels, RTT, congé exceptionnel, maladie, ...) car leurs modalités de gestion diffèrent (par exemple pour suivre l'état du compte épargne temps).

Exemple 1 (CH Meulan Les Mureaux)

La typologie des absences comprend 8 cas :

- ✓ repos hebdomadaire (RH),
- ✓ jour RTT (RT),
- ✓ congé annuel (CA),
- ✓ jour férié (FE),
- ✓ congé maladie (CM),
- ✓ congé exceptionnel (CE),
- ✓ congé sans solde (NR),
- ✓ congé syndical (CS).

Exemple 2 (CH Lens)

Cet établissement a fait le choix d'une typologie un peu plus détaillée :

- ✓ congé année antérieure (CAA),
- ✓ congé année en cours (CA),
- ✓ RTT année antérieure (RTTA),
- ✓ RTT année en cours (RTT),
- ✓ congé exceptionnel (CE),
- ✓ congé formation (FMC),
- ✓ absence pour réunions extérieures (DEP),
- ✓ congé non rémunéré (CNR),
- ✓ congé maladie (MAL),
- ✓ congé maternité (MAT),
- ✓ congé paternité (PAT),
- ✓ accident du travail (AT),
- ✓ grève (GR),
- ✓ compte épargne temps (CET).

4.4 Règles de décompte du travail effectif et des absences

4.4.1 Règles de décompte du travail effectif

Dans le cas général, le décompte en demi-périodes se fait en fonction de la présence effective des praticiens dans une activité relevant de l'obligation de service, indépendamment de la durée réelle du travail.

Attention au vocabulaire : le terme de "plage" est utilisé par certains établissements, mais comme synonyme de demi-période dans certains cas, et de journée dans d'autres cas, ce qui risque d'être source de confusion.

Dans le cas des activités continues, le décompte en heures est réalisé soit par une saisie directe des temps travaillés (ou par saisie de codes dont la durée de référence est prédéterminée), lorsqu'il existe un outil informatisé adapté, soit en fonction de la nature des postes existants dans l'organisation du travail, selon une estimation moyenne.

Exemple 1 (CH Meulan Les Mureaux)

Principe de saisie par codes dont la durée de référence est prédéterminée ; l'établissement distingue la valorisation des demi-périodes de jour en activité médicale discontinuée (une demi-période = une demi-journée) et la valorisation des demi-périodes de jour en activité médicale continue (voir tableau ci-dessous).

Codage temps de travail		Temps W
Présence au CHIMM :	PC	5,0h
Présence au CHIMM :	P	4,0h
Présence au CHIMM :	PR	3,0h
W en dehors du CHIMM :	SE	4,0h
Activité d'intérêt général :	A	4,0h
Activité libérale :	AL	4,0h
Enseignement :	E	4,0h
Formation continue :	FC	4,0h

Exemple 2 (CHRU Lille)

Le principe de l'outil Up'Timis est d'utiliser une même unité de mesure dans les deux situations (cas général et activités continues) : "l'équivalent semaine" selon le ratio
1 semaine = 10 plages (demi-journées) ou 48 h (dans les activités continues). Ceci permet notamment de traiter facilement les situations mixtes.

4.4.2 Règles de décompte des absences

Précisions formulées par la DHOS :

Les règles de décompte des absences précisées par la circulaire du 06/05/2003 découlent de deux principes : celui d'une **définition hebdomadaire** de la durée de travail ou des obligations de service des praticiens mesurée en moyenne sur une période de référence de quatre mois, d'une part et celui de la **neutralisation** des périodes de congé pour le calcul de la durée de travail posé par l'article 16 de la directive 93/104/CE du Conseil du 23/11/1993, d'autre part.

Toute absence autorisée (congés annuels ou RTT, autorisations spéciales d'absence ou congés pour raison de santé ou de maternité / paternité / adoption) se substitue donc à une période d'obligation de service pour une durée équivalente (rappelons que toutes les absences, y compris les congés formation¹, s'imputent donc sur les obligations de service des praticiens). Une demi-journée d'absence doit être prise en compte comme une demi-journée d'obligation de service réalisée dans le décompte de la durée de travail accomplie par le praticien.

Il en résulte qu'au cours d'un quadrimestre donné un praticien peut avoir accompli du temps de travail additionnel, même s'il a pris des congés ou s'il a été absent pour raison de santé sur cette période, dès lors que sont comptabilisées, pour ce praticien à temps plein, en moyenne plus de dix demi-journées d'obligations de service par semaine (voir les exemples de décompte en annexe).

Pour le calcul du temps de travail effectif, il est indispensable de définir une règle de décompte des absences (congés, RTT, maladie, ...). Afin que celles-ci soient neutres (c'est-à-dire que les obligations de service restent proportionnelles au temps de présence), celles-ci sont comptabilisées ainsi :

- dans le cas général, une journée d'absence est décomptée 2 demi-journées,
- pour les activités continues, une journée d'absence est décomptée 9,6 heures.

Exemple (CHI Meulan Les Mureaux)

Les informations d'absences recensées dans le tableau de service (PLANIMED) peuvent ne pas être reprises dans la fiche de décompte individuelle (FICHMED) qui procède aux différents calculs à partir du seul temps travaillé.

Seuls les congés relatifs à une absence pour motif médical (maladie, maternité, ...) sont saisis obligatoirement dans FICHMED et permettront la neutralisation des absences.

¹ Les congés de formation restent décomptés en jours ouvrables.

4.5 Définition des processus organisationnels d'utilisation de l'outil

Plusieurs scénarios peuvent s'envisager pour les processus de saisie et de validation des informations. En effet, ces processus articulent trois niveaux :

- le niveau individuel du praticien, qui peut être sollicité pour la production des informations de base selon des modalités variées,
- le niveau collectif du service, où il convient de préciser le rôle du chef de service et du bureau ou conseil de service,
- le niveau de l'établissement, en particulier autour de l'interface entre le service et le bureau des affaires médicales.

4.5.1 Processus de saisie

Nous avons pu observer deux options :

- un accès individuel direct des praticiens, grâce à un outil en réseau,
- le rassemblement des informations individuelles via le secrétariat du chef de service, qui formalise les informations avant transmission au bureau des affaires médicales.

Exemple 1 (CHRU Lille)

Le médecin utilise lui-même l'outil par Internet. Chaque mois, il renseigne le tableau prévisionnel du mois et le tableau réalisé du mois précédent (voir écran de saisie ci-dessous).

Il peut obtenir à tout moment un récapitulatif de ses indemnités de sujétion et reçoit un récapitulatif quadrimestriel.

The screenshot shows the 'UpTimis' web application interface. The user is logged in as 'Pierre MEDECIN' and is viewing the 'Prévision' (forecast) for the week of 30/12 to 05/01/2003. The interface includes a navigation menu, a header with the user's name and the week, and a main content area with a weekly grid. The grid has columns for days (Lundi to Dimanche) and rows for time slots (Matin, Après-Midi, Nuit I, Nuit II). Each cell in the grid contains a dropdown menu with options like 'Actifs', 'Radio G', 'Autres R', and '<Non dét'. Below the grid, there are fields for 'Aide à la saisie' (with a dropdown for 'Autres Repos' and '<Non dét'), 'Période' (set to 'Toute la semaine'), and 'Commentaire'. There are also buttons for 'Affecter', 'Valider', 'Retour', and 'Imprimer'. A note at the bottom states: 'A la fin, appuyer sur le bouton = VALIDER = . Sinon, le système n'enregistrera pas votre travail.'

Exemple 2 (CH Meulan les Mureaux)

Chaque chef de service, en concertation avec son équipe, renseigne l'outil (sur Excel) par période de 4 semaines, en prévisionnel et en réalisé.²

Les PH reçoivent un récapitulatif individuel toutes les 8 semaines (transmis sur réseau intranet de l'établissement) et un envoi spécifique à chaque fin de quadrimestre.

Il faut bien peser les avantages et inconvénients de chaque option :

- ✓ la saisie directe par les PH est plus « responsabilisante » mais offre plus de risques sur la fiabilité (délais de remplissage, réticences individuelles, ...) et sur l'inflation de temps additionnel (en cas d'absence de validation),
- ✓ la saisie via le chef de service renforce son rôle managérial sur l'organisation et la régulation de l'activité, mais peut être mal vécue par certains praticiens.

Le choix est lié à divers paramètres : nature des relations entre le chef de service et les PH, culture participative, existence d'un processus de concertation en amont de la mise en œuvre de la RTT, ...

4.5.2 Processus de validation

La question du contrôle et de la validation se pose à la fois au niveau du prévisionnel (respect du repos de sécurité, niveau des présences par rapport au besoin) et au niveau du réalisé (fiabilité des données pour les calculs de rémunération effectués par l'administration).

Les modalités de validation vont dépendre de l'option choisie pour la saisie et des pratiques de concertation au sein du service.

Exemple 1 (CHU Lille) :

Les médecins remplissent eux-mêmes l'outil (UP'TIMIS) par Internet. Le tableau mensuel nominatif réalisé fait l'objet d'une validation par l'ensemble de l'équipe médicale au sein de chaque unité de soins.

La Direction des Affaires Médicales incite à ce que chaque équipe médicale de service soit élargie au médecin responsable du tableau de garde et le cas échéant aux médecins élus à la COPS ou à la CME, afin que la plus grande collégialité préside à la validation des activités du tableau de service.

Exemple 2 (CH Meulan Les Mureaux)

Le chef de service, en concertation avec son équipe, renseigne l'outil (PLANIMED) valide le tableau et le transmet au bureau des affaires médicales (cf. processus au § 4.5.3).

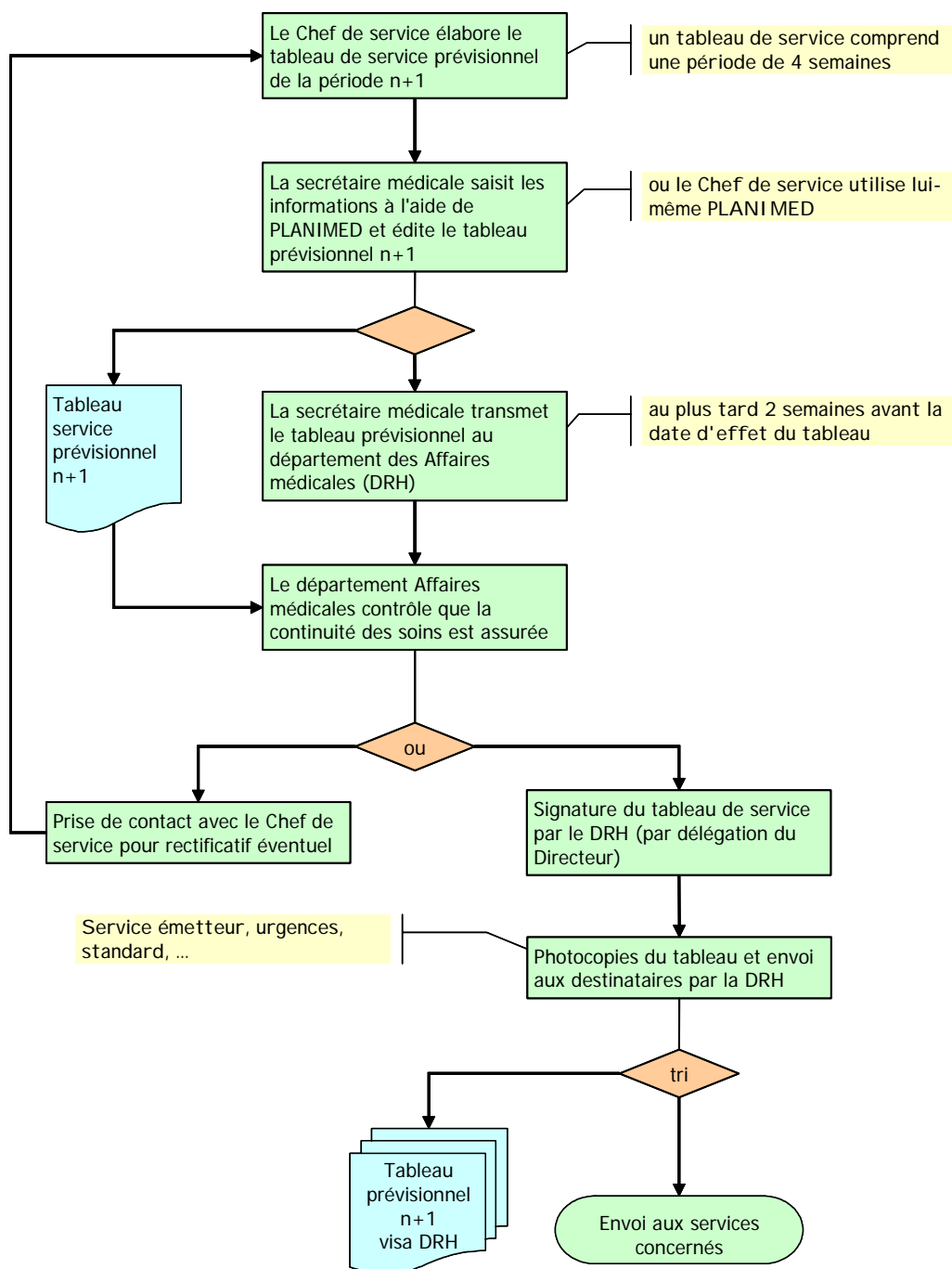
² dans cet établissement, les tableaux de service comportent toujours 4 semaines, le parti ayant été pris de "découper" l'année en 52 semaines (ou 53) afin d'avoir une continuité dans le suivi du temps de travail. Ainsi, pour l'année 2004, le suivi se fera du 29/12/2003 au 02/01/2005 soit 53 semaines gérées.

Exemple 3 (CHU Saint Etienne)

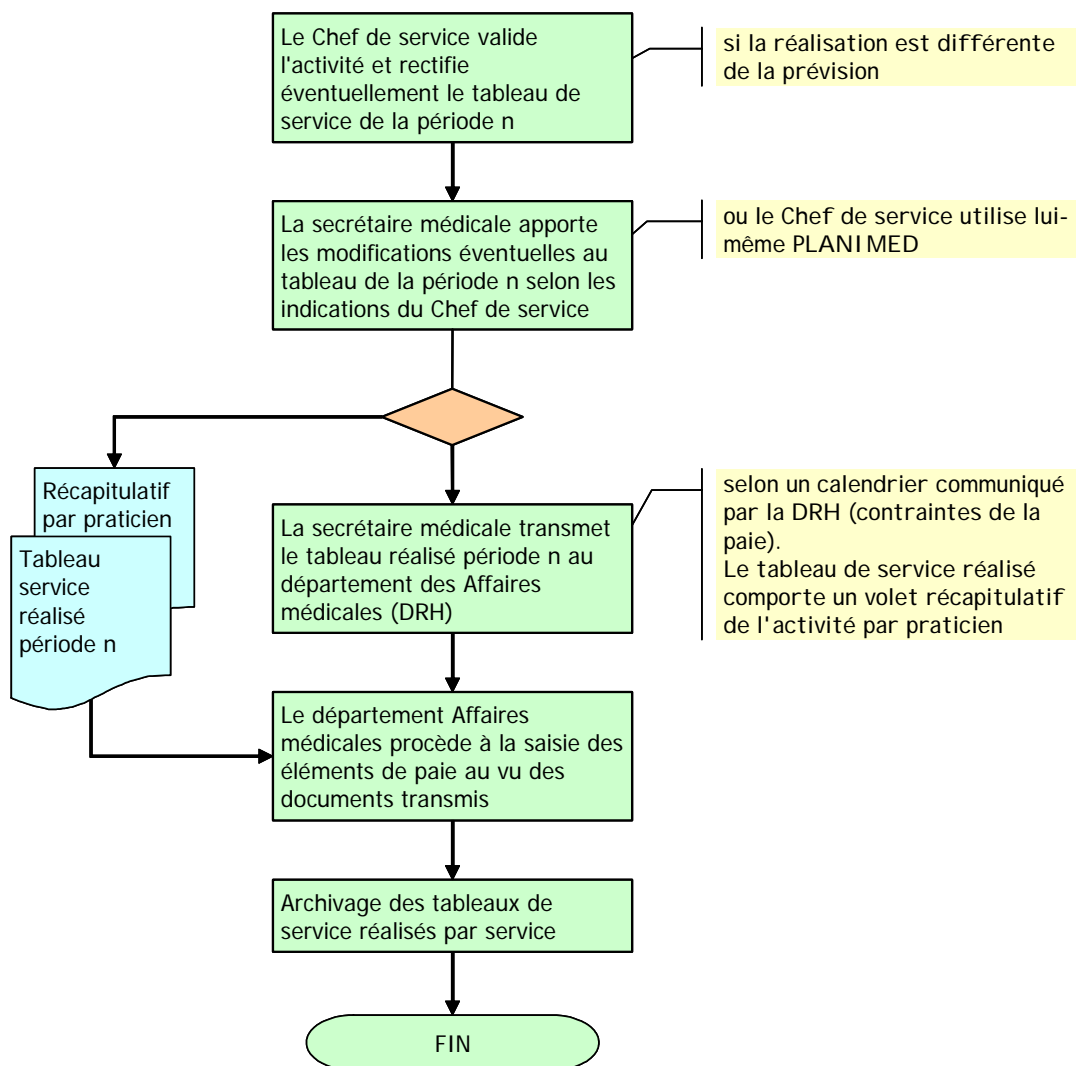
Les praticiens déclarent individuellement sur support papier leur occupation quotidienne, selon un système de codes d'activités. Ces données sont centralisées par le bureau des affaires médicales.

4.5.3 Exemples de processus

Traitement et circuit du tableau de service prévisionnel au CHI Meulan-Les Mureaux



Traitement et circuit du tableau de service réalisé au CHI Meulan-Les Mureaux



5.L'informatisation du décompte du temps de travail médical

Cette informatisation exige, au préalable, de définir les règles relatives à :

- l'organisation de la permanence des soins,
- les modalités de calcul et de rémunération du temps additionnel.

5.1 Organisation de la permanence des soins

Précisions formulées par la DHOS :

Les établissements publics de santé et les EHPAD publics ne disposent d'aucune autonomie pour interpréter la réglementation relative à la permanence des soins établie par les décrets statutaires (modifiés en date du 6/12/2002), l'arrêté du 30/04/2003 modifié relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique et précisée par la circulaire DHOS/M/M2/2003 n°219 du 06/05/2003.

*Les établissements ne disposent d'une faculté d'appréciation que pour fixer la part d'intégration des permanences (périodes de travail réalisées la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou jour férié) dans les obligations de service hebdomadaires des praticiens conformément aux dispositions de l'arrêté du 30/04/2003 qui prévoient que l'organisation annuelle des activités et du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique tient compte de la nature, de l'intensité des activités et **du budget alloué à l'établissement** (art. 5 de l'arrêté du 30/04/2003) et qui confèrent à la Commission relative à l'organisation de la permanence des soins la mission de définir annuellement, avec le directeur de l'établissement, l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité **dans la limite des budgets alloués à ce titre** (art. 8 de l'arrêté du 30/04/2003).*

5.1.1 Principes d'organisation

La permanence sur place ou en astreinte à domicile a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la continuité des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes en dehors du service quotidien, pendant chaque nuit, samedi après-midi, dimanche ou jour férié.

5.1.2 Obligations du praticien

Les obligations individuelles de participation à la permanence des soins sont définies dans le cadre du tableau général de service (voir chapitre 2) - dans le respect du repos quotidien - et déclinées dans le cadre des tableaux de service mensuels.

Exemple (CH Chalon sur Saône)

Conformément aux orientations définies régionalement, l'obligation maximale de permanence sur place applicable à l'ensemble des praticiens est fixée à un dimanche (ou jour férié) par mois et une nuit par semaine. En parallèle, le principe d'un samedi après-midi par mois au maximum est également retenu.

5.1.3 Définition et qualification de l'astreinte

L'astreinte à domicile est une période pendant laquelle le praticien doit rester joignable à tout moment pour pouvoir répondre en cas d'appel dans les plus brefs délais. L'astreinte peut prendre la forme :

- d'une astreinte opérationnelle dans les activités qui peuvent donner lieu régulièrement à des appels,
- d'une astreinte de sécurité dans les activités qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents.

Les textes ne fixent pas de référence précise à la notion de régularité ou de rareté des appels. Il appartient aux services d'analyser les données disponibles pour proposer le type d'astreinte adapté, dans le cadre du tableau général de service.

Le type d'astreinte pratiqué peut être révisé annuellement le cas échéant.

La notion d'astreinte à domicile est à interpréter de façon souple : le point essentiel est que le praticien puisse intervenir immédiatement sur appel.

Exemple (Règles régionales proposées par la FHF Nord Pas-de-Calais)

La FHF a rappelé les dispositions contenues dans l'arrêté du 30.4.03 et dans le statut du praticien hospitalier :

"L'astreinte s'effectue soit à domicile, soit dans tout autre lieu au choix du praticien, à condition qu'il soit joignable en permanence et qu'il puisse intervenir dans les plus brefs délais. Le praticien doit établir sa résidence effective à proximité du lieu d'exercice de ses fonctions dans des conditions compatibles avec les responsabilités qu'il exerce dans le service public hospitalier, appréciées dans chaque cas par le préfet du département".

5.1.4 Modalités de rémunération et de récupération des astreintes

Précisions formulées par la DHOS :

Lorsque la permanence des soins s'organise sous la forme d'une astreinte à domicile, elle est assurée par les praticiens après leur service quotidien et donc au-delà de leurs obligations de service hebdomadaires.

*Conformément à la définition du temps de travail issue de la législation européenne (directive du Conseil 93/104/CE du 23/11/1993 telle qu'interprétée par la jurisprudence de la CJCE), les décrets statutaires ont prévu que seul le **temps de soins** accompli au cours de l'astreinte et dans l'enceinte de l'établissement de santé constituait du temps de travail effectif, compensé selon des modalités forfaitaires fixées par l'arrêté du 30/04/2003 modifié.*

Il découle de ces éléments, d'une part, que le temps de soins accompli dans le cadre des astreintes ne s'impute pas sur la durée des obligations de service hebdomadaires, d'autre part, que le temps de trajet du praticien entre son domicile et son lieu d'exercice, en cours d'astreinte, n'est pas pris en compte pour déterminer la durée du temps de soins.

Lorsque la durée du temps de soins accompli en cours d'astreinte est supérieure ou égale à 3 heures, l'indemnisation de l'astreinte s'effectue sur la base des tarifs prévus pour l'indemnisation du temps de travail additionnel³.

L'indemnisation des astreintes et des déplacements réalisés au cours de celles-ci est effectuée mensuellement.

Néanmoins, la durée de ce temps de soins n'est pas prise en compte dans le calcul du temps de travail additionnel réalisé à la fin de chaque quadrimestre.

L'astreinte et le temps de soins qu'elle a généré peuvent, à défaut d'être indemnisés, faire l'objet d'une récupération forfaitaire, elle aussi, laquelle peut être portée par le praticien sur son compte épargne-temps.

Certains établissements ont négocié avec les médecins des systèmes d'indemnisation comprenant une dimension forfaitaire, ce qui permet de maîtriser le coût budgétaire tout en prenant en compte la fréquence et la pénibilité des astreintes, à partir d'une analyse précise de la charge de travail correspondante (fréquence des déplacements, spécificités de l'activité d'astreinte).

Exemple 1 (CH Nîmes)

Cet établissement s'est préoccupé de juguler la croissance du budget des astreintes en 1995. Après analyse et discussion avec chaque service, 8 catégories tarifaires (« groupes homogènes de rémunération ») ont été définies, avec des tarifs variant dans un rapport de 1 à 8 entre l'astreinte de médecine ou psychiatrie (22,87 €) et l'astreinte d'échographie, la plus élevée (137,20 €).

Parallèlement, les astreintes du samedi après-midi sont maintenant systématiquement récupérées. Les économies réalisées ont été redéployées d'une part dans la transformation jugée nécessaire d'astreintes en permanence sur place, et d'autre part dans la récupération d'astreintes en temps (une journée pour 4 astreintes opérationnelles).

Globalement, le processus a conduit à un renforcement des permanences et astreintes au regard du développement de l'activité, à budget constant.

³ Indemnisation des astreintes ayant donné lieu à déplacement :

- durée du(es) déplacement(s) ou temps de soins > ou = 3 heures : astreinte indemnisée comme une demi-période de temps de travail additionnel (se substitue à l'indemnité forfaitaire de base de l'astreinte et à l'indemnité forfaitaire due pour chaque déplacement).
- durée du (des) déplacement(s) ou temps de soins < 3 heures : astreinte indemnisée par une indemnité forfaitaire de base et autant d'indemnités forfaitaires de déplacements que de déplacements dans la limite d'un montant total d'indemnisation de l'astreinte fixé à une période de temps de travail additionnel.

Exemple 2 (CHU Nancy)

Avec des objectifs analogues de maîtrise budgétaire, le CHU a initié en 1996 une réflexion sur l'encadrement du système des astreintes. Ce projet a abouti à définir 3 seuils :

- ✓ *seuil de niveau 1 : 1 forfait d'astreinte opérationnelle + 1 déplacement*
- ✓ *seuil de niveau 2 : 1 forfait d'astreinte opérationnelle + 2 déplacements*
- ✓ *seuil de niveau 3 : 1 forfait d'astreinte opérationnelle + 3 déplacements*

Ces seuils correspondent à une estimation moyenne, à priori, de la fréquence de déplacement. L'astreinte de chaque service est positionnée dans l'une de ces trois classes.

L'activité réelle de chaque praticien est comparée au seuil : si elle est inférieure elle est rémunérée en proportion, si elle est supérieure, la rémunération est plafonnée au seuil.

5.2 Modalités de calcul et de rémunération du temps additionnel

Précisions formulées par la DHOS et relatives à l'obligation de service :

*Les statuts des personnels médicaux, pharmaceutiques et des odontologistes hospitaliers, fixés par décrets modifiés en date du 6/12/2002, ne prévoient qu'une **obligation de service hebdomadaire** dont la durée est fixée pour un temps plein soit à dix demi-journées, soit dans le cadre dérogatoire d'un décompte horaire du temps de travail des praticiens dans les structures en temps médical continu à une durée plafonnée à 48 heures. La mesure de la durée de travail accomplie par un praticien s'effectue sur une période de référence de quatre mois : c'est au terme d'un quadrimestre qu'il peut être constaté qu'un praticien a rempli son obligation de service hebdomadaire et, le cas échéant, qu'il a réalisé du temps de travail additionnel.*

La mention d'un nombre annuel théorique de jours travaillés de 207 jours pour un temps plein ne figure pas dans la réglementation applicable aux personnels médicaux, pharmaceutiques et aux odontologistes hospitaliers ; elle n'a aucune valeur juridique. Elle n'a été mentionnée dans le protocole d'ARTT du 22 octobre 2001 puis dans la circulaire du 06/05/2003 précitée que pour matérialiser la réduction de la durée forfaitaire du temps de travail obtenue par les praticiens avec l'attribution de 20 jours de congé supplémentaires par an au titre de la RTT.

Précisions formulées par la DHOS et relatives à la revalorisation de l'indemnité de temps additionnel :

La revalorisation de l'indemnité pour temps de travail additionnel correspondant à des périodes de permanence s'effectue de façon échelonnée, en trois étapes, entre le 01/01/2004 et le 01/01/2005. L'indemnisation des périodes de temps de travail additionnel réalisées au cours d'un quadrimestre et constatées à l'issue de ce quadrimestre s'effectue sur la base du tarif d'indemnisation en vigueur à la date du décompte du temps de travail additionnel effectué.

Précisions formulées par la DHOS et relatives aux jours RTT :

En application du décret n°2002-1244 du 7/10/2002 modifié, les personnels médicaux, pharmaceutiques et les odontologistes hospitaliers bénéficient d'une réduction annuelle de leur temps de travail, de 20 jours pour un temps plein, cette durée étant réduite prorata temporis en cas d'exercice des fonctions à temps partiel. Les périodes correspondant aux congés bonifiés, aux missions temporaires non rémunérées, aux congés de longue maladie ou de longue durée, au congé parental et au congé de fin d'exercice ne sont pas prises en compte pour la détermination des droits à réduction du temps de travail des praticiens.

A l'inverse, les périodes de congé de maladie ordinaire ou de congé de maternité sont décomptées comme périodes d'activité ouvrant droit au bénéfice de congés RTT.

*Les droits à congé de RTT s'apprécient en fonction de la durée d'activité accomplie par le praticien, à l'issue de chaque **trimestre** de l'année civile, conformément aux dispositions de l'arrêté du 17/10/2002 modifié fixant les modalités d'application de la réduction du temps de travail des personnels médicaux, pharmaceutiques et les odontologistes hospitaliers.*

L'indemnisation financière des jours de RTT qui n'ont pas pu être pris et n'ont pas été versés sur un compte épargne-temps par le praticien a été autorisée à titre exceptionnel en 2002 et 2003 pour une partie des jours de RTT acquis au cours de ces deux années.

La possibilité d'obtenir une telle indemnisation était subordonnée, par la réglementation, à l'impossibilité pour le praticien de prendre les jours de RTT auxquels il avait droit en raison des nécessités du fonctionnement du service.

Dès lors qu'un praticien a été en mesure de solder, au cours d'une année, tout ou partie des jours de congé épargnés sur son CET, il est réputé avoir pu bénéficier de ses congés de RTT acquis au titre de cette même année et ne peut donc pas prétendre à l'indemnisation financière de ces derniers.

5.2.1 Modalités de calcul du temps additionnel

Les dates précises des quadrimestres sont définies chaque année en fonction du calendrier. On a donc a priori dans l'année deux quadrimestres de 17 semaines et un quadrimestre de 18 semaines. Il faut en tenir compte pour les calculs d'obligation de service.

Exemple (CH Chalon sur Saône)

Le premier quadrimestre 2003 courait du 6 janvier au 5 mai, soit 17 semaines. Les obligations de service en demi-journées (avant congés et RTT) étaient donc fixées à 170 moins 4 demi-journées correspondant aux deux jours fériés (lundi de Pâques et 1er mai), soit 166 demi-journées.

Le même calcul en heures pour les services continus donne : $(17 \times 48 \text{ h}) - (2 \times 9,6 \text{ h}) = 816 \text{ h} - 19,2 \text{ h} = 796,8 \text{ h}$.

Un problème se pose : comment tenir compte du fait que dans la réalité les congés annuels, les RTT et jours fériés ne sont pas répartis de façon égale entre les quadrimestres ? Deux approches différentes ont été constatées :

Première approche :

définir l'obligation de service quadrimestrielle en tenant compte de la réalité des absences.

L'obligation de service est alors proportionnelle au nombre moyen de semaines travaillées par le praticien.

Exemple 1 (CHRU Lille)

Rappel : le principe de l'outil Up'Timis est d'utiliser une même unité de mesure dans les deux situations (cas général et activités continues) : "l'équivalent semaine" selon le ratio 1 semaine = 10 plages (demi-journées) ou 48 h (dans les activités continues).

Prenons le cas d'un PH travaillant chaque semaine 4 plages de jour dans un service et 36 heures (3 postes de 12 heures) en activité continue. Sa durée du travail effective peut être estimée pour une semaine type à :

$$4/10 + 36/48 = 0,4 + 0,75 = 1,15 \text{ équivalent semaine (e.s.)}$$

Sur un quadrimestre de 17 semaines comprenant 2 jours fériés, et en supposant que ce PH a pris deux semaines de congés, 2 jours de RTT, et travaillé l'un des deux jours fériés, le temps additionnel peut être calculé ainsi :

Obligation de service :

Temps travaillé effectif (en supposant que le jour férié et les RTT ont été pris sur l'activité décomptée en journées) :

Nombre de plages : 15 (17 – 2 semaines de CP) x 4 plages	= 60 plages
- 2 jours RTT :	-4 plages
- 1 jours férié :	-2 plages
	soit 54 plages = 5,4 e.s.

Nombre d'heures : 15 semaines (17 – 2 semaines de CP) x 36 h	= 540 h
	soit 540 / 48 = 11,25 e.s.

Le total travaillé est donc égal à :	5,4 + 11,25 = 16,65 e.s.
--------------------------------------	--------------------------

Obligation de service de base : 17 semaines x 10 plages = 170 plages

Obligation après déduction :

des 2 jours fériés, (soit 4 plages) :	166 plages =	16,6 e.s.
des 2 semaines de congés :		- 2,0 e.s.
des 2 jours de RTT :		- 0,4 e.s.

soit 14,2 équivalent semaine

Seconde approche :

définir l'obligation de service quadrimestrielle comme le tiers de la référence annuelle. Dans ce cas, l'obligation de service est alors une convention de calcul qui inclut une hypothèse d'une prise totale des congés annuels, RTT et jours fériés dont la répartition est théoriquement équilibrée sur les 3 quadrimestres.

Exemple 2 (CH Meulan les Mureaux)

L'outil FICHMED comporte deux versions, (1 en demi-journées, 1 en heures) :

- ✓ Version en demi-journées : le seuil de l'obligation de service est fixé à 138 ½ journées par quadrimestre (414 /3).
- ✓ Version en heures : l'obligation de service annuelle est réputée réalisée si le temps de travail annuel est compris entre 1656 heures (414 x 4 h) et 1987,2 heures (414 x 4,8 h).

Le temps additionnel est apprécié à partir du seuil de 662,4 heures (1987,2 / 3)

Par ailleurs, le temps de travail réalisé et compris entre 1656 et 1987,2h donne droit à des jours RTT en sus du temps additionnel.

La différence principale entre ces deux approches réside dans le traitement des congés et RTT non pris :

- ✓ dans la première, ils n'apparaissent pas dans le calcul (qui comme on l'a dit ne tient compte que du travail supplémentaire pendant les périodes de présence). Il faut donc en fin d'année faire le bilan de l'utilisation des congés annuels et RTT pour décider de l'imputation des jours non pris,
- ✓ dans la seconde, ces jours sont inclus dans le calcul du temps additionnel : si le praticien ne prend pas ses congés annuels et/ou ses RTT, il acquiert du temps additionnel. Cette seconde approche met l'accent sur la nécessité d'élaborer le tableau de service général (voir chapitre 2) et illustre le fait que l'outil se focalise davantage sur le temps travaillé.

5.2.2 Modalités de rémunération du temps additionnel

Il ne peut y avoir de cumul entre la rémunération du temps additionnel (effectué en sus des obligations de service) et les indemnités de sujétion perçues pour le travail de nuit, samedis après-midi, dimanches et jours fériés. Pour y parvenir, il est indispensable de pouvoir décompter le temps de travail effectué de jour et celui réalisé de nuit.

Exemple 1 (CH Chalon sur Saône)

Cet établissement a pris le parti de distinguer, dans l'obligation de service quadrimestrielle, ce qui relève de l'activité de jour et de l'activité de permanence. Ainsi, dans le premier quadrimestre 2003 (17 semaines), les 83 périodes d'obligation de service (évoqués ci-dessus au §4.3.1 page 16) se décomposent en :

- ✓ 23 périodes dans le cadre des obligations de permanence (17 nuits + 4 dimanches + 4 samedis après-midi),

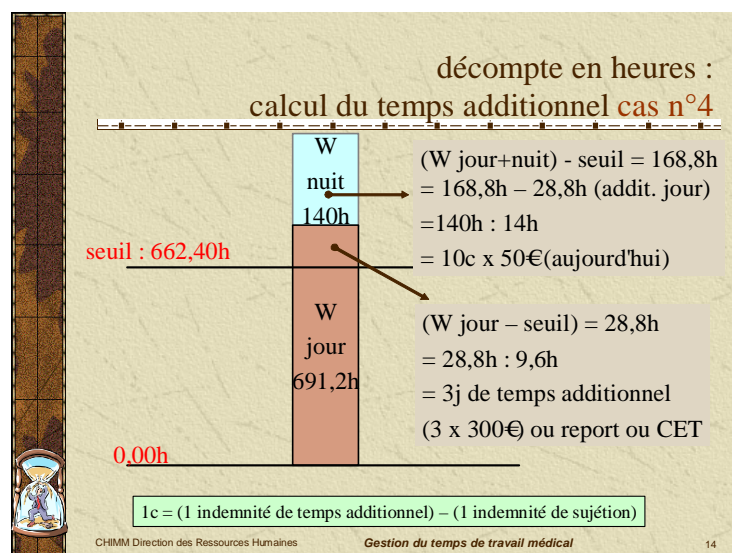
- ✓ 60 périodes dans le cadre des obligations de jour.
L'identification précise de la nature des plages additionnelles ainsi calculées permet d'appliquer les taux fixés par arrêté :
- ✓ les 137,6 heures se répartissent en 37,6 heures de jour en semaine et 100 heures de nuit et week-end.

Ces volumes horaires sont convertis en périodes (jours) :

- ✓ $100 / 9,6 = 10,42$ jours ont déjà donné lieu à indemnité de sujétion. Le complément de rémunération sera la différence entre l'indemnité de temps additionnel (par exemple 350 € pour la nuit en 2004) et l'indemnité de sujétion déjà versée (251,25 € pour la nuit en 2004).
- ✓ $37,6 / 9,6 = 3,92$ jours donnent lieu au versement de la totalité de l'indemnité de temps additionnel de jour en semaine (400 € au 1er juillet 2004).

Exemple 2 (CH Meulan Les Mureaux)

Dans cet exemple de décompte horaire, le principe est de décompter en premier les temps de travail de jour - exemple ci-dessous (les tarifs sont ceux de 2003) -



Le décalage entre le versement mensuel des indemnités de sujétion et le calcul quadrimestriel du temps additionnel peut poser problème dans la mesure où les permanences réalisées n'acquièrent éventuellement le statut additionnel qu'en fin de période, alors que les indemnités de sujétion ont déjà été versées. Dans la pratique, comme on l'a vu dans l'exemple 2, c'est le différentiel entre les deux indemnités qui pourra être versé en fin de quadrimestre lorsque les temps additionnels auront été identifiés.

5.2.3 Cas particulier : récupération des temps additionnels de nuit

Précisions formulées par la DHOS :

Lorsqu'à l'issue d'un quadrimestre, un praticien fait le choix de récupérer le temps de travail additionnel qu'il a effectué plutôt que d'en demander l'indemnisation financière, l'établissement doit procéder **à la reprise des indemnités de sujétion déjà versées**, par avance⁴, chaque mois du quadrimestre pour les périodes de permanence concernées.

En effet, l'arrêté du 30/04/2003 précité a posé le principe qu'une même période de travail correspondant à la permanence des soins ne pouvait pas être indemnisée au titre de la sujétion et au titre du temps de travail additionnel cumulativement (art.13). L'arrêté du 18/11/2003 est venu compléter l'arrêté du 30/04/2003 pour confirmer que cette règle de non cumul s'appliquait également dans le cas où le praticien choisissait de récupérer les périodes de temps de travail additionnel qu'il a réalisées. Il convient de rappeler que toute période de travail récupérée ne peut pas être indemnisée. La « reprise » du montant correspondant aux indemnités de sujétion non dues, dans ce cas, peut s'effectuer sous forme de régularisation sur le montant des indemnités de permanence de la période suivante.

Il convient de préciser comment traiter la possibilité de récupération pour les temps additionnels de nuit et week-end qui ont déjà fait l'objet du versement d'indemnités de sujétion : soit on exclut la récupération dans ce cas-là, soit il faut définir une méthode de calcul.

Exemple 1 (CH Lens)

Le temps additionnel réalisé dans le cadre de la permanence sur place peut être récupéré pour une durée équivalente à la rémunération complémentaire qui aurait été perçue en cas de paiement du temps additionnel.

Par exemple, si un PH a effectué 9 permanences qui lui ont donné droit à 9 indemnités de sujétion et 9 compléments (soit environ 900 € au 1er/01/04) de temps additionnel, il pourra récupérer environ 2,5 jours (900 / 350), et non 9.

La part déjà payée (indemnité de sujétion) n'est pas récupérée.

Le complément est SOIT payé SOIT récupéré.

Calcul au 1er/01/05 : Indemnité de temps additionnel : 450 €, complément 200€
9 permanences donnent droit à 1 800 € de complément ou $1\ 800 / 450 = 4$ jours de récupération.

⁴ Les indemnités de sujétion sont versées au terme de chaque mois pour chaque période de permanence accomplie, avant que le décompte des périodes de travail au terme du quadrimestre ne place certaines des périodes de permanence en dehors des obligations de service du praticien.

Exemple 2 (CHI Meulan Les Mureaux)

Dans cet établissement, la règle suivante a été adoptée :

si un praticien ne souhaite pas se faire payer du temps additionnel de nuit (pour le récupérer en report ou le verser en CET), on devrait normalement lui retenir ce qui lui a été rétribué au titre des indemnités de sujétion. Pour éviter cet inconvénient, on conviendra de multiplier le nombre de compléments acquis par la valeur du complément exprimée en % (par rapport à la valeur de l'indemnité de sujétion).

Exemple : 12c acquis ; indemnité temps additionnel : 300€ ; indemnité de sujétion : 250€, valeur complément : 50€ soit 20% de l'indemnité de sujétion.

✓ *services à organisation médicale discontinuée : 1 indemnité de sujétion = 2dj ;
(12c x 2dj) x 20% = 4,8dj arrondi à 5dj pouvant être reportées ou versées sur CET.*

✓ *services à organisation médicale continue : 1 indemnité de sujétion = 1j (nuit)
(12c x 20%) = 2,5j pouvant être reportés ou versés sur CET.*

* * * * *

Annexe 1
Exemple d'implantation d'outils informatisés

A partir des cas observés, on constate que l'informatisation de la gestion du temps médical permet de répondre à quatre grands objectifs :

- permettre au personnel médical et à l'administration de suivre le temps travaillé de chaque praticien à partir de règles définies en commun et issues de la réglementation (droits à congés, à indemnités de sujétion, indemnités de temps additionnel,...),
- permettre aux gestionnaires des affaires médicales un calcul simplifié des éléments variables de paie,
- doter l'établissement d'un outil de projection budgétaire (projection des coûts liés à la rémunération de la permanence des soins),
- être un outil d'appui à l'analyse des organisations médicales de service (et de l'élaboration du tableau général annuel - sujet développé dans le chapitre 2 -).

L'objectif est ici de présenter un exemple très concret d'une informatisation de la gestion du temps médical à travers l'expérience du CHI de Meulan-Les Mureaux.

Il est important de préciser que les outils décrits ci-après sont configurés pour répondre aux règles de décompte et d'organisation du temps médical retenues par cet établissement, celles-ci ne devant évidemment pas s'imposer aux établissements désireux de s'informatiser.

Soulignons enfin que l'étape essentielle et préalable à toute automatisation du décompte du temps médical, reste la définition des règles par les établissements en concertation avec leur corps médical.


* * * * *

1./ L'outil "PLANIMED" : description et utilisation

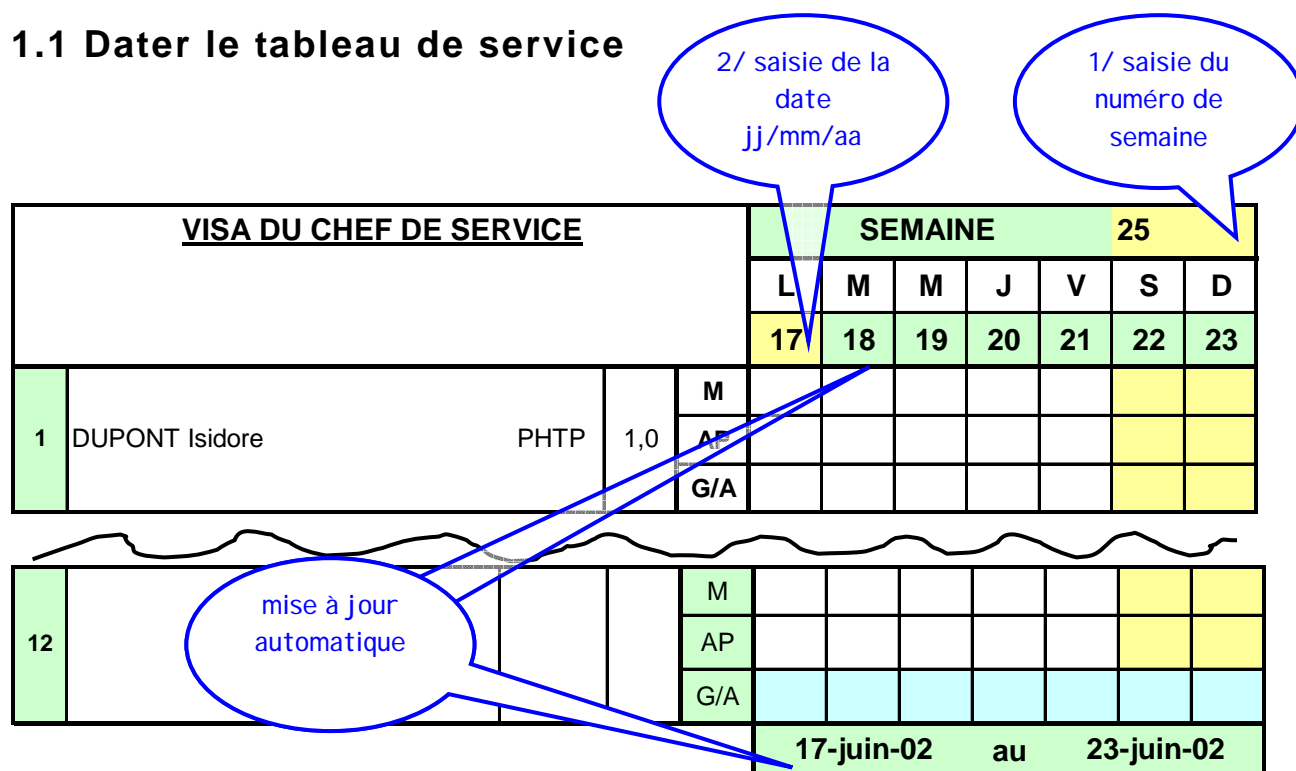
L'outil "PLANIMED" est le tableau de service du personnel médical développé sous EXCEL. Il est composé de deux onglets :

- un premier onglet "planning" permettant d'élaborer le tableau de service pour une période de 4 semaines⁵ ; les parties vertes du planning sont inaccessibles à l'utilisateur.
- un second onglet "calcul temps" qui permet de calculer les temps hebdomadaires de travail par praticien ; les cellules de cette feuille de calcul sont toutes inaccessibles à l'utilisateur.

 les lignes comportant ce symbole donnent les consignes de saisie

 les lignes comportant ce symbole expliquent les calculs effectués par PLANIMED.



1.1 Dater le tableau de service




The diagram illustrates the 'VISA DU CHEF DE SERVICE' table. It shows a grid where the first row is for the week number (SEMAINE 25) and the days of the week (L, M, M, J, V, S, D). The dates 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 are entered in the first row. Below this, a row for a practitioner (DUPONT Isidore) is shown with columns for M, AP, and G/A. A callout '2/ saisie de la date jj/mm/aa' points to the date 17 in the first row. Another callout '1/ saisie du numéro de semaine' points to the number 25 in the first row. A third callout 'mise à jour automatique' points to the date range 17-juin-02 au 23-juin-02 at the bottom of the grid.

<u>VISA DU CHEF DE SERVICE</u>					SEMAINE 25						
					L	M	M	J	V	S	D
					17	18	19	20	21	22	23
1	DUPONT Isidore	PHTP	1,0	M							
				AP							
				G/A							
12				M							
				AP							
				G/A							
					17-juin-02 au 23-juin-02						

Pour dater l'ensemble du tableau de service, seules deux informations sont à saisir :

-  saisir le numéro de la première des 4 semaines de la période considérée (dans l'exemple 25),
-  saisir la date du 1^{er} jour de la première semaine (dans l'exemple 17/06/02).

 l'ensemble des zones comportant des dates sont mises à jour automatiquement (à l'exception des dates relatives aux jours fériés).

⁵ on numérottera les semaines de 1 à 52 ou 53 selon les années (numérotation calendaire)

1.2 Remplir l'en-tête du tableau de service

TABLEAU DE SERVICE du : **17-juin-02** au : **14-juil-02** SERVICE : **SERVICE X**

Prévisionnel Réalisé

Férié(s) dans la période : **14-juil-02**

VISA DU CHEF DE SERVICE

SEMAINE 25							SEMAINE 26							SEMAINE 27		
L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	01	02	03

4/ saisie du type de tableau

3/ saisie du nom du service

5/ si férié(s) saisie date(s)

- ✓ saisir le nom du service. Pour la version en heures, une liste déroulante est à disposition,
- ✓ saisir le type de tableau (prévisionnel ou réalisé) ; une liste déroulante permet à l'utilisateur, selon le cas, d'utiliser blanc ou X,
- ✓ saisir la (les) date(s) du (des) jour(s) férié(s) inclus dans la période considérée ; jusqu'à 4 possibilités sont offertes à l'utilisateur.
- ☒ contrôle date d'un jour férié : cette date doit être comprise entre le 1^{er} et le dernier jour de la période ; dans l'exemple, PLANIMED contrôle que le 14 juillet 2002 est bien compris dans la période allant du 17 juin au 14 juillet 2002 inclus.

1.3 Identifier un praticien

1	DUPONT Isidore	PHTP	1,0
---	----------------	------	-----

6/ saisie du nom et prénom

7/ saisie du statut

8/ saisie temps en ETP

PHTP
 PTP
 PAC
 Ass
 Att
 PE

- ✓ saisir les nom et prénom du praticien,
- ✓ saisir son statut à l'aide de la liste déroulante,

Codage statut	
Praticien Hospitalier Temps Plein :	PHTP
Praticien Hospitalier Temps Partiel :	PTp
Praticien Adjoint Contractuel :	PAC
Assistant :	Ass
Attaché :	Att
Praticien extérieur :	PE

- ✓ saisir le temps en ETP,
- ☒ contrôle de PLANIMED sur temps praticien : doit être compris entre 0,1 et 1.

1.4 Codifier l'activité d'un praticien

+ RAPPEL :

- ✓ travail de "jour" : de 8h30 à 18h30 (matin et après-midi).
- ✓ travail de "nuit" : de 18h30 à 8h30 (garde ou astreinte).

➤ Dans PLANIMED, on distingue pour une période de 24h et par praticien, 3 niveaux de codification de l'activité :

- ✓ le matin,
- ✓ l'après-midi,
- ✓ le temps de garde ou d'astreinte.

➤ Afin d'éviter de saisir des codes inconnus ou erronés, la codification s'effectue à l'aide de listes déroulantes. Ces listes peuvent varier en fonction :

- ✓ soit du niveau de codification de l'activité (matin, après-midi, garde et astreinte).
Exemple : la codification des gardes et astreintes n'est accessible qu'au niveau "G/A",
- ✓ soit du type de jour (lundi à vendredi, samedi, dimanche). Ainsi, les codes spécifiques au samedi ne sont accessibles que sur ce type de jour.

➤ A chaque code de temps de travail ou de garde correspond une valeur de temps de travail effectif décompté soit en demi journées (version DJ), soit en heures (version H).

1.4.1 Codification du temps de travail matin et après-midi

1.4.1.1 PLANIMED version DJ (demi journées)

Codage temps de travail		Temps W
Présence au CHIMM :	P	1 dj
W en dehors du CHIMM :	SE	1 dj
Activité d'intérêt général :	A	1 dj
Activité libérale :	AL	1 dj
Enseignement :	E	1 dj
Formation continue :	FC	1 dj

➤ Liste déroulante identique pour le matin et l'après-midi. A noter que les samedi après-midi, dimanche matin et dimanche après-midi, seul le code de présence "FC" est accessible (cas du congrès un week-end).

<u>VISA DU CHEF DE SERVICE</u>					SEMAINE 25						
					L	M	M	J	V	S	D
					17	18	19	20	21	22	23
1	DUPONT	PHTP	1,0	M							
				AP							
				G/A							

M = matin
AP = après-midi
G/A = gardes et astreintes

P
SE
A
AL
E
FC

1.4.1.2 PLANIMED version H (heures)

Codage temps de travail	Temps W
Présence au CHIMM : PC	5,0h
Présence au CHIMM : P	4,0h
Présence au CHIMM : PR	3,0h
W en dehors du CHIMM : SE	4,0h
Activité d'intérêt général : A	4,0h
Activité libérale : AL	4,0h
Enseignement : E	4,0h
Formation continue : FC	4,0h

➤ Liste déroulante identique pour le matin et l'après-midi. A noter que les samedi après-midi, dimanche matin et dimanche après-midi, seul le code de présence "FC" est accessible (cas du congrès un week-end).

VISA DU CHEF DE SERVICE					SEMAINE 25							
					L	M	M	J	V	S	D	
					17	18	19	20	21	22	23	
1	DUPONT	PHTP	1,0	M								
				AP								
				G/A								

M = matin
AP = après-midi
G/A = gardes et
astreintes

PC
P
PR
SE
A
AL
E
FC

1.4.2 Codification du temps de travail gardes et astreintes

1.4.2.1 PLANIMED version DJ (demi journées)

➤ A chaque code de garde ou d'astreinte, correspond d'une part une valeur de décompte de temps de travail effectif, d'autre part un nombre d'indemnités devant être payées au praticien (éléments variables de paie).

Codage gardes et astreintes	Temps W	Éléments paie		
		Gardes	AO	AS
demi garde de 08h30 à 13h00 ou de 18h30 à 01h00 : G1	1 dj	0,5 ind		
garde de 18h30 à 08h30 : G2	2 dj	1,0 ind		
garde de 24h : G3	4 dj	2,0 ind		
demi garde samedi de 08h30 à 13h00 ou de 13h00 à 18h30 : G4	1 dj	0,5 ind		
1 garde samedi de 13h00 à 01h00 : G5	2 dj	1,0 ind		
1,5 garde samedi de 13h00 à 08h30 : G6	3 dj	1,5 ind		
demi garde semaine (18h30 à 01h00) + demi AO (01h00 à 08h30) : G7	1 dj	0,5 ind	0,5 ind	
demi garde dim et férié (08h30 à 13h00) + 1,5 AO (13h00 à 08h30) : G8	1 dj	0,5 ind	1,5 ind	
demi garde dim et férié (08h30 à 13h00) + 1,5 AS (13h00 à 08h30) : G9	1 dj	0,5 ind		1,5 ind
1,5 garde dim et férié de 08h30 à 01h00 : G10	3 dj	1,5 ind		
Astreinte opérationnelle (18h30 à 08h30) : A1	0 dj		1,0 ind	
1,5 astreinte opérationnelle samedi (13h00 à 08h30) : A2	0 dj		1,5 ind	
2 astreintes opérationnelles dim et férié (08h30 à 08h30) : A3	0 dj		2,0 ind	
Astreinte de sécurité (18h30 à 08h30) : S1	0 dj			1,0 ind
1,5 astreinte de sécurité samedi (13h00 à 08h30) : S2	0 dj			1,5 ind
2 astreintes de sécurité dim et férié (08h30 à 08h30) : S3	0 dj			2,0 ind

➤ Concernant les astreintes, le recueil des temps de déplacement sera effectué à l'aide d'un autre support.

➤ Listes déroulantes pour gardes et astreintes : à noter que les listes varient selon le type de jour (semaine, samedi ou dimanche).

VISA DU CHEF DE SERVICE					SEMAINE 25						
					L	M	M	J	V	S	D
					17	18	19	20	21	22	23
1	DUPONT Isidore	PHTP	1,0	M							
				AP							
				G/A							

G1
G2
G3
G7
G8
G9
G10
A1
A3
S1
S3

G1
G2
G3
G4
G5
G6
G8
G9
G10
A2
A3
S2
S3

G3
G8
G9
G10
A3
S3

1.4.2.2 PLANIMED version H (heures)

- A chaque code de garde ou d'astreinte, correspond d'une part une valeur de décompte de temps de travail effectif, d'autre part un nombre d'indemnités devant être payées au praticien (éléments variables de paie).

Codage gardes et astreintes	Temps W	Eléments paie	
		Gardes	AS
demi garde de 18h30 à 01h00 : G1	6,5h	0,5 ind	
garde de 18h30 à 08h30 : G2	14,0h	1,0 ind	
garde de 24h : G3	24,0h	2,0 ind	
demi garde samedi de 13h00 à 18h30 : G4	5,5h	0,5 ind	
1 garde samedi de 13h00 à 01h00 : G5	12,0h	1,0 ind	
1,5 garde samedi de 13h00 à 08h30 : G6	19,5h	1,5 ind	
1,5 garde dim et férié de 08h30 à 01h00 : G10	16,5h	1,5 ind	
demi garde de 08h30 à 13h00 : G11	4,5h	0,5 ind	
Astreinte de sécurité (18h30 à 08h30) : S1	0,0h		1,0 ind
1,5 astreinte de sécurité samedi (13h00 à 08h30) : S2	0,0h		1,5 ind
2 astreintes de sécurité dim et férié (08h30 à 08h30) : S3	0,0h		2,0 ind

- Concernant les astreintes, le recueil des temps de déplacement sera effectué à l'aide d'un autre support.

- Listes déroulantes pour gardes et astreintes : à noter que les listes varient selon le type de jour (semaine, samedi ou dimanche).

VISA DU CHEF DE SERVICE				SEMAINE 25						
				L	M	M	J	V	S	D
				17	18	19	20	21	22	23
1	DUPONT Isidore		M							
		1,0	AP							

G1
G2
G3
G10
G11
S1
S3

G1
G2
G3
G4
G5
G6
G10
S2
S3

G1
G2
G3
G10
G11
S3

1.4.3 Codification des absences

Codage des absences	
Repos hebdomadaire :	RH
Congé RTT :	RT
Congé annuel :	CA
Congé exceptionnel :	CE
Congé férié :	FE
Congé maladie, mater :	CM
Congé sans solde :	NR
Congé syndical :	CS

- Les codes absences ne sont pas accessibles au niveau "G/A".

1.4.4 Décompte du temps travaillé et des indemnités

1.4.4.1 PLANIMED version DJ (demi journées)

- ☑ A partir de la codification de l'activité, PLANIMED assure automatiquement le décompte en demi journées de l'activité de chaque praticien.
- ☑ Par ailleurs, dans un souci de simplification des tâches de relevé des éléments de paie, PLANIMED procède au calcul des indemnités à payer pour la période considérée.

<u>VISA DU CHEF DE SERVICE</u>					SEMAINE 25						
					L	M	M	J	V	S	D
					17	18	19	20	21	22	23
1	DUPONT Isidore	PHTP	1,0	M	P	P	RT	P	P		
				AP	P	A	RT	P	P		
				G/A		G2					

saisie code et décompte en demi journées

<u>VISA DU CHEF DE SERVICE</u>					SEMAINE 25						
					L	M	M	J	V	S	D
					17	18	19	20	21	22	23
1	DUPONT Isidore	PHTP	1,0	M	1	1	0	1	1	0	0
				AP	1	1	0	1	1	0	0
				G/A	0	2	0	0	0	0	0

RECAPITULATIF PERIODE PAR PRATICIEN

					SEMAINE 25		
					Total	dont	dont
					W EFF	gardes	FC
1	DUPONT	PHTP	1,0	version DJ 3.0 - juin 2003 -	10 dj	2 dj	0 dj

décompte en demi journées/semaine

recensement indemnités par période

SEMAINES 25 à 28		
Indemnités		
gardes	AO	AS
<u>5,5 ind</u>	<u>0,0 ind</u>	<u>0,0 ind</u>

1.4.4.2 PLANIMED version H (heures)

- ☑ A partir de la codification de l'activité, PLANIMED assure automatiquement le décompte en heures de l'activité de chaque praticien.
- ☑ Par ailleurs, dans un souci de simplification des tâches de relevé des éléments de paie, PLANIMED procède au calcul des indemnités à payer pour la période considérée.

<u>VISA DU CHEF DE SERVICE</u>					SEMAINE 25						
					L	M	M	J	V	S	D
					17	18	19	20	21	22	23
1	DUPONT Isidore	PHTP	1,0	M	PC	PC	PC		FC		
				AP	PC	PC	PC		FC		
				G/A			G2				

saisie code et décompte en heures

<u>VISA DU CHEF DE SERVICE</u>					SEMAINE 25						
					L	M	M	J	V	S	D
					17	18	19	20	21	22	23
1	DUPONT Isidore	PHTP	1,0	M	5	5	5	0	4	0	0
				AP	5	5	5	0	4	0	0
				G/A	0	0	14	0	0	0	0

décompte en heures /semaine

<u>RECAPITULATIF PERIODE PAR PRATICIEN</u>					SEMAINE 25		
version H 3.0 - juin 2003 -					Total W EFF	dont gardes	dont FC
1	DUPONT Isidore	PHTP	1,0		52,0h	14,0h	8,0h

recensement indemnités par période

SEMAINES 25 à 28		
Indemnités		
gardes	AO	AS
5,0 ind		0,0 ind

2. / L'outil "FICHMED" : description et utilisation

"FICHMED" est un outil permettant à la DRH de décompter le temps de travail des praticiens. Il a été présenté et validé par le Comité local de suivi de l'ARTT médical. Ses principales fonctionnalités sont :

- ✓ la gestion automatisée du temps additionnel,
- ✓ le calcul automatisé des moyennes hebdomadaires travaillées par période de 4 mois et sur l'année,
- ✓ les statistiques annuelles : temps de travail hors gardes, avec gardes, jours de congés pris, etc.
- ✓ des calculs en fonction du contrat de travail (100%, 80%,...) et de la durée du suivi (départ et arrivée en cours d'année, passage de temps partiel à temps plein en cours d'année,...).

Les décomptes individuels des praticiens sont tenus par le département des affaires médicales de la DRH. Ils sont mis à jour par période de 4 semaines à partir des tableaux "PLANIMED" réalisés et transmis par les chefs de service.

A l'issue d'une période de 8 semaines, la DRH transmettra (par internet – réseau local -) à chaque chef de service les décomptes des praticiens placés sous son autorité. Néanmoins, tout praticien souhaitant connaître son décompte pourra l'obtenir après en avoir fait la demande auprès du département des affaires médicales.

"FICHMED" vient en aval de "PLANIMED" : les temps de travail réalisés par semaine (recensés par "PLANIMED") sont reportés dans "FICHMED" ainsi que les informations relatives aux gardes, astreintes et temps d'absence (congés annuels, congés RTT,...).

"FICHMED" est composé de 3 parties : l'en-tête, le suivi hebdomadaire (sur 52 ou 53 semaines selon les années) et la synthèse annuelle du temps travaillé.

Les exemples et calculs présentés ci-après sont relatifs à des personnels temps plein ; FICHMED calcule automatiquement prorata temporis pour les praticiens exerçant à temps partiel.

2.1 L'en-tête du décompte

2.1.1 FICHMED version DJ (demi journées)

(pour une vue complète de l'en-tête voir Tableau 1 page 46)

L'en-tête comporte :

- des informations relatives à l'identification du praticien (matricule, nom, prénom,...),
- des informations relatives à l'année de suivi, au % du temps de travail et à la durée du contrat exprimé en mois,
- le calcul de l'obligation de service (zone "Base W1"),

Matricule paie : 123456789	
Nom et Prénom : SOIGNEBIEN Didier	
Statut : PHTP	
Service : PSYCHIATRIE	
Suivi année : 2003	
% temps de travail : 100%	
Date début : 30/12/02	
Date fin : 28/12/03	
Durée contrat 1 : 12 mois	semai
Base W 1 : 414 dj	semai

- une zone report de temps additionnel de l'année n-1, exprimé en demi journées,

report 2002
2 dj

- des compteurs indiquant les droits à congés annuels, fériés et crédit éventuel sur CET,

droits 2003	
CA	50 dj
Fériés	18 dj

cumul C.E.T.	
versés	
utilisés	
solde	0 dj

- des compteurs retraçant l'utilisation des droits à congés annuels et fériés exprimés en demi journées.

CA et fériés 2003			
	Droits	Utilisés	Solde
CA	50 dj	50 dj	0 dj
Fériés	20 dj	20 dj	0 dj

Par ailleurs, l'en-tête comporte (voir Tableau 1 ci-dessous) une zone "suivi du temps de travail" permettant le suivi du temps travaillé de jour (zone verte) et du temps travaillé de nuit (zone bleue), un rappel des obligations de service par quadrimestre (zone marron). Le calcul des temps additionnels acquis obéit aux règles validées par la CME.

Tableau 1 : en-tête complet décompte version DJ

Matricule paie : 123456789	report 2002	droits 2003	cumul C.E.T.
Nom et Prénom : SOIGNEBIEN Didier	2 dj	CA 50 dj	versés 30 dj
Statut : PHTP		Fériés 20 dj	utilisés
Service : PSYCHIATRIE			solde 30 dj
Suivi année : 2003			
% temps de travail : 100%			
Date début : 30/12/02			
Date fin : 31/12/03			
Durée contrat 1 : 12 mois			
Base W 1 : 414 dj			
Evènement :			
Définition 2ème période			
Date début :			
Date fin :			
% temps de travail :			
Durée contrat 2 : 0 mois			
Base W 2 : 0 dj			

	Seuil W additionnel	Suivi du temps de travail 2003				
		W EFF jour	Temps additionnel jour			
	dj	semaines	acquis	payé	solde	
semaines 01 à 17	136 dj	145 dj	15 sem	9 dj	0 dj	9 dj
semaines 18 à 34	138 dj	141 dj	15 sem	3 dj	0 dj	3 dj
semaines 35 à 53	138 dj	133 dj	16 sem	0 dj	0 dj	0 dj
	W EFF nuit		Temps additionnel nuit			
	dj	sujétion	acquis	payé	solde	
semaines 01 à 17	49 dj	25 ind	25 c	0 c	25 c	
semaines 18 à 34	25 dj	13 ind	13 c	0 c	13 c	
semaines 35 à 53	36 dj	18 ind	16 c	0 c	16 c	
Moy. W nuit par semaine : 2,0 dj			Moy. W jour par semaine			
		CA et fériés 2003				
	Droits	Utilisés	Solde			
CA	50 dj	50 dj	0 dj	semaines 01 à 17 10 dj		
Fériés	20 dj	20 dj	0 dj	semaines 18 à 34 9 dj		
				semaines 35 à 53 8 dj		
		année 2003 9 dj				
année complète : moyenne W calculée sur 46 sem						

Demande calcul moyenne W année :	Cal
----------------------------------	-----

Enfin, l'en-tête comporte une zone calculant la moyenne travaillée de jour par semaine et par an⁶ en ne tenant compte, pour l'élaboration de cette moyenne, que des semaines où le temps de travail a été > à 0. Quant au calcul de la moyenne annuelle, la mention "année complète" signifie que le suivi a été réalisé sur 12 mois, la mention "année incomplète" signifie que le suivi a été réalisé sur une période inférieure à 12 mois. Dans l'exemple ci-dessus, la durée du contrat est bien de 12 mois, ce qui explique la mention "année complète", la moyenne annuelle a été calculée sur 46 semaines (ce qui signifie que 6 semaines de l'année ont eu un temps de travail égal à 0) et que la moyenne travaillée chacune de ces 46 semaines est de 9dj à laquelle vient s'ajouter une moyenne travaillée de nuit de 2dj.

⁶ ce calcul est totalement déconnecté du calcul du temps additionnel.

2.1.2 FICHMED version H (heures)

(pour une vue complète de l'en-tête voir Tableau 2 page 48)

L'en-tête comporte :

- des informations relatives à l'identification du praticien (matricule, nom, prénom,...),
- des informations relatives à l'année de suivi, au % du temps de travail et à la durée du contrat exprimé en mois,
- le calcul de l'obligation de service, ⁷
- le calcul du seuil de travail additionnel, ⁸

Matricule paie :	987654321
Nom et Prénom :	SOIGNETOUT Albert
Statut :	PHTP
Service :	OBSTETRIQUE
Suivi année :	2003
% temps de travail :	100%
Date début :	30/12/02
Date fin :	28/12/03
Durée contrat 1 :	12 mois
Obligation service :	1656,00h
Seuil W addit. :	1987,20h

sem
sem
sem

- une zone report de temps additionnel de l'année n-1, exprimé en jours,

report	2002
	0,0 j

- des compteurs indiquant les droits à congés annuels, fériés et crédit éventuel sur CET exprimés en jours,

droits	2003
CA	25,0 j
Fériés	9,0 j

	cumul C.E.T.
versés	
utilisés	
solde	0,0 j

- des compteurs retraçant l'utilisation des droits à congés annuels et fériés exprimés en jours.

	CA et fériés 2003		
	Droits	Utilisés	Solde
CA	25,0 j	0,0 j	25,0 j
Fériés	9,0 j	0,0 j	9,0 j

⁷ 414dj x 4h

⁸ 414dj x 4,8h

Par ailleurs, l'en-tête comporte (voir Tableau 2 ci-dessous) une zone "suivi du temps de travail" permettant le suivi du temps travaillé de jour (zone verte) et du temps travaillé de nuit (zone bleue), un rappel des obligations de service par quadrimestre (zone marron). Le calcul des temps additionnels acquis obéit aux règles validées par la CME.

Tableau 2 : en-tête complet décompte version H

Matricule paie : 987654321	report 2002	droits 2003	cumul C.E.T.					
Nom et Prénom : SOIGNETOUT Albert	0,0 j	CA 25,0 j	versés					
Statut : PHTP		Fériés 9,0 j	utilisés					
Service : OBSTETRIQUE			solde 0,0 j					
Suivi année : 2003								
% temps de travail : 100%								
Date début : 30/12/02								
Date fin : 28/12/03								
Durée contrat 1 : 12 mois								
Obligation service : 1656,00h								
Seuil W addit. : 1987,20h								
Evènement :								
Définition 2ème période								
Date début :								
Date fin :								
% temps de travail :								
Durée contrat 2 : 0 mois								
Obligation service : 0,00h								
Seuil W addit. : 0,00h								
	Seuil W additionnel	Suivi du temps de travail 2003						
		W EFF jour		Temps additionnel jour				
		heures	semaines	acquis	payé	solde		
	semaines 01 à 17	662,40h	714,00h	17 sem	5,3 j	0,0 j	5,3 j	
	semaines 18 à 34	662,40h	480,00h	13 sem	0,0 j	0,0 j	0,0 j	
	semaines 35 à 53	662,40h	601,00h	14 sem	0,0 j	0,0 j	0,0 j	
				W EFF nuit			Temps additionnel nuit	
				heures	sujétion	acquis	payé	solde
	semaines 01 à 17			366,00h	26 ind	26 c	0 c	26 c
	semaines 18 à 34			294,00h	21 ind	8 c	0 c	8 c
	semaines 35 à 53			315,50h	23 ind	18 c	0 c	18 c
	Moy. W nuit par semaine : 22,00 h							
		CA et fériés 2003			Moy. W jour par semaine			
		Droits	Utilisés	Solde	semaines 01 à 17	42,00h		
	CA	25,0 j	0,0 j	25,0 j	semaines 18 à 34	37,00h		
	Fériés	9,0 j	0,0 j	9,0 j	semaines 35 à 53	43,00h		
					année 2003	41,00h		
					année complète : moyenne W calculée sur 44 sem			
					Demande calcul moyenne W année : Cal			

Enfin, l'en-tête comporte une zone calculant la moyenne travaillée de jour par semaine et par an⁹ en ne tenant compte, pour l'élaboration de cette moyenne, que des semaines où le temps de travail a été > à 0. Quant au calcul de la moyenne annuelle, la mention "année complète" signifie que le suivi a été réalisé sur 12 mois, la mention "année incomplète" signifie que le suivi a été réalisé sur une période inférieure à 12 mois. Dans l'exemple ci-dessus, la durée du contrat est bien de 12 mois, ce qui explique la mention "année complète", la moyenne annuelle a été calculée sur 44 semaines (ce qui signifie que 8 semaines de l'année ont eu un temps de travail égal à 0) et que la moyenne travaillée chacune de ces 44 semaines est de 41h à laquelle vient s'ajouter une moyenne travaillée de nuit de 22h.

⁹ ce calcul est totalement déconnecté du calcul du temps additionnel.

2.2 Le suivi hebdomadaire

2.2.1 FICHMED version DJ (demi journées)

FICHMED Version DJ 6.2 nov 2003								absences				
S	% W	BASE W (en dj)	W EFF	dont gardes	dont FC		Paiement addit. nuit	CA (en dj)	FER (en dj)		MAL (en dj)	Paiement addit. jour
1	100%	10 dj	0 dj						2 dj			
2	100%	10 dj	13 dj	2 dj								
3	100%	10 dj	13 dj	2 dj	2 dj							
4	100%	10 dj	12 dj	2 dj								
5	100%	10 dj	12 dj	2 dj								

- exemple de lecture, semaine 3 : praticien à 100%, obligation de service hebdomadaire (colonne "BASE W") égale à 10dj, travail effectif réalisé (colonne "W EFF") égale à 13dj dont 2dj de garde et 2dj de formation continue.

2.2.2 FICHMED version H (heures)

FICHMED Version H 6.3 déc 2003								absences				
S	% W	BASE W (en h)	W EFF	dont gardes	dont FC		Paiement addit. nuit	CA (en j)	FER (en j)		MAL (en j)	Paiement addit. jour
1	100%	40,00h	52,00h	14,00h								
2	100%	40,00h	44,00h	14,00h								
3	100%	40,00h	96,00h	43,00h	8,00h							
4	100%	40,00h	56,00h	14,00h								
5	100%	40,00h	54,00h	14,00h								

- exemple de lecture, semaine 3 : praticien à 100%, obligation de service hebdomadaire (colonne "BASE W") égale à 40h, travail effectif réalisé (colonne "W EFF") égale à 96h dont 43h de garde et 8h de formation continue.

2.3 La synthèse annuelle

2.3.1 FICHMED version DJ (demi journées)

Synthèse année 2003								Formation suivie 11 dj	
	seuil de W additionnel	Total W effectif	W effectif de jour	W effectif de nuit	addit. jour acquis	addit. nuit acquis	Total sem W	Congés annuels	
semaines 01 à 17	136 dj	194 dj	145 dj	49 dj	9 dj	25 c	15 sem	50 dj	
semaines 18 à 34	138 dj	166 dj	141 dj	25 dj	3 dj	13 c	15 sem	20 dj	
semaines 35 à 53	138 dj	169 dj	133 dj	36 dj	0 dj	16 c	16 sem		
Année	412 dj	529 dj	419 dj	110 dj	12 dj	54 c	46 sem		
Obligation service :	412 dj	réalisée	jours dus à l'administration :	0 dj					
solde report n ou CET :	12 dj								0 dj

le praticien devait réaliser 412dj dans l'année

le praticien a réalisé 529dj dans l'année dont 110 au titre des gardes

le praticien a acquis 12dj de temps additionnel de jour et 54c de temps additionnel de nuit

2.3.2 FICHMED version H (heures)

Synthèse année 2003								Formation 2,0 j	
	seuil de W additionnel	Total W effectif	W effectif de jour	W effectif de nuit	addit. jour acquis	addit. nuit acquis	Total sem W	Congés annuels 0,0 j	
semaines 01 à 17	662,40h	1080,00h	714,00h	366,00h	5,3 j	26 c	17 sem	Fériés 0,0 j	
semaines 18 à 34	662,40h	774,00h	480,00h	294,00h	0,0 j	8 c	13 sem	0,0 j	
semaines 35 à 53	662,40h	916,50h	601,00h	315,50h	0,0 j	18 c	14 sem	Maladie 0 j	
Année	1987,20h	2770,50h	1795,00h	975,50h	5,3 j	52 c	44 sem	0 j	
Obligation service : 1656,00h réalisée		jours dus à l'administration : 0,0 j							
Jours RTT acquis : 20,0 j		Jours RTT payés 10,0 j		solde report n+1 ou CET 15,3 j					

le praticien devait réaliser entre 1656 et 1987,20h dans l'année

il a réalisé 2770,50h dont 1795h de jour

le praticien a acquis 5,3j de temps additionnel de jour et 52c de temps additionnel de nuit

Obligation service : 1656,00h réalisée	jours dus à l'administration : 0,0 j		
Jours RTT acquis : 20,0 j	Jours RTT payés 10,0 j	solde report n+1 ou CET 15,3 j	

en sus de son temps additionnel, le praticien a acquis 20j de RTT

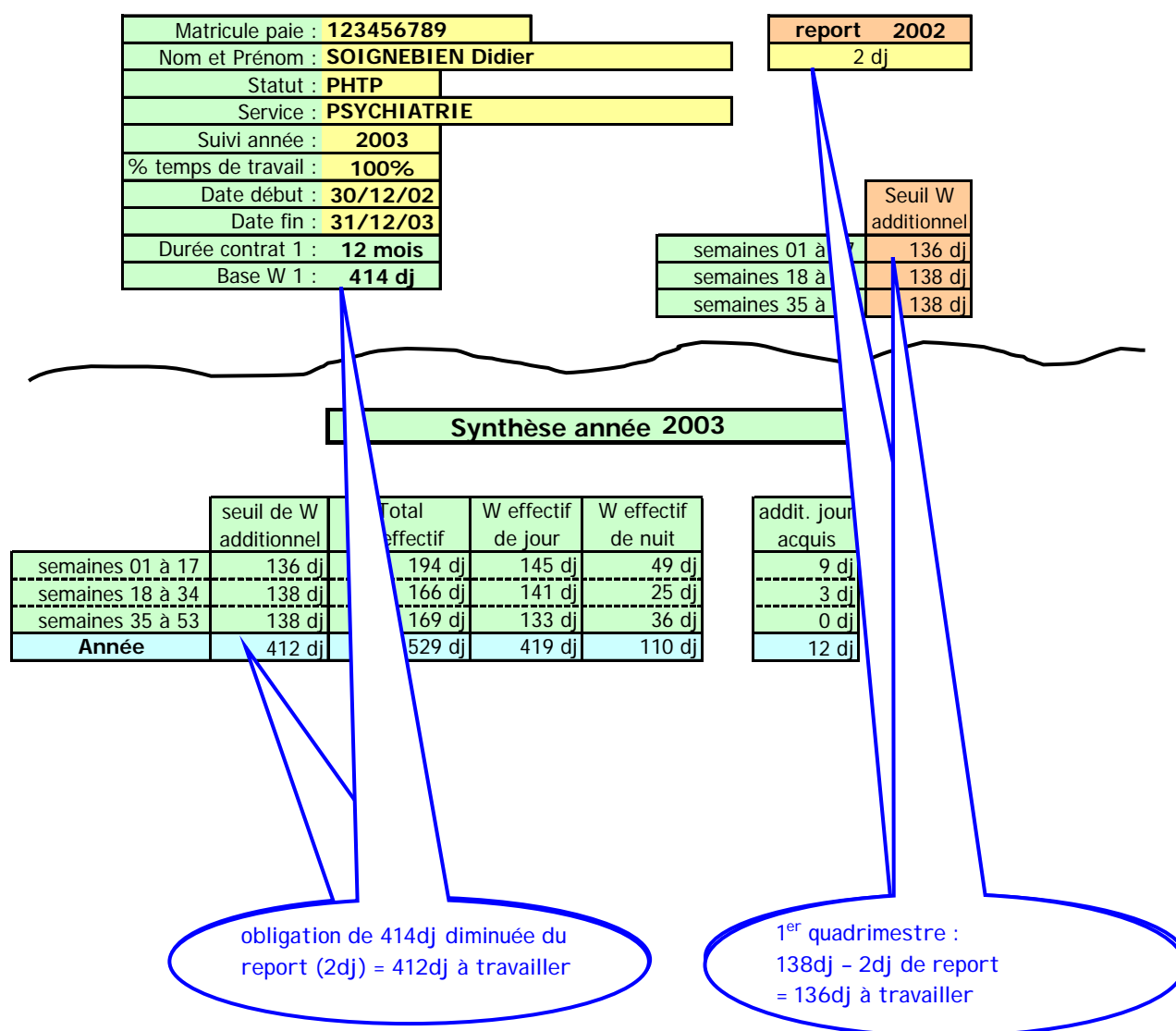
Par rapport à 1656h, le praticien a travaillé 2770,50h, son obligation de service est réalisée et il ne doit aucun jour.

2.4 calcul de la référence quadrimestrielle

- la notion de référence quadrimestrielle est importante puisque c'est à partir de celle-ci que sera calculé le temps additionnel acquis éventuellement par le praticien

2.4.1 FICHMED version DJ (demi journées)

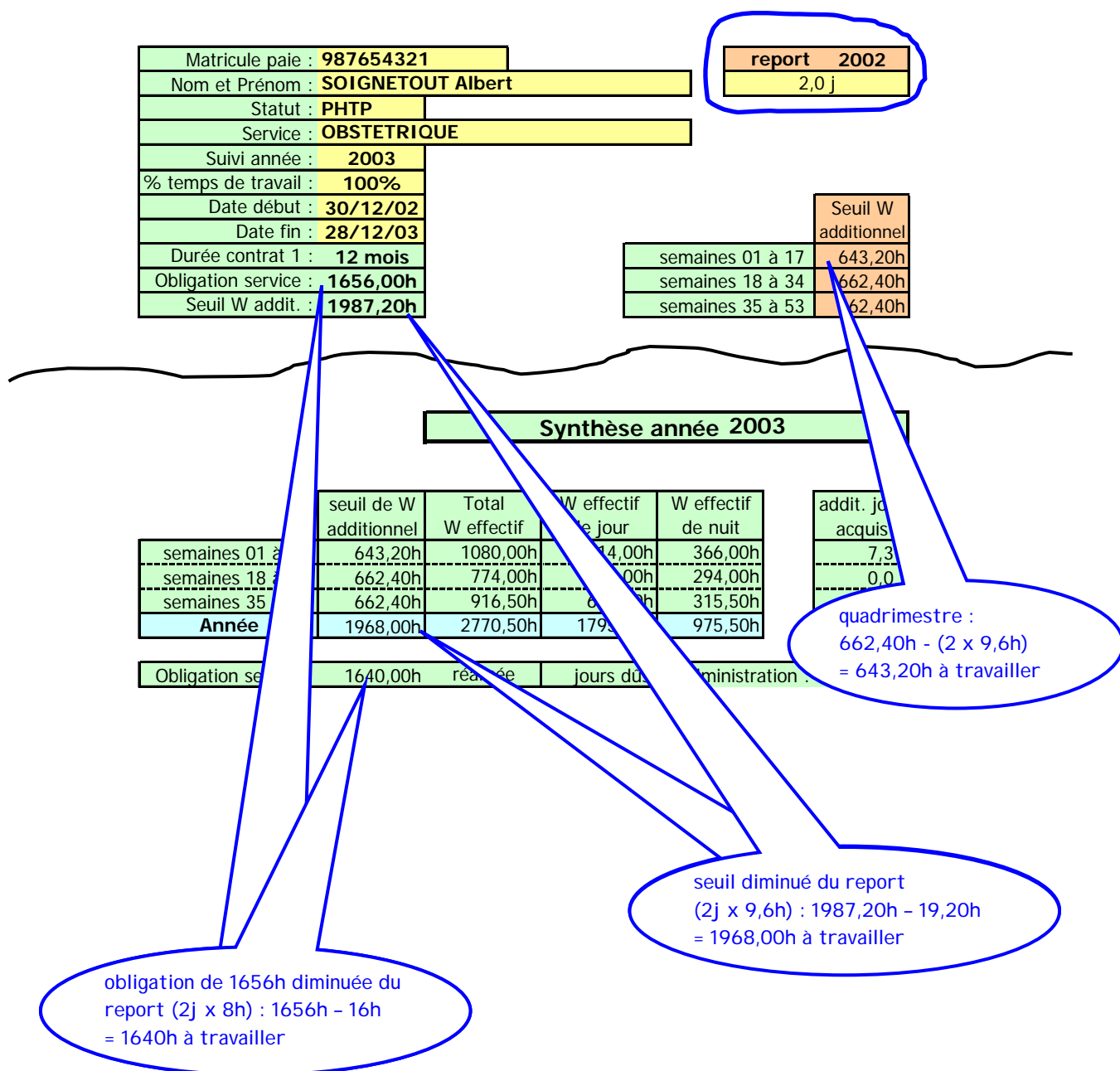
- FICHMED pondère l'obligation de service du 1^{er} quadrimestre (égale normalement à 138dj dans notre exemple) par le nombre de demi journées porté dans la zone "report".¹⁰



¹⁰ et rectifie, par conséquent la référence annuelle.

2.4.2 FICHMED version H (heures)

- FICHMED pondère l'obligation de service annuelle (1656h) par le nombre de jours (multiplié par 8h) porté dans la zone "report".
- FICHMED pondère le seuil de travail additionnel du 1^{er} quadrimestre par le nombre de jours (multiplié par 9,6h) porté dans la zone "report".¹¹



¹¹ et rectifie, par conséquent, la référence annuelle.

3. / L'outil "BASEMED" : fonctionnalités

3.1 Fonctionnalités relatives au suivi budgétaire

Reprenant la situation de chacun des praticiens à la fin de chaque quadrimestre (éléments calculés par l'outil "FICHMED"), "BASEMED" permet :

- d'enregistrer les choix des praticiens : demande de paiement, report sur année suivante, versement sur compte épargne temps,
- de valoriser (charges comprises) les coûts liés au temps additionnel acquis par les praticiens ; une table des tarifs permet de gérer jusqu'à 3 revalorisations de l'indemnité de temps additionnel par an.

Le département des affaires médicales dispose d'un suivi budgétaire par type de temps additionnel (voir illustration ci-dessous).

	acquis	payé	solde à payer
coût temps additionnel jour	388 944,00 €	12 921,00 €	376 023,00 €
coût complément nuit	76 358,00 €	40 150,00 €	36 208,00 €
coût jours RTT	159 870,00 €	438,00 €	159 432,00 €
Total	625 172,00 €	53 509,00 €	554 800,00 €

Budget financement ARTT		
prévisionnel	réalisé	disponible
150 000,00 €	53 509,00 €	96 491,00 €

solde = total jours addit. acquis diminué des jours addit. payés et des jours temps addit. reportés.

solde = total des compléments nuit acquis diminué des compléments nuit payés

solde = total des jours RTT acquis diminué des jours RTT payés et des jours RTT reportés.

solde = somme des précédents soldes diminuée des jours versés sur CET

3.2 Fonctionnalités relatives à l'analyse du temps médical

3.2.1 Recensement des temps additionnels au niveau de l'établissement

Nbre de praticiens concernés	91,0 ETP
------------------------------	----------

Temps additionnel jour acquis	888,0 j
Temps additionnel nuit acquis	1 046,0 j
Jours RTT acquis	365,0 j
Total	2 299,0 j

Temps addit. rapporté en ETP	11,1 ETP	12,2%
------------------------------	----------	-------

Cumul CET années antérieures	743,8 j
Total CET année en cours	38,5 j
Total CET cumulé fin année n	782,3 j

CET cumulé années antérieures rapporté en ETP	3,6 ETP	4,0%
---	---------	------

3.2.2 Recensement des temps additionnels par service

TABLEAU D'ANALYSE DE L'ARTT DU PERSONNEL MEDICAL

Suivi de l'année **2003**

BASEMED Version 1.0 nov 2003

Matricule	Nom et Prénom	Statut	Service	% W	Quadrим	CT	Temps additionnel jour			Temps addit. nuit		RTT			Compte CET		
							acquis	paiement	report	acquis	paiement	acquis	paiement	report	cumul ant.	versement n	cumul fin n
		PAC	GYNECO-OBST.	100%	1	1	7,0 j			21,0 c	21,0 c	20,0 j			0,0 j		0,0 j
		PAC	GYNECO-OBST.		2	1	0,0 j			24,0 c	24,0 c						0,0 j
		PAC	GYNECO-OBST.		3	1	0,0 j			1,0 c							0,0 j
		PAC	GYNECO-OBST.	100%	1	1	0,0 j			32,0 c	32,0 c	0,0 j			16,5 j		16,5 j
		PAC	GYNECO-OBST.		2	1	0,0 j			0,0 c							0,0 j
		PAC	GYNECO-OBST.		3	1	0,0 j			0,0 c							0,0 j
		PTp	GYNECO-OBST.	60%	1	1	0,0 j			0,0 c		5,0 j			0,0 j		0,0 j
		PTp	GYNECO-OBST.		2	1	0,0 j			0,0 c							0,0 j
		PTp	GYNECO-OBST.		3	1	2,0 j			9,0 c							0,0 j
		Att	GYNECO-OBST.	100%	1	1	0,0 j			0,0 c		4,0 j			0,0 j		0,0 j
		Att	GYNECO-OBST.		2	1	0,0 j			0,0 c							0,0 j
		Att	GYNECO-OBST.		3	1	0,0 j			7,0 c							0,0 j
		PTp	GYNECO-OBST.	60%	1	1	3,0 j			0,0 c		20,0 j			16,5 j		16,5 j
		PTp	GYNECO-OBST.		2	1	0,0 j			0,0 c							0,0 j
		PTp	GYNECO-OBST.		3	1	11,5 j			0,0 c							0,0 j
		PHTP	GYNECO-OBST.	100%	1	1	0,0 j			0,0 c		9,0 j			0,0 j		0,0 j
		PHTP	GYNECO-OBST.		2	1	0,0 j			4,0 c	4,0 c						0,0 j
		PHTP	GYNECO-OBST.		3	1	1,5 j			16,0 c							0,0 j
		PHTP	GYNECO-OBST.	100%	1	1	4,0 j			9,0 c	6,0 c	20,0 j			16,5 j		16,5 j
		PHTP	GYNECO-OBST.		2	1	8,0 j			9,0 c	9,0 c						0,0 j
		PHTP	GYNECO-OBST.		3	1	17,0 j			8,0 c							0,0 j
			Somme GYNECO-OBST.				54,0 j			140,0 c	96,0 c	78,0 j					49,5 j

4. / Tableau de synthèse d'utilisation des outils

OBJECTIFS POURSUIVIS	OUTILS DE GESTION DU TEMPS MEDICAL		
	Tableau de service "Planimed"	Décompte individuel "Fichmed"	Consolidation et projection "Basemed"
permettre au personnel médical et à l'administration de suivre le temps travaillé de chaque praticien à partir de règles définies en commun et issues de la réglementation (droits à congés, à indemnités - de sujétion, de temps additionnel,...-),	- élaboration du tableau de service par chef de service - prévisionnel, - réalisé.	- élaboration par les gestionnaires des décomptes individuels à partir du "récapitulatif par semaine et par praticien" de Planimed	
permettre aux gestionnaires des affaires médicales un calcul simplifié des éléments variables de paie,	- saisie des éléments variables de paie (dans logiciel paie) à partir du "récapitulatif par période et par praticien" de Planimed (1 période = 4 semaines).		
doter l'établissement d'un outil de projection budgétaire (projection des coûts liés à la rémunération de la permanence des soins),			Outil partagé par la DRH et la COPS : - suivi du budget par type de coûts liés à la permanence des soins (document consolidé à partir des décomptes individuels), - projection pluriannuelle de ces coûts.
être un outil d'appui à l'analyse des organisations médicales de service			Outil partagé par la DRH et la COPS : - calcul des temps additionnels jour et nuit au niveau de l'établissement et par service, - calcul des jours CET acquis au niveau de l'établissement et par service.

* * * * *

<p>Chapitre 2 Analyser les organisations médicales de service</p>

Ce chapitre a pour objectif de fournir des éléments de méthode pour aborder l'élaboration des maquettes d'organisation du temps médical (ou tableau général annuel) dans les services.

Il ne s'agit pas dans cette approche de nier la dimension aléatoire de l'activité médicale, ni la nécessité de conserver une souplesse de fonctionnement pour prendre en compte la variabilité des situations des patients. Il s'agit, en recherchant l'organisation la plus efficace possible des activités prévisibles et programmables, d'inscrire l'activité de chaque praticien dans un ensemble de repères collectifs pouvant faciliter son activité :

- en assurant la nécessaire cohérence entre les différentes activités individuelles,
- en adaptant au mieux la répartition des ressources et compétences médicales à l'activité,
- en donnant au personnel non médical du service une visibilité suffisante sur l'organisation d'ensemble du service.

Cette démarche permet ainsi de distinguer la charge de travail individuelle et l'activité collective de production de soins assurée par le service dans sa globalité. Elle ouvre à la perspective d'une contractualisation élargie entre la direction de l'hôpital et le service, du type "contrat d'objectifs et de moyens" ou "contrat de management".

Pour rendre cette démarche opérationnelle et concrète, nous distinguerons ici deux niveaux de réflexion, qui doivent s'articuler mais nécessitent des analyses spécifiques.

- **Au niveau annuel**, il s'agit surtout de construire une représentation globale des variations d'activité, afin d'apprécier l'adéquation d'ensemble entre les besoins et les ressources disponibles et d'agir sur la programmation du temps.
- **Au niveau hebdomadaire**, il s'agit plutôt de s'interroger, à travers une organisation type, sur la répartition des activités entre les praticiens du service, l'équilibre dans la prise en charge des contraintes de permanence, la cohérence avec l'organisation du travail des soignants, ...

Avant de présenter en annexe 2 un exemple concret de maquette d'organisation du temps médical - développée au Centre hospitalier de LENS - nous aborderons le sujet de la contractualisation des organisations médicales.

* * * * *

1. L'approche de l'organisation au niveau annuel

Le principe est d'articuler une analyse de l'activité médicale du service et de ses variations au cours de l'année, et une analyse des ressources médicales disponibles.

1.1 Analyse de l'activité médicale pendant l'année

On peut structurer le déroulement de l'analyse autour de quelques questions clés à détailler dans chaque service concerné selon ses spécificités.

Quelle est la "maille" pertinente pour l'analyse, compte tenu de la nature de l'activité, des objectifs poursuivis et des données disponibles ?

La maille la plus fine est la semaine : elle se justifie si les variations hebdomadaires d'activité sont importantes et si l'on veut utiliser l'analyse par rapport à la programmation des congés ou absences. Par ailleurs, ce choix suppose de disposer facilement de données synthétiques à ce niveau, ce qui n'est pas toujours le cas.

Le choix de raisonner sur des données mensuelles ou quadrimestrielles (pour être cohérent avec la période de référence du calcul des temps additionnels) conduit à une vision plus agrégée des variations d'activité. Il peut se justifier, d'une part si les données disponibles sont à ce niveau, d'autre part si les variations d'activité interne au mois ou au quadrimestre ne sont pas trop fortes.

Il faut être attentif au fait que des comparaisons de données mensuelles peuvent être biaisées par des nombres de jours d'activité différents d'une année sur l'autre en raison du positionnement des week-ends dans le mois et du positionnement des jours fériés.

Il s'agit donc, pour chaque service, d'un compromis entre :

- l'accessibilité des données (il est préférable de s'appuyer sur les données déjà constituées par le service, la direction des affaires médicales, la direction de l'information médicale ou la cellule de gestion, afin de ne pas engendrer une charge trop lourde de collecte d'informations),
- la finesse souhaitable de l'analyse (l'analyse hebdomadaire est plus précise mais plus lourde, et n'est pas toujours indispensable).
- Quels peuvent être les indicateurs pertinents pour représenter l'activité médicale ?

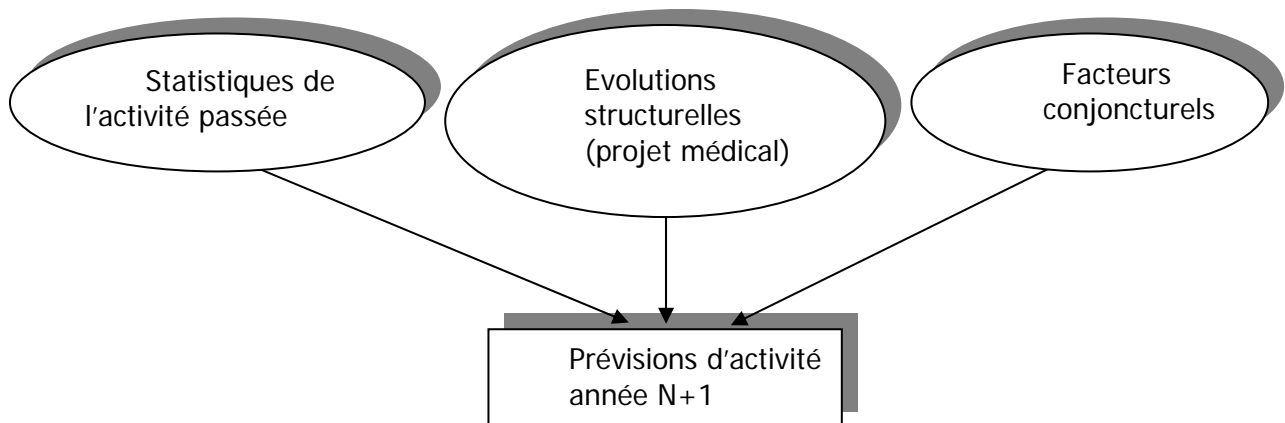
Il faut choisir un petit nombre d'indicateurs (2 ou 3) pour rester dans le cadre d'une analyse tendancielle.

Selon l'activité, on peut songer :

- au nombre de lits ouverts (pour tenir compte des périodes de fermeture de lits),
- au nombre d'entrées,
- au nombre de consultations,
- au volume de jours d'hospitalisation,
- au taux d'occupation,
- au nombre d'actes (interventions au bloc, imagerie, ...),
- au nombre de passages (aux urgences),
- à... (à compléter selon les services).

Sur quelles bases fonder les prévisions d'activité ? On pourrait les établir à partir de :

- l'extrapolation des données représentatives de l'activité passée (qui permettent en particulier de repérer des régularités statistiques dans les variations d'activité et les effets de saisonnalité),
- la prise en compte de facteurs d'évolution structurelle jugés significatifs, notamment ceux présents dans le projet médical : évolution des pathologies traitées, modification des méthodes médicales, démarche volontariste de développement de l'offre, etc.
- l'intégration de facteurs conjoncturels : départ d'un médecin par exemple, fermeture d'une clinique proche laissant prévoir un transfert d'activité, ...

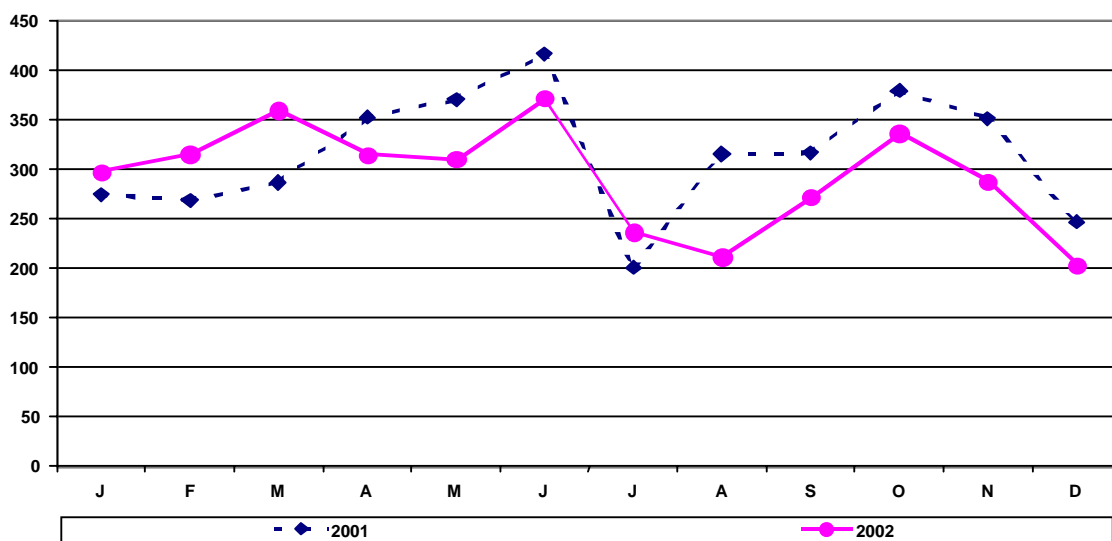


L'exemple suivant permettra d'illustrer cette démarche. Il est issu d'un service de cardiologie pour ce qui concerne l'activité de consultations.

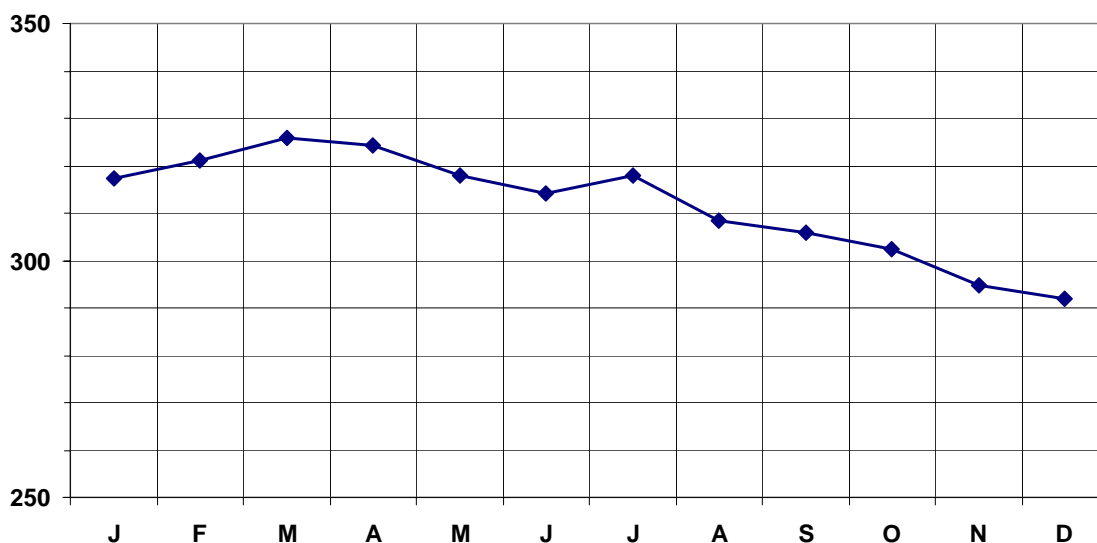
Le graphique ci-dessous représente l'évolution en 2001 et en 2002 des statistiques mensuelles de consultation (lorsque le nombre de jours travaillés dans un mois de 2002 était différent de 2001, le chiffre a été redressé en proportion pour le rendre comparable).

La superposition des 2 courbes annuelles permet tout d'abord de constater une tendance saisonnière significative : il existe 2 pointes d'activité, l'une au printemps (juin), l'autre en automne (octobre). L'allure générale de la courbe est analogue, même si les variations d'activité en 2002 semblent moins tranchées, et s'il existe en février 2002 un surcroît d'activité isolé qui n'existe pas en 2001.

Cardiologie - Statistiques des consultations



Cardiologie - consultations 2002 (moyenne mobile sur 12 mois)



On peut également exploiter ces mêmes chiffres pour repérer une tendance générale d'évolution de l'activité. Le second graphique de la page précédente présente l'activité mensuelle en 2002, exprimée en moyenne mobile sur 12 mois. Ceci permet de repérer une tendance à l'érosion de l'activité, puisque l'on passe d'environ 325 consultations par mois au printemps à moins de 300 en fin d'année, soit une diminution d'environ 10 %. Ces approches statistiques permettent ainsi de se poser des questions et d'alimenter la réflexion prospective :

- ✓ *à quoi est due cette tendance décroissante de l'activité ? S'agit-il d'une baisse réelle de la demande de soins, ou bien est-ce dû à une diminution des capacités de consultation et à un allongement des délais ?*
- ✓ *va-t-elle se poursuivre, ou considère-t-on qu'il s'agit d'un phénomène passager ?*
- ✓ *d'où viennent les pointes d'activité saisonnières ? Correspondent-elles à des facteurs liés aux pathologies, aux caractéristiques des patients, ou est-ce plutôt lié à des pratiques médicales (fréquence semestrielle de certaines consultations par exemple) ?*

Selon les réponses à ces questions, il sera possible d'établir des prévisions d'activité réparties par mois, en appliquant des coefficients représentatifs du poids relatif de chaque mois.

1.2 Analyse des ressources médicales

Il s'agit ici de clarifier la réalité des ressources effectivement disponibles, ce qui suppose d'aller au-delà du seul recensement des praticiens présents.

Cette analyse doit être faite en distinguant les différents statuts de praticiens.

1.2.1 Première étape : estimation de l'effectif réel disponible

Il s'agit tout d'abord de prendre en compte l'effet du temps partiel et celui des absences de longue durée (longue maladie, maternité, ...). On peut le faire dans un tableau de ce type :

Statut	Effectif physique	Effectif théorique en ETP	Absence longue durée prévisible	Effectif disponible réel en ETP
PH				
PHTp				
Assistants				
.....				

La notion d'ETP est la mieux adaptée pour cette étape.

1.2.2 Deuxième étape : estimation du volume de jours de travail disponible

Cette deuxième étape a pour objectif d'estimer le volume annuel de jours de travail disponibles pour l'activité de soins dans le service.

Bien que réglementairement, la référence annuelle à 207 jours n'ait pas de fondement juridique (cf. précisions formulées par la DHOS au § 5.2 page 27) il reste qu'elle demeure essentielle, dans certains établissements pour évaluer le temps médical disponible.

Par rapport à la référence de 207 jours de travail pour un praticien temps plein, le temps réellement disponible pour le service est diminué des activités "hors service" (au sens de "non affectées à la production de soins dans le service") :

- des temps de formation (à priori 15 jours par an) selon le statut du praticien,
- des temps affectés à des coopérations extérieures (exemple : consultations avancées dans un autre établissement),
- des temps d'activité d'intérêt général,
- des temps passés dans les réunions institutionnelles (CME, CA, comité exécutif, conseil de service,...).

- A l'inverse, on peut ajouter :
 - des jours RTT payés¹² ou mis sur le CET, s'ils sont prévus à l'avance par les praticiens, ou des congés payés non pris et imputés sur le CET,
 - les plages de temps additionnel prévues de façon structurelle dans les tableaux de service.

Statut	Volume théorique	Activités hors service	+ RTT ou congés non pris	+ Plages additionnelles	Volume de jours disponibles
PH	N x 207				
PHTp					
Assistant					
.....					

1.2.3 Troisième étape : répartition prévisionnelle des volumes de jours disponibles

Le volume annuel de jours disponibles peut enfin être réparti en prévision sur l'année (par mois, ou par semaine) pour tenir compte du positionnement des absences significatives si elles sont planifiées ou probables : congés d'été, congés maternité, repos quotidien, repos de sécurité...

On peut alors aboutir à une représentation graphique de même nature que pour les prévisions d'activité, et utilisable pour une mise en perspective. Il s'agit en particulier d'examiner si la répartition prévisionnelle des volumes de travail disponibles est globalement adaptée aux prévisions d'activité, ou au contraire s'il existe des décalages à certaines périodes (forte activité avec des volumes de jours faibles ou au contraire activité moindre avec une disponibilité plus forte).

¹²Le paiement des jours RTT n'est plus autorisé depuis 2003.

Pour cela, l'analyse des ratios entre les indicateurs d'activité retenus et les volumes de jours disponibles peut donner une indication utile. Ces calculs peuvent notamment servir à l'estimation prévisionnelle des temps additionnels et à l'élaboration des tableaux de service annuels.

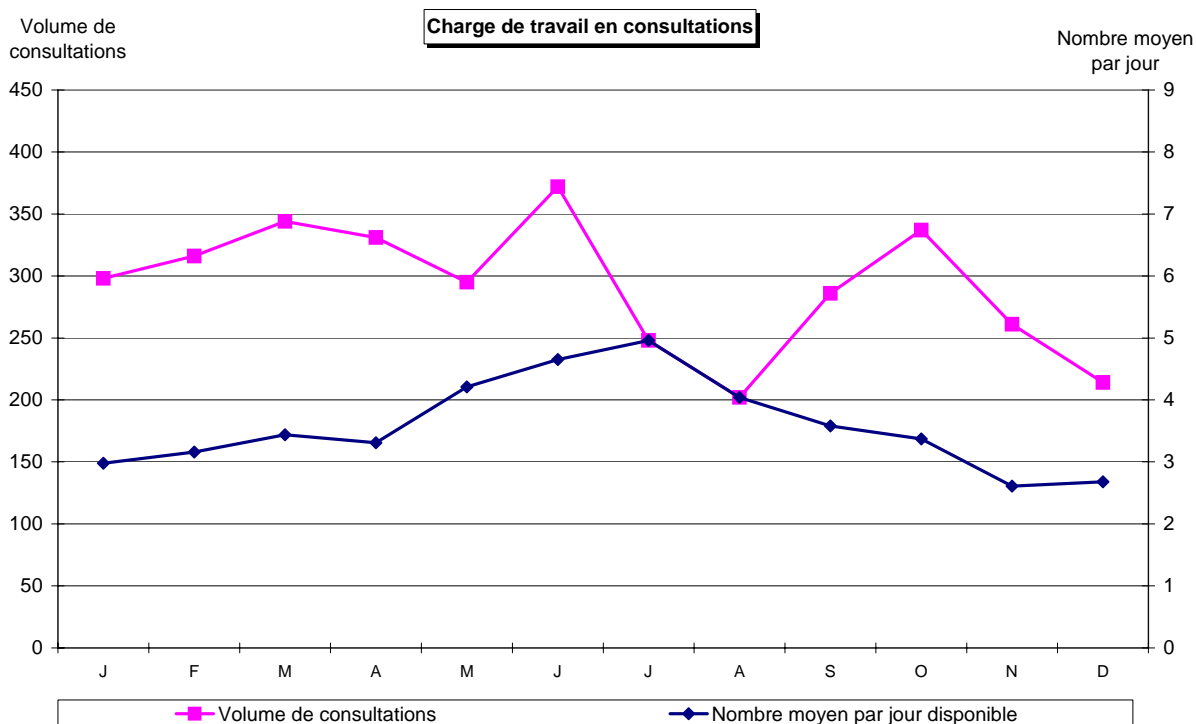
Exemple (fictif)

Supposons que les répartitions prévisionnelles de l'activité et des ressources médicales soient les suivantes :

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Consultations (C)	298	316	344	331	295	372	248	202	286	337	261	214
Entrées (E)	135	104	127	127	109	112	139	120	104	131	111	129
Volume de jours (J)	100	100	100	100	70	80	50	50	80	100	100	80
Ratio C / J	2,98	3,16	3,44	3,31	4,21	4,65	4,96	4,04	3,58	3,37	2,61	2,68
Ratio E / J	1,35	1,04	1,27	1,27	1,56	1,40	2,78	2,40	1,30	1,31	1,11	1,61

Ceci permet d'analyser l'évolution de la charge de travail moyenne, comme le montrent les 2 graphiques ci-après.





On constate que les périodes les plus difficiles commencent dès le mois de mai pour les consultations, avec un ratio supérieur à 4 de mai à août.

Pour les entrées, l'augmentation de charge est davantage concentrée sur les deux mois de congés d'été, le ratio restant relativement stable sur les autres mois de l'année, avec néanmoins une augmentation sensible en décembre.

On peut noter que les tendances de charge moyenne ne coïncident pas avec l'évolution de l'activité globale : c'est bien la prise en compte des variations de volume de jours disponibles qui permet de construire une vision plus réaliste de la charge de travail réelle.

Ce type d'analyse peut ensuite permettre d'ajuster la planification des absences si l'on voit apparaître des décalages très importants dans la charge de travail.

1.2.4 Quatrième étape : formalisation d'un tableau de service annuel

Les données rassemblées dans les étapes précédentes permettent d'élaborer le tableau général annuel prévu par les textes. Celui-ci pourra ainsi présenter sur un tableau mensuel ou hebdomadaire les absences prévues en début d'année, les volumes prévisionnels de jours disponibles pour le service.

Semaines	1	2	3	...	50	51	52
Dr X (PH temps plein)	5	CP	CP		4	4	5
Dr Y. (PHTP)	3	4	4		3	3	CP
....							
Total du service							

2.L'approche de l'organisation au niveau hebdomadaire

Rappelons pour mémoire que la définition des périodes de jour et de nuit peut, le cas échéant, être adaptée aux particularités du service.

L'élaboration d'une organisation hebdomadaire type conduit à aborder successivement l'organisation des activités de jour et l'organisation de la permanence des soins.

2.1 Organisation des activités de jour

L'idée directrice est de structurer l'organisation type hebdomadaire à partir de la notion d'activités programmées. On peut en effet considérer que l'activité individuelle des praticiens doit prendre en compte un certain nombre de facteurs prévisibles, soit par rapport aux relations avec les patients soit par rapport au fonctionnement collectif du service.

2.1.1 Activités programmées

Les activités programmées sont soit celles qui nécessitent une programmation stable, répétitive d'une semaine sur l'autre, soit celles qui impliquent un ensemble de praticiens et doivent être anticipées pour garantir la disponibilité de tous.

On peut considérer dans la première catégorie :

- les jours et horaires de consultation, en fonction de l'évolution des besoins,
- les jours et horaires d'intervention chirurgicale.

Dans la seconde catégorie figurent les réunions médicales (internes, visioconférences avec d'autres établissements), et les réunions avec le personnel soignant, pour lesquelles la fixation d'une fréquence et d'un moment identifié fournit un point de repère. Par exemple : visioconférence le vendredi matin une semaine sur 2, réunion de service, ...

2.1.2 Programmes individuels des praticiens

Pour chaque praticien, on peut repérer les jours de présence réguliers (notamment pour les temps partiels) et sa participation aux diverses activités programmées.

La jonction de ces deux approches débouche sur la visualisation d'une semaine type dans un tableau comprenant pour chaque jour les informations présentes dans le tableau ci-après.

Organisation d'une semaine type (1 tableau par jour)

Lundi	Activités	PH 1	PH 2	PH 3	Assistant
Matin	Consultations				
	Bloc				
	Visites / Contre-visites				
	Réunions				
	Autres				
Après-midi	Consultations				
	Bloc				
	Visites / Contre-visites				
	Réunions				
	Autres				

Cette liste d'activités n'est qu'indicative et pourrait être détaillée si besoin est, en fonction des spécificités du service et du souhait des praticiens d'aller plus ou moins loin dans la réflexion. Par exemple, on pourrait distinguer les natures de réunions (soins, institutionnelles, extérieures, ...) ou le type de consultations selon leur degré de personnalisation (remplacements possibles ou non).

2.2 Organisation de la permanence**2.2.1 Définition de la permanence**

Il faut d'abord préciser, pour chaque période concernée, la nature de la permanence :

- ✓ permanence sur place,
- ✓ demi-permanence sur place suivie d'une astreinte opérationnelle,
- ✓ astreinte opérationnelle,
- ✓ astreinte de sécurité.

On a vu dans les exemples du CHU de Nancy et du CHRU de Nîmes (voir chapitre 1, § 5.1.4 page 25) qu'une analyse détaillée de la fréquence des déplacements dans le cadre d'astreinte pouvait conduire à des évolutions significatives dans les choix d'organisation de la permanence des soins.

Exemple (CHRU de Nîmes)

La démarche a conduit, en 8 ans, aux modifications suivantes :

- ✓ *création d'une astreinte en diabétologie, en chirurgie vasculaire,*
- ✓ *passage d'une astreinte en permanence en traumatologie et gynécologie,*
- ✓ *une ligne de garde supplémentaire aux urgences,*
- ✓ *création de 2 secteurs d'astreintes supplémentaires en cardiologie,*
- ✓ *création d'une permanence en néonatalogie, d'une demi-permanence en psychiatrie,*
- ✓ *passage d'une demi-garde en astreinte en hémodialyse.*

2.2.2 Mutualisation des permanences ou astreintes

La mutualisation des astreintes avec d'autres établissements proches, publics ou privés, permet de répartir la contrainte d'astreinte sur un plus grand nombre de médecins, et donc d'améliorer la qualité de vie de ceux-ci tout en garantissant la qualité de la permanence des soins.

C'est le cas en particulier pour des établissements ou services à effectifs médicaux réduits, qui ne pourraient assurer seuls la totalité de la permanence. Plusieurs des établissements analysés en 2003 ont développé ce type de coopération.

Exemples (CH Morlaix et CH Guingamp)

Ces deux CH ont eu une démarche analogue en organisant avec la clinique voisine une astreinte commune de chirurgie.

Les différences portent sur l'ampleur du champ de coopération dans lequel s'inscrit cette mutualisation des gardes : pour Morlaix, il s'agit d'une coopération limitée à cet aspect (via une convention de coopération), tandis que Guingamp s'oriente vers un Groupement de Coopération Sanitaire qui va structurer l'ensemble de sa relation avec la clinique dans le domaine chirurgical.

2.2.3 Principes de répartition entre praticiens

Deux grandes logiques sont à considérer en matière de répartition des astreintes :

- d'un point de vue centré sur l'équité, il s'agit d'examiner la répartition des contraintes temporelles de la permanence des soins entre praticiens : vise-t-on une répartition égalitaire, ou, à tout le moins, un certain seuil de prise en charge commun à tous les praticiens concernés ?
- d'un point de vue pragmatique, on constate souvent que la prise en charge des permanences et astreintes est assez diversifiée, en fonction des statuts, et selon le degré de volontariat individuel, qui peut être très variable selon les cas.

La mise en œuvre de la RTT peut conduire le cas échéant à réexaminer les compromis existants entre ces deux logiques, au regard des nouvelles exigences découlant de l'application du repos quotidien et de la RTT.

Exemple (CH Chalon sur Saône)

L'établissement, conformément aux règles définies au niveau régional, a souhaité énoncer une règle concernant les limites maximales pour la fréquence des permanences sur place :

- ✓ *1 nuit par semaine,*
- ✓ *1 dimanche ou jour férié par mois,*
- ✓ *1 samedi après-midi par mois*

Ce type de règle permet un premier niveau de régulation de la répartition des permanences entre praticiens, sans imposer une égalité entre praticiens, ni une programmation préétablie.

Le processus de programmation des permanences et astreintes doit en effet prendre en compte les contraintes et disponibilités des praticiens pour chaque mois. On peut néanmoins envisager dans les cas où existe une certaine régularité des présences, de s'appuyer sur des schémas-types qui proposent une trame de départ pour l'élaboration du tableau des permanences.

Exemple (fictif)

Supposons un service où les besoins de permanence sont :

- ✓ *une demi-permanence suivie d'une demi-astreinte les nuits de semaine,*
- ✓ *une permanence sur place le samedi en journée,*
- ✓ *une astreinte de nuit du samedi au dimanche,*
- ✓ *une astreinte de 24 heures du dimanche matin au lundi matin.*

Le schéma-type qui suit a été conçu sur le principe d'une équité dans la répartition des permanences et astreintes entre tous les praticiens :

	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Sa	Di
Permanence	N1	N1	N1	N1	N1	J		
Astreinte	N2	N2	N2	N2	N2		N	J + N
Semaine 1	PH 1	PH 2	PH 3	PH 4	PH 5	PH 1	PH 2	PH 1
Semaine 2	PH 2	PH 3	PH 4	PH 5	PH 1	PH 2	PH 3	PH 2
Semaine 3	PH 3	PH 4	PH 5	PH 1	PH 2	PH 3	PH 4	PH 3
Semaine 4	PH 4	PH 5	PH 1	PH 2	PH3	PH 4	PH 5	PH 4
Semaine 5	PH 5	PH 1	PH 2	PH 3	PH 4	PH 5	PH 1	PH 5

Dans cet exemple, chaque praticien réalise sur une période de 5 semaines :

- ✓ *5 demi-permanences sur place suivies d'une demi-astreinte en nuit de semaine,*
- ✓ *1 permanence sur place de samedi jour, associée le même week-end à une astreinte de 24 heures du dimanche matin au lundi matin,*
- ✓ *1 astreinte de nuit du samedi au dimanche.*

Un tel système présente l'avantage d'une régularité dans la répartition des permanences. Les modifications à apporter pour tenir compte de la réalité des disponibilités peuvent être réalisées le cas échéant par des échanges au sein du tableau.

3. La contractualisation du temps médical

3.1 Harmonisation au niveau régional

Au niveau régional, des démarches d'harmonisation ont eu pour objectif de formaliser dans un document une vision commune d'un noyau de règles, tout en maintenant l'autonomie des établissements dans la mise en œuvre détaillée de certaines règles, de façon à respecter les spécificités de chaque contexte.

C'est le cas par exemple en Nord Pas-de-Calais, où à l'initiative de la Fédération Hospitalière de France, en concertation avec les directions des affaires médicales, et en accord avec les conférences régionales des présidents de CME et des directeurs d'établissement, un référentiel intitulé "Règles de base de fonctionnement des contrats d'organisation médicale des services hospitaliers" a été produit.

C'est le cas également en Bourgogne, où l'ARH a élaboré un guide intitulé "Organisation de la continuité des soins et de la gestion du temps de travail médical", qui a été validé par le Comité Régional de Suivi.

Pour les acteurs concernés, la mise au point d'un référentiel commun présente des avantages de plusieurs ordres :

- ✓ *Elle limite les effets de concurrence entre établissements qui résulteraient d'applications de règles plus ou moins avantageuses selon le cas : ceci apparaît particulièrement important pour les établissements qui souffrent d'une attractivité limitée et éprouvent des difficultés de recrutement.*
- ✓ *Elle paraît indispensable pour des établissements qui développent des partenariats et des fonctionnements en réseau (mutualisation d'astreintes, partage de temps médical, conventions de coopération sur des activités, ..), afin d'éviter des incohérences de gestion entre les différents médecins issus des établissements partenaires.*
- ✓ *Son élaboration concertée permet de prendre en compte la diversité des situations selon la taille, l'activité ou la localisation : elle est une occasion de développer les échanges et la coopération entre établissements.*

A contrario, cette démarche peut présenter certains risques. Notamment, le poids des CHU dans la structuration des règles peut parfois induire dans certains établissements plus petits un sentiment d'inadéquation de certaines règles, ou de lourdeur des outils de gestion. Par ailleurs, cela limite un peu les marges de manœuvre de chaque établissement pour mettre au point sa propre logique d'application, car le cadrage régional entraîne chez les médecins des logiques de comparaison entre ce qui se fait dans l'établissement et chez les autres.

Il est donc important que la démarche de projet permette de trouver le bon niveau de compromis entre un cadrage commun et l'autonomie d'action des établissements.

Au niveau des établissements, certains parmi ceux analysés (par exemple le CH de Lens) ont fait le choix d'élaborer, de façon concertée entre la Direction et les représentants des médecins (CME et COPS), un protocole explicitant les modalités d'application des règles sur le décompte, l'organisation et la rémunération du temps médical. On se situe alors à un niveau de détail plus fin, puisqu'il s'agit de prendre acte des modalités précises de mise en œuvre des textes, ou de fixer des compromis particuliers sur certains points.

3.2 Contrats individuels

Précisions formulées par la DHOS :

Il est rappelé, que la contractualisation du temps de travail additionnel prévue par l'article 4 - 2ème et 3ème alinéas – de l'arrêté du 30/04/2003 constitue une modalité possible d'organisation du temps de travail additionnel. Elle ne constitue pas un préalable nécessaire à la réalisation et à l'indemnisation du temps de travail additionnel. En effet, le recours au temps de travail additionnel peut aussi être ponctuel (cf. 4ème alinéa du même article 4).

Les organisations médicales de service peuvent être déclinées en contrats individuels discutés et conclus avec chaque praticien et révisables annuellement. Ils définissent notamment :

- les conditions de réalisation et d'indemnisation du temps additionnel,
- le choix entre rémunération et récupération ou versement au CET des temps additionnels (en fonction des contraintes et des nécessités de service),
- le choix entre indemnisation ou récupération des astreintes.

L'arrêté du 30 avril 2003 n'évoque la notion de contractualisation individuelle que pour le temps additionnel, mais on pourrait, en accord avec le praticien, l'étendre à l'ensemble de l'organisation du temps : période de jour, période de nuit, participation à la permanence des soins,...

Dans cette hypothèse, l'établissement de ces contrats individuels suppose qu'en amont ait été définie et contractualisée l'organisation médicale de service. En outre, ils doivent être révisables et suffisamment souples au regard des nécessités de service.

Exemple 1 (règles régionales proposées par la FHF Nord Pas-de-Calais)

Le texte pose comme règle l'établissement d'un contrat d'organisation médicale décliné en contrats individuels "où chaque praticien s'engage à respecter la maquette d'organisation des services où il intervient". Il est aussi prévu que ces contrats soient ajustés tous les 4 mois, et révisés annuellement.

Exemple 2 (CH Chalon sur Saône)

L'établissement a posé comme principe de ne rémunérer de plages additionnelles dans les services avec obligation de permanence, que sur la base d'un contrat individuel dans lesquels le praticien s'engage à participer à la permanence des soins, même au-delà de ses obligations maximales de service, en cas de nécessité impérieuse (mais le contrat ne fixe pas de volume de plages additionnelles à réaliser).

* * * * *

Annexe 2 :
Elaborer une maquette d'organisation médicale.

Service :

Année :

MAQUETTE D'ORGANISATION MEDICALE DU SERVICE(du département, du pôle...)

de :

Conformément à l'accord sur les modalités d'organisation et d'indemnisation du temps médical au Centre Hospitalier de Lens en 2004 résultant des décisions de la COPS du, le présent document définit l'organisation médicale du service, (du département, du pôle) deaprès discussion avec les praticiens et avis du conseil de service du

Ce document sera soumis pour validation à la COPS et pour avis à la CME. Il servira de base à l'élaboration du tableau général annuel de service arrêté par le directeur de l'établissement et sera annexé au contrat interne d'organisation médicale du service signé entre le chef du service et le directeur de l'établissement.

Ce document est établi pour l'année

Il comprend :

- 1 - La description de l'activité médicale et de son évolution prévisible sur l'année
- 2 - L'évaluation des ressources médicales disponibles
- 3 - L'organisation des activités et l'estimation du besoin en temps médical
- 4 - L'estimation du besoin en temps additionnel sur l'année

La maquette d'organisation médicale : mode d'emploi

A quoi sert –elle ?

1 – A décrire l'activité du service en temps médical en distinguant :

les ressources disponibles
et les besoins estimés par le service

2 – A identifier l'écart entre les ressources et les besoins et à l'expliquer

3 – A réfléchir à l'organisation médicale du service et à son amélioration

4 – A permettre de contractualiser le temps additionnel éventuel nécessaire pour chaque service

Qui la remplit et comment la remplir ?

1 - C'est le chef de service, assisté(e) de son équipe qui renseigne la maquette. Les réponses aux questions doivent être reportées dans les cases prévues à cet effet.

2 - Les informations déjà disponibles auprès des affaires médicales seront pré-remplies.

3 - Les tableaux seront remplis par le bureau des affaires médicales, chaque fois que cela est précisé dans le document.

Il vous appartient de vérifier et de valider ces chiffres.

4 – Les commentaires d'aide au remplissage des grilles figurent en note de bas de page.

5 –La mise au point de la maquette donnera lieu à un échange de fichiers entre le chef de service et les affaires médicales et à une discussion pour validation définitive.

1. Description de l'activité médicale et de son évolution prévisible sur l'année

1.1 Description de l'organisation du service (du département, du pôle)

Service, département ou pôle : ¹³		Responsable Chef de service
Unités fonctionnelles	UF	Responsables
	UF	
	UF	
	UF	
	UF	

¹³ Cette première partie vise à décrire succinctement l'activité du service et à préciser les noms des praticiens responsables d'unités fonctionnelles

1.2 Analyse de l'activité médicale du service pendant l'année passée

- Votre organisation a-t- elle été constante ou variable sur l'année ? ¹⁴
- Si votre organisation est variable sur l'année : quel est le nombre de semaines de fonctionnement ou nombre de jours de fonctionnement au cours de l'année passée ?

- Avez-vous identifié des périodes de faible ou forte activité ?

- Précisez quels sont les indicateurs pertinents de l'activité du service et quelles sont les données disponibles pour l'année passée ?

Indicateurs	Volume

¹⁴ Il convient de travailler avec les informations existantes recueillies par la cellule de gestion, par le DIM et par le service. Il faut choisir un petit nombre d'indicateurs (3 à 5 environ) pour rester dans le cadre d'une analyse tendancielle. Selon l'activité, on peut songer à : le nombre de lits ouverts (pour tenir compte des périodes de fermeture de lits), le nombre d'entrées, le nombre de consultations, le volume de jours d'hospitalisation, le nombre d'actes (interventions au bloc, ..), le nombre d'examen réalisés pour d'autres services.

1.3 Prévisions d'activité pour l'année à venir

- Quelles sont les prévisions d'évolution de l'activité¹⁵ du service les plus significatives susceptibles d'avoir une incidence sur les besoins et l'organisation du temps de travail ?

- Sur combien de semaines, le service va-t-il fonctionner et combien de fermetures de lits sont programmées ?

¹⁵ L'établissement de prévisions repose sur :

- l'extrapolation des données représentatives de l'activité passée (qui permettent en particulier de repérer des régularités statistiques dans les variations d'activité et les effets de saisonnalité),
- la prise en compte de facteurs d'évolution structurelle jugés significatifs, notamment ceux présents dans le projet médical : évolution des pathologies traitées, modification des méthodes médicales, démarche volontariste de développement de l'offre, etc.
- l'intégration de facteurs conjoncturels connus : le départ annoncé d'un médecin par exemple.

2. L'évaluation des ressources médicales disponibles et leur répartition prévisionnelle sur l'année

2.1 Tableau n° 1 des effectifs au 1^{er} janvier de l'année

(à remplir par les affaires médicales)

Médecins (préciser le nom et le prénom)	Statut (préciser PH temps plein, PH temps partiel, assistants, assistants à temps partagé, praticiens attachés, à titre indicatif: Internes, résidents, faisant fonction d'internes)	Effectif en ETP	
		Budgété	Réel
Total			

2.2 Estimation de l'effectif réel disponible

(à remplir par le service)

Pouvez vous estimer quelles seront vos ressources médicales prévisibles pour l'année à venir ?

Quelles sont les absences longues prévisibles ?

Quels sont les départs prévisibles ? Quels sont les remplacements et/ou recrutements envisagés ?

2.3 Tableau n° 2 des effectifs disponibles

(calculé par les Affaires médicales)¹⁶

Statut	Effectif en ETP		Evaluation de la durée des absences prévisibles en ETP	Estimation de l'effectif réel disponible en ETP	Observations
	Budgété	Réel			
Praticiens hospitaliers temps plein					
Praticiens hospitaliers temps partiel					
Assistants					
Assistants à temps partagé					
Praticiens attachés					
Faisant fonction d'internes					
Total					
(à titre indicatif) Internes Résidents					
Postes vacants					

¹⁶ Les effectifs physiques et en ETP sont les effectifs au 1/1 de l'année. Les effectifs réels sont les effectifs rémunérés au 1/1 de l'année. La notion d'effectif réel disponible en ETP est la mieux adaptée pour cette étape. Cela permet d'intégrer à la fois l'existence de temps partiel, des arrivées ou départs anticipés en cours d'année, et des absences de longue durée connues (congés longue maladie, congé de longue durée, maternité...) en cours d'année. Il s'agit de disposer d'une estimation indicative qui pourra être affinée en cours d'année

2.4 Estimation du volume de demi-journées de travail opérationnelles

(à remplir par le service)

Pouvez vous préciser les activités régulières exercées par les médecins hors du service et en évaluer le volume en ½ journées sur l'année ?

Types d'activités	Volume estimé en ½ journées pour le service sur l'année	Commentaires
Formation médicale continue		
Bureau de CME et COMEX		
Conventions à préciser¹⁷		
Intérêt général		
Activité de réseau		
Partage d'activité avec d'autres établissements		
Autres		
Total		

¹⁷ Préciser la nature des conventions et des activités

2.5 Tableau n ° 3 du temps opérationnel dans le service

(à remplir par les affaires médicales)

Statut	Volume de temps disponible en ½ j ¹⁸		Activités extérieures ¹⁹	Volume de temps opérationnel	Observations
	ETP disponibles	X 414 ½ J	Nombre de ½ j à déduire	Reste en ½ journées	
P H temps plein					
P H temps partiel					
Assistants					
Assistants à temps partagé					
Praticiens attachés					
Faisant fonction d'interne					
Total					A reporter à la case C du tableau § 4.2
A titre indicatif internes					

¹⁸ Volume de temps disponible = ETP disponibles x 414 ½ j (365 jours – 104 repos hebdomadaires – 25 Congés annuels – 20 RTT – 9 fériés = 207 jours X 2 = 414 ½ journées)

¹⁹ Voir tableau page précédente

3. Organisation de l'activité et évaluation des besoins en temps médical

3.1 Organisation des activités de jour

A remplir par le service : précisez l'organisation du temps de jour et la répartition des activités²⁰ adoptée dans le service en remplissant ce tableau.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin							
Après midi							

²⁰ exemples d'activités : consultations, visite, bloc central, bloc maternité, scanner, échographie, chirurgie ambulatoire, SAMU, SMUR, ...

Il appartient à chaque service de définir la typologie la mieux adaptée à son activité, sans entrer dans trop de détails car l'objectif est de procéder à une analyse des besoins de présence médicale par demi-journée. Indiquer le nombre de médecins concernés par l'activité pour chaque demi-journée.

3.2 Les besoins en permanence et les principes de leur organisation

3.2.1 Définition de la permanence des soins

A remplir par le service : précisez, pour chaque période concernée (nuit, week-end, jours fériés) la nature de la permanence prévue.²¹

3.2.2 Répartition et programmation

Quels sont les principes de répartition de la permanence ? Avez un problème de respect du repos quotidien ?

²¹ - permanence sur place
- demi-permanence sur place suivie d'une astreinte opérationnelle
- astreinte opérationnelle
- astreinte de sécurité.

3.3 Estimation des besoins en temps médical

A remplir par le service : évaluez quels sont vos besoins de temps de présence des médecins²² (en ½ journées) jugé nécessaire pour couvrir les activités du service de jour comme de nuit.

En hypothèse haute (fonctionnement avec un fonctionnement "normal")		Besoin en ½	Besoin en 1/2 journées
JOUR		journées médecin par jour	médecin par semaine
ACTIVITES			
TOTAL JOUR = A			
Samedi après midi			
Dimanche matin			
Dimanche après midi			
Nuits			
TOTAL Permanence sur place = B			
TOTAL GENERAL = A + B			

²² Indiquer le nombre de médecins nécessaires pour réaliser les activités par demi-journée.

Attention ! : selon la typologie retenue et la charge de travail, deux activités peuvent parfois être réalisées (successivement ou simultanément, par le même médecin). Par exemple, on peut avoir dans la même demi-journée une activité consultations et une activité d'épreuve d'effort avec un seul médecin. Ou bien on peut avoir 2 radiologues qui prennent en charge 3 salles de radiographie, échographie et mammographie.

En hypothèse basse (avec un effectif réduit en période de fermeture de lits)		Besoin en ½ journées médecin par jour	Besoin en 1/2 journées médecin par semaine
JOUR			
ACTIVITES			
TOTAL JOUR = A			
Samedi après midi			
Dimanche matin			
Dimanche après midi			
Nuits			
TOTAL Permanence sur place = B			
TOTAL GENERAL = A + B			

3.4 Tableau n° 5 des besoins en temps médicaux sur l'année

(à remplir par les affaires médicales)

Se reporter aux précisions formulées par la DHOS au § 5.2 Modalités de calcul et de rémunération du temps additionnel page 27.

<i>Besoin de couverture en temps médical de jour</i>		<i>lundi au samedi matin</i>				
Hypothèse haute	Besoins en 1/2 j par semaine	Besoin 1er quadrimestre	Besoin 2ème quadrimestre	Besoin 3ème quadrimestre	Besoin sur l'année	Evaluation besoin médecins en ETP (*)
<i>Nombre de semaines</i>		17	18	17	52	
ACTIVITES						
Total besoin jour = a						
<i>Besoin de couverture en temps médical</i>		<i>samedi après-midi / dimanche journée</i>				
samedi après-midi						
dimanche matin						
dimanche après-midi						
<i>Besoin de couverture en temps médical</i>		<i>lundi au dimanche</i>				
Nuits en permanence sur place						
Total permanence sur place = b						
TOTAL GENERAL = a + b						
à reporter sur tableau § 4.2		en A			en B	

(*) : besoin sur l'année divisé par 414 demi-journées.

3.5 Tableau n° 5 bis des besoins en temps médicaux sur l'année

(à remplir par les affaires médicales)

<i>Besoin de couverture en temps médical de jour</i>		<i>lundi au samedi matin</i>				
Hypothèse basse	Besoins en 1/2 j par semaine	Besoin 1er quadrimestre	Besoin 2ème quadrimestre	Besoin 3ème quadrimestre	Besoin sur l'année	Evaluation besoin médecins en ETP (*)
<i>Nombre de semaines</i>		17	18	17	52	
ACTIVITES						
Total besoin jour = a						
<i>Besoin de couverture en temps médical</i>		<i>samedi après-midi / dimanche journée</i>				
samedi après-midi						
dimanche matin						
dimanche après-midi						
<i>Besoin de couverture en temps médical</i>		<i>lundi au dimanche</i>				
Nuits en permanence sur place						
Total permanence sur place = b						
TOTAL GENERAL = a + b						
à reporter sur tableau § 4.2		en A			en B	

(*) : besoin sur l'année divisé par 414 demi-journées.

Quelles seraient de votre point de vue les mesures d'organisation à prendre pour améliorer le fonctionnement médical du service ? Quels gains en attendre sur le temps de travail ?

4. Estimation des besoins en temps additionnel

4.1 Rappel des données existantes de l'année passée pour le service :

(complété par le service des affaires médicales)

Se reporter aux précisions formulées par la DHOS au § 5.2 Modalités de calcul et de rémunération du temps additionnel page 27.

Obligations de service en ½ journées X	½ Journées réalisées Y	Ecart entre obligations de service et réalisé en ½ journées	Nombre de CA et RTT non pris sur l'année en ½ journées	½ périodes de Temps additionnel pour l'année
Nombre d'ETP du service x 414 ½ Journées	Hors CA, RTT et jours fériés pris et hors appels	$Z = Y - X$		Recalculées sur la base de 414 ½ j

4.2 Estimation du besoin annuel du service en temps additionnel

(à compléter par les affaires médicales)

	Hypothèse haute (Fonctionnement selon maquette souhaitable Tableau 5)	Hypothèse basse (Fonctionnement en « effectif réduit » Tableau 5bis)
Besoin hebdomadaire en temps médical (A)²³		
Besoin annuel du service (B)		
Potentiel disponible ©		
Besoin annuel en temps additionnel (D) = (B) – (C)		
<i>Traduction en moyenne hebdomadaire (E) = (D) / 52</i>		

²³ (A) et (B) sont issus du tableau n°5 et 5 bis

(C) est issu du tableau n°3

Les deux cases (D) encadrées fournissent une fourchette d'estimation du temps additionnel

(E) permet d'estimer le besoin en temps additionnel au niveau hebdomadaire

- Commentez les raisons de l'écart entre le temps additionnel consommé l'an passé et les besoins estimés pour l'année

* * * * *

**Deuxième partie :
Mutualisation du temps médical**

Plan de la 2^{ème} partie

INTRODUCTION	95
1. LES OBJECTIFS DES COOPERATIONS ETUDIEES	95
1.1 MAINTENIR OU DEVELOPPER L'OFFRE DE SOINS	95
1.2 ASSURER LA PERMANENCE DES SOINS	96
1.3 AMELIORER LA QUALITE DES SOINS	98
1.4 REALISER DES ECONOMIES DE MOYENS	99
1.5 FACILITER L'APPLICATION DE L'AMENAGEMENT ET DE LA REDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL MEDICAL	99
1.6 ELEVER LE NIVEAU DE COMPETENCES, HOMOGENISER LES PRATIQUES	99
1.7 OBTENIR DU TEMPS MEDICAL SUPPLEMENTAIRE	100
1.8 METTRE EN PLACE UNE GRADATION DES SOINS ENTRE PLUSIEURS ETABLISSEMENTS	101
2. LES METHODES DE CONDUITE DES PROJETS.....	101
2.1 LES INITIATEURS ET LES ACTEURS	101
2.2 LA FORMULATION DES OBJECTIFS	103
2.2.1 <i>Les objectifs formulés dès le départ sont atteints</i>	103
2.2.2 <i>La fixation d'objectifs intermédiaires préparant des évolutions futures</i>	103
2.3 INFORMATIONS A MOBILISER POUR APPRECIER L'OPPORTUNITE DE MUTUALISER DES TEMPS MEDICAUX	104
2.4 LA METHODE ET LES ETAPES DE MISE EN OEUVRE DU PROJET	104
2.4.1 <i>Conclusion d'un accord de méthode entre les partenaires ?</i>	104
2.4.2 <i>Des points de validation réguliers avec les instances</i>	105
2.5 RECOURS A UN CONSULTANT	105
2.6 PLANNING ET DELAIS DE MISE EN ŒUVRE.....	106
3. LES DIFFERENTES FORMES JURIDIQUES OBSERVEES	107
3.1 FEDERATION MEDICALE INTERHOSPITALIERES (FMIH)	107
3.2 CONVENTIONS.....	108
4. REVUE ET ANALYSE DES CONVENTIONS INDIVIDUELLES D'EXERCICE A TEMPS PARTAGE	108
4.1 PREAMBULE	108
4.2 SIGNATAIRES.....	109
4.3 DEFINITION DU CADRE JURIDIQUE ET DE L'EMPLOYEUR.....	109
4.4 EXERCICE DE L'ACTIVITE ET ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL.....	110
4.5 PARTICIPATION A LA PERMANENCE DES SOINS	112
4.6 MODALITES DE FINANCEMENT ET DE REMUNERATION	112
4.7 FRAIS DE DEPLACEMENT	113
4.8 TEMPS ADDITIONNEL.....	114
4.9 PRIMES	114
4.10 DROITS ET OBLIGATIONS	115
4.11 RESPONSABILITE	115
4.12 COUVERTURE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL.....	115
4.13 DUREE DE LA CONVENTION	116
4.14 RENOUELEMENT	116
4.15 AUTRES MODALITES ORGANISATIONNELLES OBSERVEES	117

ANNEXES.....118

ANNEXE 1 DESCRIPTIF DES COOPERATIONS ETUDIEES POUR CHAQUE ETABLISSEMENT119

**ANNEXE 2 : MODELES TYPES DE CONVENTIONS DE COOPERATION EN VUE DE MUTUALISER
DES TEMPS MEDICAUX.....128**

**ANNEXE 3 : TRAME TYPE POUR FORMALISER UNE CONVENTION INDIVIDUELLE D'EXERCICE
A TEMPS PARTAGE.....140**

* * * * *

Introduction

Cette deuxième partie est consacrée aux dispositifs de mutualisation du temps médical observés dans certains des quatorze établissements impliqués dans les travaux de la MeaH. Certains des dispositifs mentionnés dans ce document ont été décrits dans les rapports d'étape produits par la MeaH en octobre 2003 et en mars 2004.

Dans un premier temps, ce document rappelle les motifs et les objectifs qui ont conduit les établissements à partager du temps médical. La démarche engagée par les partenaires pour mutualiser leurs temps médicaux est ensuite abordée. Enfin, les formes juridiques de ces coopérations, les modalités pratiques d'organisation du temps de travail et d'indemnisation des praticiens sont décrites. Ces observations sont complétées par une description synthétique des coopérations étudiées pour chaque établissement qui figure en annexe 1.

Des conventions types (construites à partir des situations rencontrées dans les établissements) portant sur la mise en place d'astreintes opérationnelles communes entre un établissement public et un établissement privé et la participation de praticiens extérieurs à la permanence des soins dans le cadre d'une activité continue sont disponibles en annexe 2. Enfin, l'annexe 3 comporte une trame type pour formaliser une convention individuelle d'exercice à temps partagé.

1. Les objectifs des coopérations étudiées

Les objectifs poursuivis par les différentes coopérations étudiées sont divers, mais partent tous de l'analyse d'une difficulté, d'un manque ou de la volonté de maintenir ou d'améliorer l'offre de soins ou encore de rendre le système plus efficient.

Si l'intérêt à agir des différents partenaires est partagé, les objectifs poursuivis par les partenaires sont souvent différents, voire opposés dans certains cas. Dans le cas, par exemple, de la coopération entre un établissement de taille importante et un établissement de taille plus réduite, l'intérêt du "gros" établissement peut être de trouver chez le plus "petit" des ressources médicales qui lui font défaut pour gérer une activité importante, alors que le plus petit cherche par la coopération à maintenir, voire augmenter son niveau d'activité, insuffisante au regard des moyens mobilisés, notamment en personnel médical. Des objectifs opposés, non écrits, et parfois non formulés, peuvent donc générer une coopération aux intérêts croisés.

1.1 Maintenir ou développer l'offre de soins

Cet objectif est l'un des plus fréquemment rencontrés dans les établissements étudiés qu'il s'agisse d'activités continues (par exemple USIC, urgences...) ou discontinues (par exemple créer une unité de réadaptation cardio-vasculaire). C'est souvent l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent pour maintenir ou créer une activité qui motive la mise en commun : recrutement insuffisant de patients et/ou pénurie de ressources médicales pour mettre en place ou développer une activité.

Les coopérations entre établissements ont manifestement permis de répondre de manière assez satisfaisante à cet objectif. Il est à noter que ce type d'objectif bénéficie généralement d'un appui des tutelles qui s'accompagne parfois d'attributions de moyens.

Exemples étudiés :

Fédération des Urgences de Creil : l'idée essentielle présidant à la création de la fédération était de maintenir une activité sur les trois services d'urgence, du fait de leur complémentarité en termes de couverture sanitaire territoriale, le Centre Hospitalier de Creil ne pouvant assumer à lui seul les 70.000 passages annuels du secteur.

La fédération de Cardiologie de Creil a bénéficié d'une mutualisation de moyens, notamment humains, pour permettre l'ouverture d'une Unité de Soins Intensifs en Cardiologie (USIC).

USIC de Morlaix : la création d'une USIC entre le centre hospitalier de Morlaix et le centre Hélio-Marin de Perharidy à Roscoff (PSPH), a pour objet principal de répondre aux besoins de la population en matière de soins intensifs de cardiologie mais aussi de faciliter le fonctionnement d'une unité de réadaptation cardio vasculaire au centre de Perharidy. Ce dispositif a permis de fidéliser les praticiens de ce centre en leur offrant la possibilité d'exercer une activité au-delà de la seule rééducation.

Coopération en gynécologie obstétrique à Guingamp : un objectif stratégique sous-tend cette coopération dans la mesure où il s'agit pour les partenaires (le centre hospitalier et la clinique Armor Argoat) d'assurer la pérennité d'une maternité. L'organisation d'une astreinte opérationnelle dans le cadre d'une clinique ouverte a vocation à assurer cette pérennité.

CHU Nancy et CH de Toul : la convention de complémentarité fait référence au protocole d'accord proposé par l'ARH et rappelle les objectifs suivants :

- 1. Développer l'organisation d'une filière de soins en chirurgie afin de mieux orienter les patients.*
- 2. Favoriser la coordination et la continuité des soins dispensés.*
- 3. Promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité.*

1.2 Assurer la permanence des soins

Cet objectif vient en deuxième position parmi les objectifs les plus fréquemment rencontrés dans les établissements étudiés. Les raisons en sont multiples :

- en premier lieu, les textes législatifs et réglementaires sur la permanence des soins ont posé de grandes difficultés d'application aux établissements, au même titre que ceux sur l'ARTT des médecins. Très souvent, la solution est apparue impossible à trouver en interne, d'où le choix de trouver des partenaires.
- ensuite, la réglementation sur le temps de travail est mathématiquement inapplicable si l'équipe médicale considérée compte moins de 3 médecins (pour une astreinte opérationnelle). Or, l'activité diurne ou programmée ne justifie souvent toujours pas des équipes de cette taille. Ni les établissements, ni même les praticiens n'ont intérêt sur le plan des bonnes pratiques et sur le plan économique à mettre en place des équipes surdimensionnées par rapport à l'activité, dans le

seul but d'assurer la permanence des soins. Cette taille critique, pour certaines spécialités, ne peut donc être atteinte qu'en mutualisant les ressources humaines.

- enfin, la prise en charge des urgences de nuit et de week-end s'accompagne bien souvent d'une permanence des soins de spécialité (médicale, médico technique,...), qui nécessite des équipes médicales étoffées et spécialisées.

Cet objectif a pu être diversement atteint par les mutualisations observées :

Création d'une astreinte commune entre le CH Morlaix et le CMC de la Baie : la création de cette astreinte commune vise à assurer la permanence des soins en chirurgie viscérale et traumatologique dans le bassin de Morlaix (compte tenu de la zone d'attraction d'environ 130 000 habitants et des besoins induits, il n'est pas possible d'assurer une astreinte par établissement) et garantir ainsi l'autonomie de la prise en charge chirurgicale à l'est du secteur sanitaire 1 de Bretagne et de limiter les transferts au CHU de Brest.

Fédération de cardiologie de Morlaix : seule la conclusion d'une convention d'échange de temps médical entre le centre hospitalier et le centre Hélios Marin a, à la fois, rendu possible l'ouverture de l'USIC de Morlaix, et facilité l'ouverture et le fonctionnement de l'unité de réadaptation cardio vasculaire de Roscoff. L'équivalence de l'échange entre la participation des cardiologues de Roscoff à la garde sur place de l'USIC à raison de 6 gardes de 24h/mois et la participation des cardiologues de Morlaix au fonctionnement du service de réadaptation cardio vasculaire de Roscoff à raison de 3 journées par semaine sur 48 semaines y a largement contribué. Il est à noter que l'équivalence des temps respectifs permet un "troc" (288,5 journées / an) et exclut toute facturation.

Organisation des astreintes de chirurgie à Guingamp : le CH est l'unique lieu d'accueil des urgences mais les praticiens du centre hospitalier se trouvent dans l'impossibilité de "couvrir" des astreintes de chirurgie. L'organisation d'une astreinte de chirurgie viscérale et orthopédique au CH de Guingamp à laquelle participent les praticiens du centre hospitalier et de la clinique de l'Armor Argoat permet d'assurer la permanence de la prise en charge urgente de la chirurgie à Guingamp. Les astreintes sont assurées pour chaque spécialité par les praticiens spécialisés du centre hospitalier et de la clinique. L'orientation du patient est ensuite effectuée en considération de l'établissement d'origine du praticien de garde.

CH de Bagnols sur Cèze et clinique La Garaud – organisation des astreintes de chirurgie orthopédique et de chirurgie viscérale : le préambule de la convention précise que " les parties s'accordent sur la nécessité d'une construction durable du pôle de santé sur Bagnols sur Cèze par une organisation de référence des astreintes de chirurgie orthopédique et de chirurgie viscérale la plus simple possible et centrée sur le patient." Cette collaboration répond à une pénurie de temps médical d'une part, et de l'autre à un problème de dimensionnement du CH d'autre part. En effet le CH de Bagnols sur Cèze est SAU (service d'accueil d'urgence). De ce fait il a l'obligation de mettre en œuvre une permanence de la prise en charge de l'urgence chirurgicale viscérale et orthopédique. Or pour y parvenir il faut à minima 3 chirurgiens par spécialité pour « faire vivre » cette astreinte. Compte tenu de la taille du bassin de santé de Bagnols sur Cèze (85 000 habitants) et de la présence de 2 établissements réalisant ces 2 chirurgies, il n'est pas réaliste pour le CH de constituer des équipes de 3 chirurgiens par spécialité.

CHU de St Etienne - garde pédiatrique unique pour l'ensemble des lits de néonatalogie, de soins intensifs et de réanimation néo-natale : l'amélioration de la prise en charge des urgences

pédiatriques s'articule autour d'une garde pédiatrique unique, d'une astreinte de transport de néonatalogie, d'une garde séniorisée, en association avec les pédiatres de la région stéphanoise, sous la forme d'une convention entre le CHU et une association de pédiatres. Le regroupement de ces activités sur un site unique a bien évidemment facilité la mise en œuvre de cette coopération.

Assistants à temps partagé au CHU de Lille et au CH de Lens: lorsque l'assistant participe aux gardes et astreintes du CHU, il est indemnisé à ce titre directement par le CHU conformément aux règles de l'établissement. Parmi les conventions individuelles observées, seule une prévoit la participation de l'assistant spécialiste à la garde du CH de Lens.

Cet objectif est systématiquement confronté à un obstacle majeur : la difficulté de concilier une approche stratégique (quels besoins pour quelles permanences et dans quel établissement ?), une approche économique (perte de revenus pour certains médecins, coût pour l'hôpital) et une approche technique (décompte du temps médical effectué dans d'autres établissements que celui de rattachement, rémunération du temps additionnel à la charge de quel établissement, etc.). Les modalités de compensation financière et de décompte du temps de travail effectué dans l'autre établissement peuvent s'avérer parfois non incitatives, voire bloquantes. Il en va de même pour le repos quotidien qui peut être difficile à respecter dès lors qu'un praticien d'un service à faible effectif participe aux gardes dans l'établissement partenaire.

Enfin, si la spécialisation de l'activité ou des astreintes s'accompagne d'une répartition de ces mêmes astreintes entre les établissements, deux questions doivent être associées à la réflexion :

- quelle pédagogie mettre en œuvre pour faire connaître à la population et aux médecins de ville cette répartition et comment en assurer la lisibilité à court et long terme ?
- comment organiser les activités "périphériques" (imagerie, laboratoire, avis spécialisés...) qui peuvent être nécessaires sur les deux sites ? Dans certains cas, la spécialisation peut se heurter à l'obligation de maintenir sur les 2 sites des activités et des moyens redondants.

1.3 Améliorer la qualité des soins

Cet objectif est rarement présenté comme l'objectif numéro un, même si dans les faits, ce sont les "outils" de la prise en charge qui ont souvent constitué les premiers pas des coopérations (dossier commun, procédure d'admission, élaboration de protocoles communs, état des lits disponibles dans plusieurs établissements...). L'ambition d'harmoniser des outils peut paraître modeste au premier abord, mais les résultats sont souvent intéressants en termes d'amélioration de la prise en charge des patients, de la continuité des soins, de gains en efficacité. Par ailleurs, ces travaux d'harmonisation permettent une amorce "en douceur" de la coopération, les acteurs apprenant à travailler ensemble sur des thèmes peu polémiques.

CH Creil – Fédération des services d'urgences : l'objectif visant à élargir les compétences en médecine d'urgence des médecins urgentistes a été atteint grâce à la rotation des médecins (habituels à un faible plateau technique au CH de Clermont de l'Oise ou à une médecine d'urgence très spécialisée au CH de Creil). Un autre objectif était la possibilité de connaître en temps réel les disponibilités des lits et des équipes : cet objectif a également été atteint grâce à l'achat d'un logiciel commun.

La question peut se poser, pour ce dernier exemple, de la nécessité de mettre en place des outils juridiques complexes (fédération, GCS) alors que de simples réunions de travail pourraient être suffisantes. Cependant, dans le cas où ces travaux sont envisagés comme l'amorce d'une mutualisation plus avancée, la mise en œuvre de ces structures peut se justifier.

1.4 Réaliser des économies de moyens

La réalisation d'économies ou la meilleure utilisation des moyens disponibles (partage d'équipements, filières d'hospitalisation...) est davantage une conséquence de la complémentarité qu'un objectif initial.

CH Narbonne - CH Lézignan-Corbières : Fédération en orthopédie – traumatologie : la collaboration a favorisé une meilleure répartition et une meilleure utilisation des moyens, en termes de temps médical, mais aussi de personnel paramédical. En effet, les 2 IBODE et les 2 IADE du CH de Lézignan-Corbières viennent renforcer l'équipe du CH de Narbonne lorsqu'il n'y a pas d'activité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire sur le site de Lézignan-Corbières, soit 2 jours par semaine.

Guingamp – Clinique ouverte de gynécologie obstétrique : les praticiens privés assurent la permanence des soins mais pas la continuité des soins dans la mesure où ils allègent la charge de la garde sans pour autant s'inscrire dans le tableau de service de jour. Un calcul réalisé par les responsables hospitaliers a mis en évidence que l'activité de deux praticiens privés dans le cadre de la clinique ouverte équivalait à 0,4 praticien hospitalier. Il convient de noter qu'en matière d'astreinte de chirurgie les chirurgiens privés participent à la continuité des soins de jour.

1.5 Faciliter l'application de l'Aménagement et de la Réduction du Temps de Travail Médical

Dans les coopérations étudiées, l'application de l'ARTT médical n'est jamais apparue comme l'élément déclencheur du rapprochement, mais souvent au contraire, comme une contrainte supplémentaire. Non seulement les dispositifs étudiés préexistaient à la nouvelle réglementation sur le temps de travail médical, mais on peut même constater que la mise en place de la nouvelle réglementation sur le temps de travail médical a pu dans certains cas freiner, voire stopper certains processus de mutualisation.

1.6 Elever le niveau de compétences, homogénéiser les pratiques

La recherche de complémentarités en mutualisant du temps médical peut parfois se traduire par une élévation du niveau de compétences des praticiens et/ou par l'homogénéisation des pratiques et des outils (dossier médical, protocoles...). Cependant, force est de reconnaître que cet objectif n'est pas suffisant pour déclencher la coopération dans les exemples rencontrés. Il constitue davantage un point de passage quand les acteurs ne souhaitent pas aller d'emblée plus loin dans la mutualisation du temps médical.

CH Creil – Fédération des services d'urgences : les avantages de la fédération, tels qu'ils sont décrits par les acteurs sont nombreux : atteinte d'une masse critique, harmonisation des pratiques cliniques, amélioration de la communication et de la solidarité inter - hospitalière, coordination des

dossiers adressés à la tutelle. Néanmoins la fédération s'était fixé un objectif initial de mutualiser des moyens humains médicaux et paramédicaux. Même si les résultats obtenus sont satisfaisants, les membres de la fédération ont exprimé leur déception quant au fait de ne pouvoir aller plus avant, compte tenu de contraintes diverses (notamment, les modalités de décompte et de rémunération du temps de travail des médecins et l'absence d'autonomie budgétaire de la fédération).

Fédération de cardiologie de Morlaix : l'échange de temps médical entre le centre hospitalier et le centre hélio marin répond à un intérêt croisé et convergent : développer l'activité de cardiologie sur les deux sites.

CH Lens et CHU de Lille : dispositif des assistants à temps partagé : la formule répond à une préoccupation majeure à savoir pourvoir les nombreux postes de praticiens hospitaliers vacants dans les hôpitaux de la région et limiter la fuite des internes. L'idée initiée par le CHU a été de mettre en place un post-internat différent du clinicat bénéficiant des mêmes avantages voire offrant aux internes des conditions plus intéressantes. En effet, les assistants spécialistes à temps partagé bénéficient d'un temps de formation et d'activité d'intérêt général au CHRU et d'une perspective de poste de praticien hospitalier dans un centre hospitalier de la région.

1.7 Obtenir du temps médical supplémentaire

Les établissements sont parfois confrontés à un problème paradoxal que nous avons déjà rencontré. Ils souffrent d'une pénurie de temps médical pour assurer la permanence des soins dans de bonnes conditions et à l'inverse, ils n'ont pas un flux de patients suffisant qui justifierait une équipe plus étoffée ; du coup, le recrutement n'est pas envisageable :

- soit qu'ils ne le souhaitent pas pour des raisons budgétaires ou parce qu'ils ont d'autres priorités,
- soit parce que l'ARH leur fait savoir que la collaboration est la condition *sine qua non* à la création d'un poste,
- soit parce que le poste proposé n'est pas attractif et resterait vacant.

La solution peut passer par le recrutement d'un médecin, soit à temps partagé, soit sur un des deux établissements avec mise à disposition pour une partie de son temps sur l'autre établissement. En tout état de cause, les exemples étudiés montrent qu'il semble plus aisé d'obtenir la création d'un poste quand celui-ci est demandé par plusieurs établissements sur un projet concerté.

CH Narbonne - CH Lézignan-Corbières : Fédération en orthopédie – traumatologie : la collaboration entre les deux sites était, à court terme, la seule possibilité de pourvoir un poste sur le site de Lézignan ; compte tenu de l'évolution de la démographie des chirurgiens, de leur spécialisation et des sujétions imposées par cette discipline, il était en effet peu probable de recruter un candidat exclusivement sur le CH de Lézignan-Corbières. De plus, la collaboration a déclenché l'obtention d'un 3ème poste au CH de Narbonne pour renforcer son équipe et supporter les contraintes de la permanence des soins, de faire face à l'augmentation d'activité et de spécialiser les praticiens.

CH Creil : la naissance de la fédération de cardiologie a permis la création et le fonctionnement de l'USIC, inscrite au SROS, et s'est accompagnée de la création par l'ARH de postes dans les 3 hôpitaux partenaires.

1.8 Mettre en place une gradation des soins entre plusieurs établissements

De nombreux textes (urgences, périnatalité, réanimation, cancérologie, diabète...) et recommandations prévoient l'organisation d'une gradation des activités entre les établissements. Traduite dans les SROS et la carte sanitaire, cette gradation des soins a parfois du mal à se mettre en place ; soit parce que les petits établissements craignent de perdre en recrutement et en attractivité ; soit parce que les patients eux-mêmes préfèrent s'adresser directement au niveau le plus élevé, même si leur prise en charge pourrait être assurée dans de bonnes conditions par le niveau de proximité.

Les opérations de gradation des soins ont plus de chances d'être un succès lorsque les intérêts des établissements sont préservés, voire renforcés. L'exemple de la fédération interhospitalière stéphanoise de pédiatrie est, à cet égard, intéressant.

CHU Saint Etienne et CH de Firminy : fédération inter hospitalière de pédiatrie : l'organisation mise en place vise à assurer la prise en charge "mère-enfant" en conformité avec les recommandations du plan périnatalité en permettant au CHU d'assurer un rôle de maternité de référence pour le CH de Firminy et les autres établissements du secteur. La répartition de l'activité est satisfaisante entre les deux sites. Cette organisation vise également à améliorer la prise en charge des urgences pédiatriques, à travers la mise en place d'un accueil pédiatrique spécialisé sur le CHU. Une garde pédiatrique libérale complète le dispositif les samedis, dimanches et jours fériés ; elle est réalisée dans le cadre d'une convention entre le CHU et l'association des pédiatres de la région stéphanoise afin de contribuer à la mise en œuvre d'un réseau de soins ville - hôpital.

La complémentarité a permis au CHU de maîtriser son recrutement et d'améliorer la prise en charge (garde sur place) et au CH de Firminy d'accroître le nombre d'accouchements, et confortant ainsi sa maternité.

2. Les méthodes de conduite des projets

2.1 Les initiateurs et les acteurs

Toutes les complémentarités étudiées sont singulières et leurs initiateurs sont variables. Il est donc nécessaire qu'à un moment ou un autre (mais pas nécessairement au début du processus), tous soient convaincus de l'intérêt de la complémentarité.

Les observations conduites dans ces établissements montrent que les directions ou les ARH sont le plus souvent à l'initiative des projets de création de services, et que les communautés médicales sont davantage porteuses des projets d'organisation ou de répartition des effectifs médicaux.

Les SROS ont pour vocation d'organiser l'offre sanitaire à l'échelle d'une région. Les orientations qui y figurent ont naturellement conduit à un certain nombre de coopérations. Ces préconisations sont d'autant plus suivies qu'elles s'accompagnent de l'octroi de moyens nouveaux, levier de la participation des établissements.

A moyens constants, en revanche, l'influence exercée par les ARH est plus ténue. Leur position ne leur permet pas de contraindre des établissements qui ne le souhaiteraient pas, à coopérer. Dans ces cas-là, elles peuvent jouer un rôle de catalyseur en mettant en évidence les intérêts à agir de chaque partenaire potentiel mais leurs moyens d'action restent limités.

Les directions peuvent amorcer un processus de coopération mais elles ne peuvent pas plus si les professionnels de terrain ne le souhaitent pas. Il est donc important qu'elles trouvent dans les autres établissements des correspondants également intéressés.

CH Creil : Fédération de cardiologie : l'USIC, positionnée à Creil par le SROS, a conduit les établissements à créer un Comité de Pilotage avec la participation de l'ARH. Au-delà de la création de l'USIC, ce Comité a fixé les objectifs sectoriels comme la rythmologie et la coronographie et a élaboré la convention constitutive de la fédération de cardiologie.

Guingamp – Clinique ouverte de gynécologie obstétrique et astreintes de chirurgie : les deux dispositifs ont connu un scénario similaire : impulsion par les acteurs politiques locaux autour du concept de pôle public. L'ARH a été fortement incitatrice (SROS, COM des deux établissements), et facilitatrice (allocation de moyens).

CH Bagnols : mutualisation et spécialisation de 2 lignes de gardes et astreintes : l'ARH, après maints essais antérieurs, a imposé, dans le cadre de la mission Hôpital 2007 sur la base d'un projet immobilier intéressant la clinique La Garaud et le CH Louis Pasteur, une organisation du SAU chirurgical hospitalier avec la participation des chirurgiens de la clinique. A l'occasion de ce financement par le biais du plan hôpital 2007, l'ARH a fait acter un protocole d'accord le 25 juin 2003, signé par les trois parties.

Les communautés médicales sont également à l'initiative des coopérations.

Fédération des Urgences de Creil : l'actuel chef de service des urgences de Creil a porté le projet jusqu'à sa mise en œuvre.

Fédération de cardiologie de Morlaix : la bonne entente des équipes est constatée. A terme elle devrait permettre une totale osmose des cardiologues des deux établissements concernés.

CHU St Etienne, CH du pays du Giers et CH de Firminy – Fédération inter hospitalière de pédiatrie et pôle couple mère - enfant : la création de la fédération a été largement favorisée par le fait que des collaborations médicales anciennes existaient entre les praticiens des établissements.

Les expériences étudiées ont montré que la réussite d'une coopération repose sur des facteurs humains qui se manifestent notamment par :

- la capacité à convaincre, faire adhérer, vaincre les résistances au changement,
- la capacité à fédérer au-delà de son propre corps de métier (un médecin est-il toujours en mesure de fédérer les personnels paramédicaux ?),
- de bonnes relations inter - personnelles en intra et inter établissements.

2.2 La formulation des objectifs

La question de la formulation des objectifs dès la mise en place de la complémentarité est à la fois une question stratégique et tactique. Incontestablement, les collaborations qui fonctionnent le mieux sont celles dans lesquelles chaque acteur est entré dans le processus en connaissance de cause.

Cependant, il existe aussi d'autres complémentarités qui se sont mises en place plus difficilement, plus lentement, avec des retours en arrière et des modifications de leur périmètre... parce que les objectifs n'étaient pas formulés ou ont varié dans le temps. Or, ces complémentarités aussi ont pu atteindre des objectifs qui parfois se révèlent être des résultats utiles en termes de réponse aux besoins et d'organisation de l'offre de soins.

2.2.1 Les objectifs formulés dès le départ sont atteints

Les collaborations dans lesquelles les objectifs sont formulés et partagés par l'ensemble des acteurs sont évidemment celles qui ont le plus de chance d'être couronnées de succès. Il faut bien reconnaître également qu'un projet soutenu par l'ARH et bénéficiant de l'attribution de moyens nouveaux, a davantage de chances d'aboutir plutôt qu'un projet prévoyant des redéploiements de moyens et d'activité entre plusieurs établissements.

CH Creil : fédération de cardiologie : l'objectif de la fédération était de permettre l'ouverture d'une USIC avec les moyens nécessaires en temps médical. L'objectif a été atteint immédiatement.

CHU St Etienne : fédération inter hospitalière de Pédiatrie : les objectifs étaient partagés dès le départ et formulés : le fonctionnement de la gynécologie - obstétrique sur la ville de Saint Etienne nécessitait le maintien d'une permanence des soins au sein de chaque maternité, avec une double astreinte de gynécologie - obstétrique et de pédiatrie, ainsi qu'une garde d'anesthésie.

Coopération en gynécologie obstétrique à Guingamp : la pérennisation d'une maternité à Guingamp a fortement motivé la coopération et l'octroi d'une autorisation de clinique ouverte par l'ARH.

2.2.2 La fixation d'objectifs intermédiaires préparant des évolutions futures

Parmi les coopérations étudiées, la fixation d'objectifs intermédiaires par les partenaires constitue parfois un passage obligé pour préparer les évolutions futures. Le cas de la fédération des urgences entre les établissements de Creil, Senlis et de Clermont de l'Oise l'illustre bien.

Fédération des Urgences Creil : l'objectif de la fédération était la création d'une équipe médicale unique avec mise en commun des équipes de médecins urgentistes du centre hospitalier de Creil (urgences et SMUR), du centre hospitalier de Senlis (urgences et SMUR) e, du centre hospitalier de Clermont (urgences et SMUR). Cet objectif n'a pour l'heure pas été atteint. Sa réalisation supposerait une affectation directe des médecins à la fédération en budget propre, avec délégation de signature. Des objectifs intermédiaires ont cependant été diversement atteints :

- optimiser les ressources déjà en place : objectif atteint,
- élargir les compétences en médecine d'urgence des médecins : objectif atteint,

- améliorer la qualité des soins et de la prise en charge : objectif partiellement atteint,
- fournir en temps réel les disponibilités en lits : objectif atteint
- développer des relations harmonieuses entre les 3 sites : objectif atteint.

2.3 Informations à mobiliser pour apprécier l'opportunité de mutualiser des temps médicaux

L'objectivation du besoin et des contraintes permet de mieux définir les conditions et les contours de la collaboration. Cette objectivation passe par une meilleure connaissance réciproque des ressources, de l'activité, des nécessités de permanences médicales, par l'analyse de la nouvelle réglementation sur le temps de travail des médecins... mais aussi par l'identification préalable des relations entre acteurs, des conflits potentiels et des intérêts personnels mis en jeu. Pour tout cela, il est particulièrement utile que les établissements intéressés recueillent l'information nécessaire et la confrontent.

Il s'agit donc de faire reposer la coopération sur des données incontestables et pas seulement sur des impressions ou des intuitions. La coopération modifie souvent la répartition des patients entre médecins. Cette nouvelle répartition, surtout si elle concerne des établissements publics et privés, peut faire obstacle à la coopération. A l'évidence, ces réticences sont parfois exagérées.

CH de Bagnols sur Cèze : mutualisation et spécialisation de 2 lignes de gardes et astreintes. L'identification du flux des patients hospitalisés en chirurgie et recrutés par les urgences (après analyse de données PMSI disponibles dans l'établissement) a permis d'évaluer le nombre de patients qui allaient potentiellement être "perdus" par le centre hospitalier. L'analyse a permis de constater que ce nombre était réduit et a levé l'opposition des chirurgiens de l'hôpital sur les fuites potentielles de patients vers la clinique partenaire.

2.4 La méthode et les étapes de mise en oeuvre du projet

2.4.1 Conclusion d'un accord de méthode entre les partenaires ?

Dès que l'opportunité d'une collaboration apparaît, il est utile de définir une méthode de conduite de projet. Il s'agit là de déterminer à quel rythme, selon quel calendrier, quel pilotage, avec quels outils et quelles données l'opportunité et la faisabilité de la collaboration seront étudiées.

Centre hospitalier de Guingamp : un accord sur la méthode existe entre les partenaires. Une démarche classique de conduite de projet a été menée avec notamment constitution d'un groupe projet dont les réunions et le suivi sont réguliers. Un phasage formel est réalisé et suivi.

CH de Creil – CH de Senlis – CH de Clermont de l'Oise : les 3 établissements ayant estimé intéressant de développer leurs collaborations, des réunions de travail ont été organisées afin de définir les modalités de ces nouvelles complémentarités, portant toutes sur du partage de temps médical.

Les premiers obstacles rencontrés étaient des obstacles de principe : la redéfinition de la répartition du temps médical sur trois établissements faisait craindre une remise en cause de la répartition des activités médicales entre eux. La première des étapes a donc été de préciser qu'il ne s'agissait pas de rédiger un projet médical sectoriel, ni de revoir la répartition des spécialités médicales entre les trois établissements. Néanmoins, cet obstacle a fait quitter la table des discussions d'un des partenaires.

Par la suite, les deux établissements restants, avec l'aide d'un consultant, ont réuni les praticiens et les directions, par spécialité médicale, afin de mettre à plat les difficultés de fonctionnement et d'envisager toutes les possibilités de collaboration.

En préalable à ces discussions, le consultant a réalisé une étude ayant pour objet de clarifier les fonctionnements médicaux (modes de décompte du temps de travail, fonctionnement de la permanence médicale, rémunération des médecins, niveau d'activité, etc.). Cette étape s'est révélée indispensable dans la mesure où les praticiens des deux établissements n'acceptaient de collaborer qu'à la condition expresse d'être totalement transparents sur la contribution et la rétribution de leurs confrères de l'autre établissement.

Suite à ces travaux, des accords de partenariat ont été envisagés, avec l'accord de l'ensemble des acteurs, et débouchent aujourd'hui sur des partages de temps médical, le plus petit établissement bénéficiant de la "couverture" médicale du plus gros établissement, et allant en contrepartie renforcer occasionnellement les équipes de son partenaire.

2.4.2 Des points de validation réguliers avec les instances

On ne peut que conseiller d'associer les instances le plus tôt possible et leur demander de valider successivement les différentes étapes de la réflexion.

CH Bagnols sur Cèze : mutualisation et spécialisation de 2 lignes de gardes et astreintes : la convention est présentée en première lecture le 5 novembre 2003 en comité de pilotage plénier. Elle est amendée en temps réel par l'ensemble des membres du comité de pilotage. Des corrections intermédiaires sont ajoutées et une nouvelle présentation de la convention est réalisée en comité de pilotage le 5 janvier 2004 en présence de 2 membres de l'ARH de Languedoc Roussillon.

L'ARH doit réaliser une convention de délégation de service public avec la clinique pour que celle-ci puisse réaliser un transfert des patients pour prise en charge chirurgicale, lorsque ceux-ci ne la refusent pas (libre choix des patients) et qu'ils souhaitent être pris en charge chirurgicalement sur le site de l'hôpital. Une validation de la convention est réalisée par la CME fin janvier 2004 avec des corrections demandées par un chirurgien du CH, pour un vote en CA en début février 2004. Sa mise en œuvre est arrêtée pour le début de semaine du mois d'avril 2004.

Centre hospitalier de Guingamp : une validation par les instances de l'établissement est opérée régulièrement. Il est à noter que le groupe projet se réunit tous les mois.

2.5 Recours à un consultant

Le recours à un consultant externe n'est pas systématique dans les démarches étudiées; il n'est d'ailleurs pas indispensable, mais il présente un certain nombre d'avantages. En effet, le consultant peut proposer des outils de recueil et d'analyse de l'information dont ne disposent pas toujours les établissements. Il permet de réaliser une étude strictement technique avant que les questions de nature politique, stratégique ou sociale ne soient abordées. De plus, une médiation externe peut permettre de contourner, ou à tout le moins d'aborder différemment, des conflits ou des obstacles dans la réflexion.

Ce recours paraît particulièrement utile pour examiner l'opportunité et la faisabilité d'une collaboration. Un consultant peut en outre proposer différents scénarios de travail en commun, y compris ceux que les acteurs peuvent vouloir écarter d'emblée. Au moment où l'opportunité est reconnue et où un scénario est retenu, l'intervention d'un consultant externe peut également s'avérer utile pour accompagner la mise en œuvre de la coopération.

CH Bagnols sur Cèze : mutualisation et spécialisation de 2 lignes de gardes et astreintes : le CH et la Clinique La Garaud ont bénéficié de l'appui d'un consultant pour mettre en œuvre le projet. Son assistance a privilégié un accompagnement au changement. Sa présence a permis de limiter les discussions polémiques, d'objectiver le diagnostic, de structurer les étapes de la démarche.

CH de Creil – CH de Senlis – CH de Clermont de l'Oise : les établissements ont été appuyés dans leurs travaux de collaboration par un cabinet de conseil qui a délivré l'assistance suivante :

- *définition d'une méthode de travail acceptée par tous,*
- *mettre à plat les différents fonctionnements dont notamment les modalités de décompte et rémunération des praticiens,*
- *faciliter le travail des établissements en détaillant pour chaque spécialité concernée, les avancées possibles, et différents degrés de collaboration envisageables,*
- *acter les décisions à chaque étape, et permettre ainsi une avancée des discussions pas à pas.*

2.6 Planning et délais de mise en œuvre

Sur ce point, on observe que les opérations les plus longues sont plutôt celles qui ne font pas l'objet d'un consensus, qui varient dans le temps et qui en définitive aboutissent à des résultats plus éloignés des objectifs de départ. La réflexion et la prise de décision ne doivent pas se dérouler sur plusieurs années, rien ne le justifie, si ce n'est les hésitations et les désaccords. En revanche, la mise en œuvre, elle, peut s'étaler sur une plus longue période, mais toujours dans un calendrier maîtrisé et connu.

CH Narbonne - CH Lézignan-Corbières : fédération en orthopédie – traumatologie : un chirurgien du CH de Narbonne a commencé à intervenir à Lézignan en 1994 pour des consultations et une activité opératoire. A ce jour, la coopération est toujours en cours d'élaboration. En tout état de cause, la définition floue des objectifs initiaux n'a pas servi le processus, et l'avancée au coup par coup en fonction des événements et des hommes n'a pas permis d'aboutir rapidement à une collaboration qui satisfasse tous les acteurs.

CH Creil – Fédération des services d'urgences : la fédération est née est 2000 et sa création s'est faite pas à pas. La convention a posé les principes de la mutualisation des moyens, mais elle n'a pas déterminé effectivement la mise en commun. Le travail de mutualisation a été fait ensuite, en commençant par des mises en œuvres "faciles" (achat de matériel en commun, logiciel de gestion des lits commun). L'objectif essentiel (les échanges de praticiens) est toujours en discussion, essentiellement à cause de problèmes de rémunération et de décompte du temps additionnel.

D'autres opérations observées ont été mises en œuvre dans des délais plus courts :

Organisation des astreintes de chirurgie à Guingamp : un accord cadre de coopération a été conclu entre les partenaires en 1999. En application de cet accord cadre une convention datée d'avril 2003 a formalisé l'organisation des astreintes de chirurgie viscérale et orthopédique.

CH Creil : la fédération de cardiologie a été mise en œuvre rapidement. En quelques mois, les principes étaient posés et le fonctionnement effectif, même si la signature de la convention proprement dite n'a pas été immédiate.

CH Bagnols sur Cèze : mutualisation et spécialisation de 2 lignes de gardes et astreintes : la date de mise en œuvre de début avril 2004 a été tenue. Le projet a été mené à bien en 7 mois.

3. Les différentes formes juridiques observées

En 2002 ; L'Agence Régionale d'Hospitalisation de Rhône Alpes a sollicité le cabinet d'Avocats BISMUTH pour qu'il réalise une revue juridique des différentes formes de coopérations possibles. Exhaustifs, ces travaux sont téléchargeables sur www.meah.sante.gouv.fr dans la rubrique « documents généraux » du thème « temps de travail des médecins ». Ils sont également disponibles sur le site des ARH www.parhatage.fr.

Parmi les coopérations étudiées, on peut constater que les établissements publics choisissent majoritairement la forme de la fédération pour passer convention entre services. Effectivement, les fédérations offrent un cadre souple et sont clairement définies par des textes législatifs :

- article L 6146-4 CSP relatif à la constitution d'une fédération de services ;
- article L 6135-1 CSP relatif aux fédérations médicales interhospitalières.

Néanmoins, les limites de ce type de structures sont vite atteintes, puisqu'elles ne peuvent prendre aucune décision (compte tenu du fait qu'elles ne possèdent pas la personnalité juridique) sans l'accord des organes décisionnels propres à chaque établissement.

3.1 Fédération Médicale InterHospitalières (FMIH)

Les CH de Creil, Narbonne, Lézignan-Corbières et Saint Etienne ont choisi cette forme.

CH Narbonne – CH Lézignan-Corbières : les deux établissements sont réunis avec le CH de Port la Nouvelle dans le cadre d'une Fédération Médicale Inter Hospitalière Générale désignée "FMIH des établissements publics de santé du bassin de l'est audois", qui comprend les activités d'orthopédie, de chirurgie ambulatoire, et de médecine (signée en juin 2003). Ses objectifs généraux sont "d'utiliser les compétences dont dispose chaque établissement pour assurer une prise en charge des patients globale, efficace et cohérente. Les objectifs prioritaires sont d'effectuer les soins les plus adaptés avec recherche de la qualité de l'efficacité et de la sécurité par la coordination des projets et des actions, la mise en commun des compétences et le maintien de prestations de proximité".

Cette fédération comporte plusieurs volets dont un volet anesthésie et chirurgie ambulatoire. Les 2 autres volets concernent les pathologies de l'appareil locomoteur et neuromoteur et la médecine à orientation diabétologie - endocrinologie et médecine polyvalente.

3.2 Conventions

CH de Bagnols sur Cèze et Clinique La Garaud pour une astreinte commune : la Clinique La Garaud réalise une activité d'astreinte de chirurgie viscérale et chirurgie orthopédique au SAU du CH de Bagnols sur Cèze. Cette concession à temps partiel est consentie en fonction du tableau d'astreinte arrêté dans les modalités fixées par la convention.

CH de Morlaix et Centre Hélios Marin de Roscoff pour l'activité de cardiologie : fédération de cardiologie : la dénomination utilisée par les partenaires est trompeuse. En effet, le dispositif de cette coopération est régi par une convention en date de 1992.

Astreinte de chirurgie aux urgences du centre hospitalier de Guingamp : cette astreinte de chirurgie aux urgences du centre hospitalier est régie par une convention de 2003 en application d'un accord cadre passé en 1999.

4. Revue et analyse des conventions individuelles d'exercice à temps partagé

Chaque établissement a mis au point son ou ses modèles de conventions. A partir des conventions élaborées par certains des établissements, nous avons tenté d'élaborer une trame type (annexe 2) qui couvre l'ensemble des points devant y figurer.

4.1 Préambule

Les conventions font référence aux articles du code de la santé publique relatifs aux conventions de coopération ainsi qu'aux décrets portant statut ou régime des personnels médicaux hospitaliers. Elles peuvent faire référence à l'arrêté du 17 octobre 2001 relatif à l'activité exercée dans plusieurs établissements. Elles peuvent également rappeler le cadre de la coopération en visant :

- soit le contrat d'objectifs et de moyens pour resituer la convention dans le cadre des objectifs de développement ou de restructuration définis avec l'ARH,
- soit un protocole cadre de partenariat et de coopération entre les établissements concernés.

Elles peuvent aussi faire référence à un avis favorable de la CME des deux établissements.

CH de Lens : les conventions d'assistants spécialistes à temps partagé s'inscrivent dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens du CHU de Lille et dans un accord cadre de coopération entre le CH de Lens et le CHU de Lille.

Les objectifs rappelés sont :

- 1. La volonté d'assurer la qualité des prestations médicales et de garantir le niveau de professionnalisation médicale du CH, notamment en y facilitant le recrutement de PH titulaires.*
- 2. Permettre la préparation dans les meilleures conditions possibles aux épreuves du concours national de PH, puis la candidature sur un poste de PH du CH.*

4.2 Signataires

L'article 2 de l'arrêté du 17 octobre 2001 prévoit qu'une convention est établie entre les établissements concernés. Dans les cas étudiés, les signataires sont a minima des 2 directeurs d'établissement et le médecin en cause. Peuvent également être signataires de la convention les chefs de service concernés et dans le cas de conventions entre CHU et CH, le doyen de la faculté de médecine quand le partage du temps comporte une dimension de formation. L'ARH peut également être signataire quand elle est partie prenante au dispositif en le finançant.

CH de Lens : dans le cas des assistants à temps partagé entre le CH de Lens et le CHRU de Lille, les conventions sont signées par 5 partenaires : les directeurs des deux établissements, le médecin, le doyen de la faculté de médecine et le directeur de l'ARH.

CH des Pays de Morlaix : la convention d'activité partagée est signée entre le médecin, le directeur du CH de Morlaix et le directeur général du CHRU de Brest.

CH de Creil : la convention de poste partagé de neurologie est signée entre le médecin et les directeurs des CH de Creil et de Senlis.

4.3 Définition du cadre juridique et de l'employeur

Il s'agit de préciser à compter de quelle date le médecin est recruté ou affecté dans un poste à temps partagé, quels sont ses titres et fonctions, qui est son employeur, à quels services il est rattaché. En effet, si les deux établissements concernés contractualisent avec le médecin, celui-ci n'a qu'un seul employeur.

L'article 3 de l'arrêté du 17 octobre 2001 prévoit que "le praticien, médecin, ... dont l'activité hospitalière fait l'objet d'une répartition entre au moins deux établissements publics de santé ayant passé convention à cet effet relève d'un seul établissement public de santé, dénommé établissement de rattachement, pour sa nomination ou son recrutement et pour le suivi de sa carrière". Il précise également que "la détermination de cet établissement est opérée comme suit :

- si la convention intervient postérieurement à la nomination ou au recrutement du praticien, l'établissement de rattachement est celui qui a procédé au recrutement.
- si la convention est antérieure à la nomination ou au recrutement, l'établissement de rattachement est celui dans lequel il exercera le temps d'activité le plus important.
- en cas de partage égal du temps d'activité, l'établissement de rattachement sera "celui présentant, au moment de la nomination ou du recrutement, le budget d'exploitation le plus élevé."

Le second établissement peut être appelé établissement d'accueil, l'établissement employeur pouvant être qualifié dans les exemples rencontrés d'établissement de rattachement ou d'affectation. Cette clause peut également préciser que les modalités de cet engagement font l'objet d'un contrat individuel avec l'établissement employeur. Elle peut enfin prévoir la durée de l'engagement dans le cas où celui-ci est à durée déterminée.

CH de Lens : dans le cas des assistants à temps partagé, c'est le CH qui est l'employeur et qui recrute le médecin.

CH des Pays de Morlaix : les deux praticiens hospitaliers sont affectés à titre provisoire au CHU de Brest qui est l'employeur.

CH de Pont à Mousson et CHU de Nancy : le PH temps plein est employé par le CHU

Nous n'avons pas rencontré de convention prévoyant l'exercice d'un temps partagé sous la forme de deux contrats conclus par chacun des établissements employeurs. Si cette modalité est exclue, pour les praticiens sous statut, est-elle possible pour le partage d'activité de praticiens contractuels ?

4.4 Exercice de l'activité et organisation du temps de travail

L'article 4 de l'arrêté du 17 octobre 2001 précise que "la convention prévoit, outre la répartition de l'activité hospitalière du praticien, les conditions dans lesquelles les tableaux de service, de gardes et d'astreintes sont élaborés conjointement par les établissements contractants, notamment pour la mise en place du repos de sécurité, ainsi que les conditions de ses remplacements éventuels durant ses congés et absences occasionnelles."

Il s'agit de prévoir les modalités de partage de l'activité entre les deux établissements, selon une quotité qui peut être fixe (exemple 50/50, 60/40, 70/30 ou variable selon la présence effective. Elle peut renvoyer au tableau de service mensuel pour la fixation précise des demi-journées ou des heures travaillées ou comprendre un tableau de répartition de l'activité hebdomadaire, comme celui-ci :

Exemple	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi
Matin	CH 1	CH1		CH2	CH2	CH2
Après midi	CH 1	CH1	CH2	CH2	CH2	

Il est possible de prévoir une évolution dans le temps de la répartition du temps de travail comme par exemple les 6 premiers mois selon une quotité de 40/60 puis ensuite de 50/50.

CH de Lens et CHU Lille : quotité fixe au CH de Lens (50/50 ou 70/30) ou évoluant dans le temps.

CH de Creil et de Senlis : quotité fixe (50/50).

Fédération des Urgences Creil : deux types d'échange de temps médical existent dans le cadre de la fédération :

- Echange à quotité fixe 50/50 entre deux médecins urgentistes (autrement dit « troc » de temps) qui ne donne lieu à aucune rémunération et rentre dans le cadre des plannings existants.

- Echange « au coup par coup » en cas de besoin d'un établissement par un autre).

Cette deuxième modalité a donné lieu jusqu'à présent au paiement, pour le praticien « dépanneur » d'une indemnité de sujétion, mais pas à rémunération du temps de travail. Une concertation est en cours pour établir des modalités de rémunération qui pourraient être les suivantes :

- Rémunération du praticien par l'établissement d'accueil et contrôle au niveau de la fédération via les tableaux de service,

- Rémunération par l'établissement de rattachement du praticien et refacturation entre hôpitaux. La question du décompte du temps additionnel n'a, elle, pas été résolue et reste problématique » Les frais de déplacement des équipes médicales sont pris en charge par les Centres Hospitaliers d'accueil en fonction des plannings fournis aux directions.

CH Morlaix et CHU de Brest : la quotité fixe est d'un mi-temps dans chaque établissement, le temps à réaliser dans les deux établissements étant fixé à 207 demi-journées.

CH de Pont à Mousson et CHU de Nancy : le médecin exerce à raison de 3 demi-journées par semaine au CH. La convention prévoit de manière précise l'exercice de l'activité en complémentarité (le service de chirurgie du CHU accueille de façon privilégiée les urgences complexes du CH et les patients opérés par le praticien au CH ; les patients à pathologies complexes traités au CHU peuvent être transférés pour la phase post-opératoire et le suivi au CH).

CH Narbonne - CH Lézignan - Corbières : fédération en orthopédie – traumatologie : le protocole d'accord prévoit un tableau de service unique pour les 2 établissements avec 3 matinées opératoires minimum et 4 demi-journées de consultations à Lézignan-Corbières.

CH Bagnols sur Cèze: mutualisation et spécialisation de 2 lignes de gardes et astreintes : chaque établissement désigne annuellement un praticien responsable du tableau d'astreintes. Les praticiens coordonnateurs doivent établir de façon conjointe le tableau d'astreintes qui est remis pour signature aux directeurs des 2 établissements.

CH de Toul et CHU de Nancy : répartition à 50/50 ou à 40/60 ;

La convention peut également prévoir les modalités de gestion et d'organisation du temps (absences, jours RTT, congés annuels, compte épargne temps) :

- la gestion des droits par l'établissement employeur, à charge pour l'établissement d'accueil de fournir les informations en temps utile au service gestionnaire des affaires médicales employeur, en liaison avec les chefs de service et le médecin concerné.
- le partage de la gestion des droits prorata temporis sur tout ou partie des aspects, à charge pour l'établissement d'accueil, en lien avec le médecin et le chef de service de fournir les éléments nécessaires à la rémunération (indemnités, temps additionnels, calcul des droits au CET).

Au final, c'est l'établissement employeur qui est gestionnaire des droits du médecin, mais cette gestion suppose une concertation avec l'établissement d'accueil pour par exemple définir les modalités d'utilisation du temps épargné sur le CET et d'élaboration des tableaux de service :

CH de Lens et CHU Lille : la répartition des demi-journées dans la semaine est fixée par un tableau figurant parfois dans la convention.

Fédération des Urgences Creil : "L'élaboration des tableaux de service et de garde devait être, d'après la convention, sous la responsabilité du PH coordonnateur de la fédération en collaboration avec les autres chefs de service."

CH Pont à Mousson et CHU de Nancy : la convention précise l'organisation du temps de travail par plage ainsi que les modalités de remplacement en cas d'absence du praticien

CH de Toul et CHU de Nancy : les absences pour congés annuels, congés de formation et autorisation spéciales d'absence seront partagées à temps égal entre les deux établissements. Il est convenu que les deux chefs de service se concertent pour prévoir les périodes de congés annuels.

CH Morlaix et CHU de Brest : la répartition des demi-journées est fixée par un tableau de service mensuel signé par les deux chefs de service et communiqué par le praticien aux deux directions signataires.

Au regard des observations, il est utile que les conventions précisent bien les modalités de suivi du temps de travail. Pour y parvenir, les règles de gestion et de suivi du temps devront être clairement coordonnées entre les deux établissements. La définition d'organisations médicales de service pourrait permettre de bien préciser les modalités de fonctionnement réciproques dans le cadre du temps partagé. Par ailleurs, les outils de gestion informatisée du temps médical devront comprendre les fonctionnalités nécessaires au traitement du temps partagé.

4.5 Participation à la permanence des soins

Il s'agit de prévoir les modes de participation à la permanence des soins dans les deux établissements, selon une fréquence et des priorités qu'il conviendra de préciser. L'obligation de participation à la permanence des soins peut concerner les deux établissements ou seulement l'un d'entre eux. La solution retenue doit faire l'objet d'une validation par la COPS.

CH de Lens et CHU Lille : lorsque l'assistant participe aux gardes et astreintes du CHU, il est indemnisé à ce titre directement par le CHU conformément aux règles de l'établissement.

CH de Pont à Mousson et CHU de Nancy : le médecin ne participe pas aux gardes du CH.

CH de Toul et CHU de Nancy : le praticien contractuel participe aux gardes dans les deux établissements.

La participation aux permanences et astreintes peut poser un double problème : celui du respect du repos quotidien de 11 heures et par voie de conséquence la perturbation de l'activité diurne dans les établissements, notamment quand le praticien participe aux gardes dans les deux structures. La sensibilisation des médecins et de leurs chefs de service est nécessaire et la fixation claire des priorités dans la convention doit permettre de limiter les difficultés.

4.6 Modalités de financement et de rémunération

La rémunération du praticien est fixée par son statut ou dans son contrat individuel et ne figure pas dans la convention entre les établissements. Par contre, la convention prévoit la répartition de la charge de la rémunération, des charges sociales et des frais entre les deux établissements. Les solutions possibles repérées sont :

- une prise en charge au prorata du temps de travail effectué,
- une prise en charge forfaitaire différente,
- une prise en charge par un seul établissement.

Les modalités retenues dépendent du contexte de la coopération et de l'intérêt respectif qu'y trouvent les deux établissements (complémentarité, attractivité) et des financements externes (aide de l'ARH par exemple).

L'article 4 b de l'arrêté du 17 octobre 2001 précise que la convention détermine "les modalités de reversement à l'établissement de rattachement du praticien du montant des émoluments, indemnités et charges sociales afférentes à l'activité dans l'autre ou les autres établissements".

L'article 4 c ajoute que la convention détermine "les charges réciproques des établissements consécutives aux absences éventuelles du praticien".

CH de Lens et CHU Lille : le CHU s'engage à rembourser la rémunération et les charges variablement selon les cas, les remboursements étant imputés sur les crédits alloués au CHU par l'ARH.

CH de Pont à Mousson et CHU de Nancy : le CH rembourse le CHU au vu d'états semestriels justifiant la rémunération et les charges afférentes correspondant l'activité du médecin au CH.

CH Morlaix et CHU de Brest : le CH s'engage à rembourser trimestriellement au CHU la rémunération du médecin sur la base de la moitié de son traitement brut et les charges afférentes (absences réglementaires y compris pour la formation médicale continue) ainsi que la moitié des frais de déplacement.

4.7 Frais de déplacement

Au regard des dispositifs étudiés, la prise en charge des frais de déplacements par l'établissement peut être totale, partielle ou non prévue selon les cas. Lorsqu'elle est partielle, la prise en charge peut en général être limitée forfaitairement ou plafonnée.

Les conditions de prise en charge ou non prise de l'assurance du véhicule personnel du praticien utilisé pour les trajets peuvent être prévues.

L'arrêté du 17 octobre 2001 précise pour sa part dans son article 4d que « la participation des établissements contractants aux frais de déplacement exposés par le praticien pour accomplir ses obligations de service » peut être prévue par la convention. Il ajoute que les frais de déplacements sont remboursés conformément aux dispositions de l'article 33 du décret du 24 février 1984.

CH de Lens et CHU Lille : la prise en charge des frais de déplacements est le plus souvent exclue pour les assistants spécialistes.

CH de Pont à Mousson et CHU de Nancy : les frais de déplacements sont directement remboursés aux intéressés par le CH sur présentation d'un état justificatif.

CH Morlaix et CHU de Brest : le médecin peut demander le remboursement forfaitaire de ses frais de déplacements sur la base de deux voyages et demi SNCF (2ème classe) aller-retour par semaine. Les frais ne seront plus remboursés dès lors que le médecin bénéficiera de la prime multi établissements. La couverture des risques liés à l'utilisation d'un véhicule personnel incombe en totalité au praticien.

4.8 Temps additionnel

Le mode de calcul du temps additionnel doit être prévu d'autant que les règles peuvent varier d'un établissement à l'autre. Deux options sont possibles :

- La détermination des droits est faite sur la base des règles définies par l'établissement employeur au vu des informations fournies par l'établissement d'accueil. L'établissement d'accueil rembourse les sommes dues au titre du temps additionnel qui lui est imputé.
- Chaque établissement détermine pour sa part de temps de travail, l'obligation de service, la vérifie à l'issue du quadrimestre et calcule le temps additionnel du au médecin, transmet la somme à verser à l'établissement employeur et rembourse ce dernier de ce montant.

La convention peut aussi renvoyer à un contrat de temps additionnel spécifique à signer entre le médecin et l'établissement employeur, conformément à la contractualisation du temps additionnel prévue par l'arrêté du 30 avril 2003.

Il peut exister de sérieuses difficultés liées aux différences de mode de calcul du temps additionnel entre établissements (calcul de l'obligation de service et du droit à ce temps additionnel) et aux budgets disponibles à ce titre dans les deux établissements. Cette question peut cristalliser la difficulté à coopérer : il s'agit de trouver un accord équitable, qui ne pénalise ni les hôpitaux (financièrement, en termes de temps médical disponible, en terme de maintien d'activité, en termes d'offre de soins à la population), ni les médecins (financièrement et en terme de conditions de travail).

| *Aucune des conventions examinées n'évoque la question.*

4.9 Primes

Le bénéfice de la prime multi - établissements est notamment destiné à compenser les efforts consentis par les praticiens qui acceptent de se déplacer pour exercer dans plusieurs établissements et qui participent de ce fait à la mise en place d'organisations de soins mutualisées entre établissements. Il concerne les PH temps plein et temps partiels ainsi que les assistants (article 11-6 du décret n° 87-788 du 28 septembre 1987 relatif aux assistants des hôpitaux).

Les articles 6 à 8 de l'arrêté du 17 octobre 2001 précisent les conditions et les modalités de versement de l'indemnité pour exercice dans plusieurs établissements (dite prime multi établissements). Ils indiquent notamment que l'indemnité peut être versée à condition que l'activité exercée en dehors de son établissement de rattachement représente « au minimum en moyenne deux demi-journées hebdomadaires ».

La convention peut prévoir les conditions de son bénéfice.

| *CH de Lens et CHU Lille : la prime multi établissements n'est pas mentionnée dans la convention dans la mesure où l'activité sur un des établissements est considérée comme de la formation.*

| *CHU de Nancy et CH de Toul : les deux praticiens bénéficient de la prime multi établissements.*

Au regard des dispositifs observés, on constate qu'il existe des différences dans les conditions d'attribution de la prime. Celle-ci doit en effet être demandée par l'établissement employeur à l'ARH qui statue au regard : des priorités régionales notamment du SROS, du caractère d'éloignement géographique réel entre établissements coopérants et de l'enveloppe déléguée.

4.10 Droits et obligations

Le médecin hospitalier est un agent public placé dans une situation de subordination administrative mais non hiérarchique vis-à-vis de l'hôpital. Il est soumis à des obligations statutaires définies dans les textes qui le régissent et à des obligations de service.

La convention peut préciser les obligations et les droits du médecin dans les deux établissements, comme la soumission au règlement intérieur de chacun des deux établissements selon le lieu d'exercice de son activité.

| *CH de Lens et CHU Lille : pendant son exercice au sein du CHU, le médecin est soumis au règlement intérieur.*

| *CH de Pont à Mousson et CHU de Nancy : il est prévu que le praticien relève du CHU pendant son activité au CH et lors de ses trajets.*

4.11 Responsabilité

La responsabilité civile encourue par l'établissement du fait de l'activité du praticien doit être couverte dans chaque établissement.

| *CH de Lens et CHU Lille : il est prévu que l'assurance responsabilité civile du CHU couvre les éventuelles mises en cause de sa responsabilité du fait de l'activité exercée dans ses services par l'assistant employé par le CH de Lens.*

| *CH de Pont à Mousson et CHU de Nancy : le CH assure la couverture des risques encourus du fait du praticien et de son remplaçant (et de l'interne qui peut le cas échéant l'accompagner) y compris lors de leurs déplacements.*

| *CH des Pays de Morlaix et CHU de Brest : il est prévu que la responsabilité encourue (dommages causés aux patients et aux tiers) par le CH des Pays de Morlaix, établissement d'accueil, du fait du partage d'activité exercée dans ses services par le praticien employé par le CHU, est couverte par une assurance souscrite par le CH des Pays de Morlaix.*

4.12 Couverture des accidents du travail

Les conventions rappellent les droits en matière de couverture maladie et accident de travail et répartissent la charge de cette couverture.

CH de Lens et CHU Lille : pendant sa période transitoire de formation, l'assistant continue de relever du Centre hospitalier de Lens, son employeur, en ce qui concerne les accidents de travail et de trajet.

CH de Pont à Mousson et CHU de Nancy : le praticien est couvert par l'établissement employeur qui pourra demander le remboursement des frais éventuels, déduction faite de la prise en charge de la sécurité sociale.

CH des Pays de Morlaix et CHU de Brest : il est prévu que le médecin est couvert par le CHU son employeur au titre des dispositions régissant son statut, en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles. Les conséquences en sont réparties à égalité entre les deux établissements. Le CHU employeur assure la gestion administrative du dossier.

4.13 Durée de la convention

La convention peut être conclue pour une durée déterminée ou pour une durée indéterminée.

L'article 2 de l'arrêté du 17 octobre 2001 prévoit que "lorsque l'activité d'un praticien entre deux ou plusieurs établissements est sans incidence sur le tableau des effectifs de son établissement de rattachement, la durée de la convention conclue à cet effet est liée à la durée des fonctions du praticien considéré".

CH de Lens et CHU Lille : la convention pour la formation et le recrutement de PH est conclue pour une durée déterminée, en principe deux ans, sauf exception.

CH de Pont à Mousson et CHU de Nancy : la convention est conclue pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction. Elle devient caduque dès cessation de l'activité du praticien au CH.

CH des Pays de Morlaix et CHU de Brest : la convention d'activité partagée est conclue pour une durée indéterminée.

4.14 Renouvellement

L'article 2 de l'arrêté du 17 octobre 2001 prévoit que "la convention peut être renouvelée annuellement par tacite reconduction après avis du praticien intéressé."

Il prévoit également que "la convention peut être dénoncée par l'un des contractants deux mois au moins avant chaque terme annuel".

CH de Lens et CHU Lille : la convention pour la formation et le recrutement de PH conclue pour une durée déterminée peut être renouvelée pour une période d'un an par voie d'avenant.

CH de Pont à Mousson et CHU de Nancy : elle peut être modifiée par avenant et dénoncée par chacune des parties après un préavis de deux mois.

CH des Pays de Morlaix et CHU de Brest : elle peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, signifiée par courrier recommandé avec accusé réception, avec un préavis de trois mois. La dénonciation et ses motifs sont portés à la connaissance de l'ARH.

4.15 Autres modalités organisationnelles observées

Les modalités organisationnelles ne valent qu'à titre d'exemple, aucun élément ne nous permettant à ce jour d'en dégager des règles générales.

➤ Gestion des disponibilités de lits


Fédération des Urgences Creil : la fédération a travaillé sur la mise en place d'un système informatique permettant de connaître en temps réel la disponibilité des places dans les services de médecine, chirurgie et réanimation, la disponibilité des équipes de SMUR et des équipes médico-chirurgicales sur les 3 sites.

➤ Gestion du dossier médical,

CH Bagnols sur Cèze: mutualisation et spécialisation de 2 lignes de gardes et astreinte. Pour chaque malade pris en charge par le chirurgien libéral au CH de Bagnols sur Cèze, un dossier médical est ouvert. Le secrétariat médical est assuré par le service des urgences du CH de Bagnols sur Cèze, qui transmet une copie du dossier à la Clinique La Garaud quand le patient est pris en charge secondairement dans cet établissement.

➤ Médecin référent pour le patient dans le cas d'une prise en charge aux urgences

CH Bagnols sur Cèze : mutualisation et spécialisation de 2 lignes de gardes et astreintes. Tout patient chirurgical défini comme « patient nécessitant un acte opératoire ou une surveillance en milieu chirurgical » avec hospitalisation est orienté, à partir du SAU du CH de Bagnols sur Cèze vers le service et/ou l'établissement du praticien d'astreinte. Si le patient est dédouané du point de vue chirurgical, il sera pris en charge dans le service de médecine de garde ou de pédiatrie du CH de Bagnols sur Cèze.

**Information à l'attention des patients
nécessitant une prise en charge chirurgicale
au service des Urgences**

Pendant la nuit (de 18h30 à 08h30) et le week-end (du Samedi à 13h30 au Lundi à 08h30), les astreintes de chirurgie digestive et orthopédique sont assurées aux urgences, dans ces deux spécialités, par les praticiens spécialisés de l'Hôpital Louis Pasteur et de la Clinique La Garaud (1 praticien pour chacune des deux spécialités).

En cas d'hospitalisation, celle-ci sera réalisée dans le service du chirurgien d'astreinte sous sa responsabilité.

Dans certains cas, un transfert vers la Clinique La Garaud pourra donc être proposé.

Cette organisation ne remet pas en cause le libre choix du patient.

Annexes

Annexe 1 Descriptif des coopérations étudiées pour chaque établissement

<i>Etablissements audités et dénomination de la coopération</i>	<i>Nature du besoin</i>	<i>Nature de la réponse</i>	<i>Forme juridique</i>	<i>Dispositif en matière de mutualisation du temps de travail médical</i>	<i>Intérêts Avantages Reproductibilité</i>	<i>Limites</i>
1 - CH de Creil CH de Clermont et CH de Senlis Fédération des services d'urgences <i>Etablissements partenaires</i> CH de Creil CH de Clermont CH de Senlis	Impossibilité pour le CH de Creil d'absorber l'ensemble des urgences du secteur du fait de manque de lits d'aval. Créer une équipe médicale commune (objectif non atteint).	Création d'une fédération des urgences. Echanges de personnels médicaux. Mise en œuvre d'outils organisationnels	FMHH	Echanges de temps médical équilibrés entre les 2 chefs de service de Senlis et Clermont. Autres échanges de temps médical observés : participation croisée (dépannage) des urgentistes sur les trois sites.	Harmonisation des pratiques entre les équipes. Elargissement des compétences. Meilleure réactivité en cas d'absence d'un praticien sur un site.	Divers modes de décompte et de rémunération constatés dans les établissements.

Deuxième partie : mutualisation du temps médical

<i>Etablissements audités et dénomination de la coopération</i>	<i>Nature du besoin</i>	<i>Nature de la réponse</i>	<i>Forme juridique</i>	<i>Dispositif en matière de mutualisation du temps de travail médical</i>	<i>Intérêts Avantages Reproductibilité</i>	<i>Limites</i>
<p>2 - CH de Creil CH de Senlis</p> <p>Fédération de cardiologie</p> <p><i>Etablissements partenaires</i></p> <p>CH de Senlis Clinique médico- chirurgicale de Creil CH de Clermont</p>	<p>Créer l'USIC au CH de Creil.</p> <p>Assurer la permanence des soins au sein de l'USIC.</p> <p>Assurer une ligne de garde en cardiologie au CH de Creil.</p>	<p>Création d'une fédération de cardiologie regroupant les établissements participant au fonctionnement de l'USIC.</p> <p>Conventions cadres engageant les institutions hospitalières et conventions nominatives portant mise à disposition individuelle de praticiens.</p> <p>Création d'une ligne de garde unique USIC-Cardio à Creil</p>	EMIH	<p>L'organisation de la permanence des soins bénéficie de temps médicaux provenant des PH du CH de Senlis et de la CMC de Creil à hauteur d'1 ETP), de 20 % du temps de 2 PAC de cardiologie du CH de Creil (TIG) et de 7 vacations d'attachés effectuées à jour fixe</p>	<p>Création d'un service de spécialité évitant les fuites de patients vers d'autres bassins.</p> <p>Voie de recrutement de patients pour tous les services partenaires.</p> <p>Diversification des activités des différents médecins.</p>	<p>Facilite l'organisation du repos de sécurité au sein des établissements ou services partenaires</p> <p>Perte d'activité « de pointe » dans certains des services partenaires.</p> <p>Non respect du repos de sécurité par certains vacataires exerçant le lendemain de leur garde en cabinet libéral.</p>

Deuxième partie : mutualisation du temps médical

<i>Etablissements audités et dénomination de la coopération</i>	<i>Nature du besoin</i>	<i>Nature de la réponse</i>	<i>Forme juridiqu e</i>	<i>Dispositif en matière de mutualisation du temps de travail médical</i>	<i>Intérêts Avantages Reproductibilité</i>	<i>Limites</i>
<p>3 - CH de Narbonne CH de Lézignan / Corbières</p> <p>Fédération en orthopédie-traumatologie</p> <p><i>Etablissements Partenaires</i></p> <p>CH de Lézignan / Corbières CH de Narbonne CH de Port-la-Nouvelle</p>	<p>Spécialiser la chirurgie de Lézignan.</p> <p>Conforter l'activité de chirurgie de Narbonne dans un contexte de forte concurrence du privé.</p> <p>Optimiser l'utilisation des moyens matériels et humains</p>	<p>Partage de temps médicaux et maintien (a minima) d'activité ambulatoire et de consultations sur les différents sites (tableaux de services communs).</p> <p>Mise en place d'une astreinte opérationnelle commune.</p> <p>Fermeture du bloc la nuit et le WE à Lézignan poursuite de la chirurgie conventionnelle puis chirurgie ambulatoire seulement</p>	FMH	<p>Equipe commune.</p> <p>Tableaux de service communs.</p> <p>Temps médicaux partagés.</p>	<p>Renforcement de l'équipe de chirurgiens.</p> <p>Gain en efficience dans la mesure où un transfert de ressources vers l'établissement à forte activité.</p> <p>Maintien de consultations avancées sur le site de L/C,</p> <p>Conditions de reproductibilité : potentiel d'activité suffisant, accord sur des objectifs, une méthode et des délais de réalisation</p>	<p>Mise en œuvre « chaotique » et sur des délais longs.</p> <p>Dispositif non stabilisé.</p> <p>Pérennité ?</p> <p>Dans les faits : diminution de l'activité chirurgicale sur le site de Lézignan.</p> <p>Personnel non médical concerné uniquement sur la base du volontariat</p>

Deuxième partie : mutualisation du temps médical

<i>Etablissements audités et dénomination de la coopération</i>	<i>Nature du besoin</i>	<i>Nature de la réponse</i>	<i>Forme juridique</i>	<i>Dispositif en matière de mutualisation du temps de travail médical</i>	<i>Intérêts Avantages Reproductibilité</i>	<i>Limites</i>
<p>4 - CH de Narbonne – CH de Lézignan/Corbières</p> <p>Collaboration anesthésie</p> <p><i>Etablissement partenaires</i></p> <p>CH de Lézignan / Corbières CH de Narbonne</p>	<p>Développer les pratiques médicales et accroître le potentiel d'activité de l'équipe d'anesthésie de Lézignan/Corbières.</p> <p>Pallier l'insuffisance (et le manque de mutualisation) de ressources médicales à Narbonne au regard de l'augmentation de l'activité et des dispositions ARTT.</p>	<p>Mettre en place des protocoles communs.</p> <p>Publier les postes vacants en activité partagée.</p> <p>Objectif d'élargir la collaboration au bloc de Narbonne.</p>	Convention	<p>Renforcement de l'équipe de Narbonne par des praticiens de Lézignan/Corbières.</p> <p>1 garde sur place au CH de Narbonne assurée par les anesthésistes des deux établissements.</p>	<p>Meilleure continuité des soins et gains en efficacité.</p> <p>Echanges, habitude de travail, mises en commun.</p> <p>Conditions de reproductibilité : mutualiser les équipes médicales et paramédicales et désigner un coordonnateur unique, rationaliser et mieux répartir le matériel de bloc,</p>	<p>Le dispositif n'a pas totalement remédié au manque de temps d'anesthésie à Narbonne,</p> <p>Concertation sur la planification des plannings des personnels non médicaux perfectible.</p> <p>Compensation financière (du temps médical) non effectuée.</p>

Deuxième partie : mutualisation du temps médical

<i>Etablissements audités et dénomination de la coopération</i>	<i>Nature du besoin</i>	<i>Nature de la réponse</i>	<i>Forme juridique</i>	<i>Dispositif en matière de mutualisation du temps de travail médical</i>	<i>Intérêts Avantages Reproductibilité</i>	<i>Limites</i>
5- CH de Morlaix Fédération de cardiologie <i>Etablissement partenaire</i> Centre de Perharidy (PSPH)	Créer une USIC au CH de Morlaix et en assurer le fonctionnement Faciliter le fonctionnement d'une unité de réadaptation cardio-vasculaire au centre de Perharidy et fidéliser les praticiens de Roscoff en élargissant le périmètre de leurs activités. Assurer la permanence des soins dans ces deux services.	Convention portant sur échange de temps médicaux entre les deux partenaires. Cet échange est équilibré et ne fait pas l'objet de facturation.	Convention (1992)	Participation des cardiologues de Roscoff à garde sur place de l'USIC (6 gardes de 24h / mois soit 288 ½ journées / an) et participation des cardiologues du CH de Morlaix au fonctionnement du service de réadaptation cardio vasculaire (3 journées / semaine sur 48 semaines correspondant à 288 ½ journées / an).	Facteurs de succès : intérêts croisés qui se traduit par une réelle complémentarité entre les partenaires. Le dispositif a été accompagné par la création de 1,5 ETP cardiologue pour assurer l'ensemble des objectifs. La proximité géographique entre les deux sites a largement contribué à sa mise en œuvre. La bonne entente des équipes et leur adhésion au projet également.	Des difficultés de recrutement qui freinent la coopération et constituent un facteur de pénibilité pour assurer la permanence des soins dans le respect des obligations réglementaires.

Deuxième partie : mutualisation du temps médical

<i>Etablissements audités et dénomination de la coopération</i>	<i>Nature du besoin</i>	<i>Nature de la réponse</i>	<i>Forme juridique</i>	<i>Dispositif en matière de mutualisation du temps de travail médical</i>	<i>Intérêts Avantages Reproductibilité</i>	<i>Limites</i>
6 - CH de Guingamp Coopération en gynécologie obstétrique <i>Etablissement partenaire</i> Clinique Armor Argoat	Atteindre seuil critique d'activité et mutualiser les ressources.	Clinique ouverte à l'hôpital (7 lits sur 21 lits de gynéco- obstétrique) qui accueille l'activité libérale des praticiens de la clinique. Intégration au CH de l'ensemble des personnels de la maternité de la clinique	Autorisation de clinique ouverte (suite accord-cadre 1999)	Organisation d'une astreinte opérationnelle impliquant les praticiens des deux établissements : - en semaine : les gardes sont assurées par les praticiens respectifs des deux secteurs. - le week end et les jours fériés : les gardes sont assurées en alternance par les partenaires.	282 accouchements sur 709 ont été réalisés par les équipes de la clinique depuis sa création en 2003. L'organisation mutualisée des gardes et des astreintes le week end a fortement réduit la pénibilité antérieure tant pour les praticiens du CH que pour ceux de la L'intégration des paramédicaux par le CH a favorisé la mise en œuvre du dispositif.	Le dispositif ne couvre pas la perte de temps médical générée par la réduction du temps de travail des médecins. L'activité médicale n'a pas fait l'objet de réorganisation. Le dispositif a cependant favorisé l'application du repos de sécurité pour les praticiens du CH. Cette mutualisation se limite aux astreintes le week end.

Deuxième partie : mutualisation du temps médical

<i>Etablissements audités et dénomination de la coopération</i>	<i>Nature du besoin</i>	<i>Nature de la réponse</i>	<i>Forme juridique</i>	<i>Dispositif en matière de mutualisation du temps de travail médical</i>	<i>Intérêts Avantages Reproductibilité</i>	<i>Limites</i>
<p>7 - CH de Guingamp</p> <p>Organisation astreinte de chirurgie sur UPATOU</p> <p><i>Etablissement partenaire</i></p> <p>Clinique Armor Argoat</p>	Assurer une astreinte de chirurgie aux urgences	Convention portant sur l'organisation des astreintes de chirurgies viscérale et orthopédique.	Convention avril 2003 (suite accord cadre 1999)	<p>Le CH est centre unique accueil des urgences mais les astreintes sont assurées dans les deux spécialités par les praticiens spécialisés du CH et de la Clinique.</p> <p>L'orientation des patients provenant du SAU est effectuée en fonction de l'établissement d'origine du praticien de garde.</p> <p>Principe d'égalité 50/50 dans la répartition des tableaux de garde. Un praticien coordonnateur est désigné dans chaque établissement.</p> <p>Des protocoles sont disponibles pour déterminer les personnes habilitées à joindre le chirurgien de garde, les modalités d'hospitalisation directe, la tenue du dossier médical et les modalités de rémunération d'astreinte des praticiens privés</p> <p>Les chirurgiens libéraux bénéficient d'un statut d'attaché.</p>	<p>Les chirurgiens de la clinique peuvent recruter des patients au SAU.</p> <p>L'organisation des astreintes est facilitée.</p>	<p>Le transfert du patient accueilli au SAU (CH) et pris en charge par un praticien privé implique un transfert ambulancier vers la clinique à 200 m (risque de perte de chance) doit être juridiquement consolidé (vocation du GCS pour résoudre ce problème).</p> <p>Frein financier : le CH perd des points ISA.</p>

Deuxième partie : mutualisation du temps médical

<i>Etablissements audités et dénomination de la coopération</i>	<i>Nature du besoin</i>	<i>Nature de la réponse</i>	<i>Forme juridique</i>	<i>Dispositif en matière de mutualisation du temps de travail médical</i>	<i>Intérêts Avantages Reproductibilité</i>	<i>Limites</i>
<p>8 - CHU St Etienne</p> <p>Pôle Couple- Mère-Enfant (qui correspond au regroupement des activités de gynécologie obstétrique sur le site nord du CHU) et</p> <p>Fédération inter hospitalière</p> <p><i>Etablissements partenaires</i></p> <p>CH de Firminy et l'association des pédiatres de la région stéphanoise</p>	<p>Mettre en cohérence les activités des deux maternités publiques sur le bassin de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - permettre au CHU d'assurer un rôle de maternité de référence pour le CH de Firminy (et les autres maternités du secteur) - et améliorer la prise en charge des urgences pédiatriques au CHU 	<p>Regroupement des deux sites de maternité sur un seul site au CHU (« Pôle couple – mère – enfant).</p> <p>En pédiatrie, mise en œuvre d'une garde pédiatrique unique pour néonatalogie, soins intensifs, réanimation néonatale. Une astreinte de transport néonatal et la mise en place d'une garde séniorisée en urgence et une garde pédiatrique libérale viennent compléter le dispositif (samedi, dimanche, jours fériés de 9h à 19h)</p>	<p>FMH et réseau ville - hôpital</p>	<p>Le dispositif optimise les ressources médicales des partenaires.</p> <p>Il a été assorti d'une attribution de ressources médicales dans le cadre de l'ARTT sous réserve d'un partage de ce temps médical entre les deux établissements.</p> <p>La garde pédiatrique libérale est effective repose sur une convention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les pédiatres libéraux exercent sous leur seule responsabilité et perçoivent honoraires convention secteur I - un règlement intérieur définit les relations entre les partenaires. - le CHU met à disposition les locaux, téléphone... 	<p>Le dispositif bénéficie d'un contexte favorable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - bonnes relations entre les praticiens. - une expérience antérieure réussie entre le CHU de St Etienne et CH Pays de Giers - la restructuration architecturale a également favorisé la concentration des services et l'optimisation des moyens - réelle complémentarité entre établissements qui a facilité la répartition de l'activité entre la maternité du CHU (niveau III) et celle de Firminy 	

Deuxième partie : mutualisation du temps médical

<i>Etablissements audités et dénomination de la coopération</i>	<i>Nature du besoin</i>	<i>Nature de la réponse</i>	<i>Forme juridique</i>	<i>Dispositif en matière de mutualisation du temps de travail médical</i>	<i>Intérêts Avantages Reproductibilité</i>	<i>Limites</i>
<p>9 - CH Bagnols-sur- Cèze</p> <p>Mutualisation et spécialisation de 2 lignes de gardes (projet)</p> <p><i>Etablissement partenaire</i></p> <p>Polyclinique La Garaud</p>	Assurer une permanence des soins différenciée en chirurgie viscérale et orthopédique	Protocole d'accord tripartite signé avec l'ARH pour une coopération des 2 établissements Fonctionnement de 2 équipes d'astreintes spécialisées	Protocole d'accord tripartite avec l'ARH	Les astreintes de chirurgie orthopédique et viscérale sont assurées « à égalité de contrainte » entre les partenaires (50/50). Le principe d'une astreinte sur 3 a été adopté (en semaine, le week end et les jours fériés).	<p>En période d'astreinte, le SAU « ne peut appeler que le chirurgien inscrit sur la liste d'astreinte ».</p> <p>Le transfert du patient du SAU (CH) à la clinique est effectué par un transport sanitaire secondaire non médicalisé après avis des chirurgiens de la clinique.</p> <p>La rémunération des praticiens de la clinique s'effectue sur la base du paiement de l'astreinte opérationnelle conformément aux textes réglementaires.</p> <p>Le dispositif est soumis à des points d'évaluation précisés dans le protocole d'accord.</p>	Au regard du faible nombre des praticiens dont disposent les deux établissements partenaires, le dispositif peut être fragilisé en cas de désaccord entre les acteurs.

Annexe 2 : Modèles types de conventions de coopération en vue de mutualiser des temps médicaux

Les modèles proposés ci-après s'inspirent des conventions étudiées au sein des CH de Creil, de Guingamp et de Morlaix et de Narbonne.

Modèle de règlement intérieur de FMI Exemple des urgences

Vu le Code de la santé publique et notamment l'article L.6135-1 ;

Vu l'arrêté de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation fixant le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S.)..... ;

Vu l'article du Contrat d'Objectif de Moyens ;

Vu les orientations du S.R.O.S. Urgences de ;

Vu la délibération du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier en date du ;

Vu l'avis de la commission médicale du Centre Hospitalier en date du ;

Vu l'avis du comité technique du Centre Hospitalier en date du ;

Vu la délibération du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier en date du ;

Vu l'avis de la commission médicale du Centre Hospitalier en date du ;

Vu l'avis du comité technique du Centre Hospitalier en date du ;

.....

Les soussignés sont convenus des stipulations qui suivent :

TITRE I – CONSTITUTION

ARTICLE 1 – CREATION

Il est constitué entre les soussignés :

Le Centre Hospitalier
Dont le siège est

Représenté par son directeur,

Le Centre Hospitalier
Dont le siège est

Représenté par

.....

Une fédération médicale interhospitalière régie par les textes en vigueur et par le présent règlement intérieur.

ARTICLE 2 – DENOMINATION

La dénomination de la Fédération est :

FEDERATION DE MEDECINE D'URGENCE DE

Dans tous les actes et documents émanant de la fédération et destinés aux tiers devra figurer la dénomination suivie des mots : « *Fédération médicale interhospitalière prévue à l'article L.6135-1 du Code de la santé publique* ».

ARTICLE 3 – OBJET

La Fédération a pour vocation de

- favoriser le rapprochement et la collaboration entre les acteurs de l'urgence du secteur sanitaire.....
- favoriser le travail en réseau dans le domaine de la prise en charge des urgences ;
- favoriser et développer les échanges et les formations entre les personnels soignants impliqués ;
- favoriser l'enseignement et la recherche clinique dans le domaine de la médecine d'urgence ;
- favoriser les relations entre les services supports impliqués et entre ceux-ci et les acteurs extrahospitaliers de l'urgence ;
- partager les obligations d'accueil et de prise en charge par les équipes médicales et soignantes concernées et les établissements ;
- faire participer les autres acteurs de l'urgence.

La fédération aura compétence dans les domaines suivants :

- la réflexion sur l'optimisation des ressources ;
- la formation pour l'ensemble des soignants sous forme de staffs communs à l'ensemble des structures médicales et sur la base de protocoles élaborés en commun;
- l'amélioration de la prise en charge des patients ;
- l'information médicale et administrative informatisée au sein des urgences, en amont et en aval ;
- le partage du temps médical ;
- l'évaluation des structures, des procédures et des résultats en collaboration avec les D.I.M. des différents établissements et sur la base de protocoles communs.

ARTICLE 4 – LES SERVICES SUPPORTS

Les Services supports de la Fédération :

Les différents services d'urgence des centres hospitaliers concernés

ARTICLE 5 – LES MEMBRES DE LA FEDERATION

Sont membres de la Fédération, de façon statutaire :

- l'ensemble du personnel médical de toutes les équipes fondatrices, dans la mesure où ils sont titulaires ou contractuels à temps plein, et les personnes vacataires dont le nombre de vacations est supérieur ou égale à 8 semaines,
- les cadres hospitaliers des Services supports.

Indiquer les effectifs médicaux au moment de la mise en place de la fédération.

ARTICLE 6 – SIEGE

La fédération a son siège :, Il pourra être transféré en tout autre lieu par décision du Conseil de Fédération.

ARTICLE 7 – DUREE

La fédération est constituée pour une durée ... qui commencera à courir à compter de la plus tardive des dates d'approbation des conseils d'administration des centres hospitaliers signataires.

TITRE II – LES INSTANCES

ARTICLE 8 – CONSEIL DE LA FEDERATION

Il est crée un Conseil de Fédération composé du responsable médical de chacun des Services supports composant la Fédération, assisté des cadres infirmiers correspondant, le directeur de chaque établissement ou son représentant et le président du comité médical d'établissement de chaque établissement.

Le Conseil de fédération se réunit une fois par trimestre, sur convocation du médecin coordonnateur - tel que défini à l'article 9 du présent règlement intérieur- qui en arrête l'ordre du jour et le transmet [préciser les modalités de transmission] 15 jours à l'avance.

Le coordonnateur préside le Conseil.

La validité des délibérations prises à la majorité simple des membres présents est subordonnée à un quorum égal à plus de la moitié des membres du Conseil. Si après une consultation régulière ce quorum n'a pas été réuni, une deuxième convocation est faite à 8 jours d'intervalle. Les avis qui sont alors émis deviennent valables quel que soit le nombre des membres présents. Lors des délibérations, chaque membre ne peut disposer que d'une procuration.

Les délibérations du Conseil font l'objet d'un procès-verbal communiqué à l'ensemble des membres du Conseil.

Le coordonnateur a la liberté d'inviter à une séance du Conseil toute personne appartenant ou non aux centres hospitaliers et qui serait partie prenante du problème à discuter. En particulier, il doit veiller à faire participer aussi largement que possible les différentes structures non hospitalières participant à la prise en charge des urgences.

ARTICLE 9 – COORDINATION DE LA FEDERATION

La Fédération est dirigée par son Conseil. Les médecins du Conseil élisent en leur sein un médecin coordonnateur.

L'ensemble des activités de la fédération médicale interhospitalière est placé sous l'autorité du Coordonnateur, assisté de

Le Coordonnateur est élu par les médecins du Conseil au scrutin majoritaire à deux tours. Le vote s'effectue à bulletin secret.

Le Coordonnateur est choisi parmi les praticiens hospitaliers titulaires temps plein des équipes supports.

Le mandat du Coordonnateur est de 2 ans renouvelables une fois.

Le Coordonnateur veille au bon fonctionnement de la fédération, conformément aux textes en vigueur et au présent règlement intérieur. Il présente le projet de la fédération et élabore un rapport annuel d'activité.

Il représente la Fédération.

TITRE III – FONCTIONNEMENT

ARTICLE 10 – ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL

La répartition des demi-journées est fixée par un tableau de service mensuel signé par les deux chefs de service et communiqué par le praticien aux directions signataires.

Le temps de travail est organisé comme suit (***SUR CHACUN DES SITES***)

.....

La répartition des droits aux jours de RTT et aux congés payés est réalisée *pro rata temporis*.

ARTICLE 11 – CALCUL DU TEMPS ADDITIONNEL

Il convient de s'accorder préalablement sur les méthodes de calcul du temps additionnel entre les différents établissements signataires.

Chaque établissement détermine les droits des praticiens exerçant sur les différents établissements pour les périodes d'activité accomplies dans chaque établissement au regard des obligations respectives de service.

L'établissement d'accueil reverse les sommes correspondantes à l'établissement d'affectation.

ARTICLE 12 – FINANCEMENT ET REMUNERATION

Détermination forfaitaire ou au réel.

Système de remboursement au Centre hospitalier d'accueil.

Les praticiens bénéficient du remboursement de leurs frais de déplacements entre les deux sites sur la base de

Possibilité de prime multi-établissements.

ARTICLE 13 – RESPONSABILITES

Les centres hospitaliers s'engagent solidairement à couvrir le risque de dommages matériels survenant aux équipements en raison de leur utilisation par les équipes médicales au cours de l'activité.

Les centres hospitaliers couvrent le risque de responsabilité civile des praticiens au cours ou à l'occasion de leur intervention quand ceux-ci ne sont pas les praticiens propres de l'hôpital. Les centres hospitaliers d'origine couvrent le risque d'accident de travail des praticiens lors de leurs déplacements sur un autre site, y compris es accidents de trajet.

Les centres hospitaliers s'engagent à faire parvenir au centre hospitalier d'origine sans délais les évènements permettant de produire la déclaration d'accident de travail.

TITRE IV – ADMISSION, RETRAIT ET EXCLUSION DES SERVICES SUPPORTS
--

ARTICLE 14 – ADMISSION

La possibilité pour des structures médicales hospitalières et extrahospitalières de rejoindre la Fédération est soumise à l'acceptation et au respect par ces structures de l'objet décrit à l'article 3 du présent règlement intérieur.

Les candidatures sont soumises au Conseil de Fédération, aux conseils d'administration et aux comités médicaux techniques des établissements concernés qui délibèrent sur l'admission d'une nouvelle structure médicale en tant que Service support de la Fédération.

Tout nouveau Service support est réputé adhérer aux dispositions du présent règlement intérieur, ainsi qu'à toutes les décisions déjà prises par les instances de la Fédération et qui s'appliquent aux Services supports de celle-ci.

ARTICLE 15 – RETRAIT

Le Service support désirant se retirer doit notifier son intention au Coordonnateur de la Fédération par courrier recommandé avec demande d'avis de réception.

Le Coordonnateur en avise aussitôt chaque Service support ainsi que le Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation et convoque une réunion du Conseil de Fédération.

Le Conseil de Fédération constate par délibération le retrait du Service support et détermine les conditions dans lesquelles l'activité menée en commun peut être continuée.

ARTICLE 16 – EXCLUSION

L'exclusion ne peut être prononcée qu'en cas de non-respect grave ou répété des obligations résultant du présent règlement intérieur et à défaut de régularisation dans le mois après une mise en demeure adressé par le Coordonnateur et demeurée sans effet.

Le Service support peut mettre en œuvre la procédure de conciliation prévue à l'article 13 du présent règlement intérieur dans le mois qui suit la mise en demeure.

A défaut de régularisation ou si la conciliation n'aboutit pas, l'exclusion est décidée par le Conseil de Fédération, les conseils d'administration et les comités médicaux techniques des établissements concernés saisis par le Coordonnateur.

Le Service support défaillant est obligatoirement entendu par le Conseil de Fédération.

TITRE V – CONCILIATION, MODIFICATION, DISSOLUTION

ARTICLE 17 - CONCILIATION

En cas de différends survenant entre les Services supports de la Fédération ou encore entre la Fédération elle-même et l'un de ses Services supports à raison du présent règlement intérieur ou de ses suites, les parties s'engagent à accepter la médiation préalable du Directeur Départemental des Affaires sociales et d'un représentant de l'Agence régionale d'hospitalisation qui fixeront les mesures conservatoires nécessaires au delà d'un préavis minimum d'un an.

ARTICLE 18 – MODIFICATION

Le présent règlement intérieur peut être modifié ou complété sur proposition du médecin coordonnateur ou du conseil d'administration d'un des établissements signataires.

Les modifications entreront en vigueur après l'adoption par les conseils d'administration des établissements signataires et avis des commissions médicales d'établissement concernées.

ARTICLE 19 – DISSOLUTION

La dissolution de la Fédération peut être proposée par le Conseil de Fédération à la majorité des 2/3 de ses membres.

La dissolution est prononcée par les délibérations des conseils d'administration des établissements signataires après avis des commissions médicales d'établissement concernées.

**Convention entre le Centre hospitalier de et la Clinique de
Chirurgie orthopédique et urologique**

ENTRE :

Le Centre Hospitalier
Domicilié

représenté par _____, Directeur,

ET

La Clinique du
Domiciliée

représentée par _____, Président Directeur Général,
et les chirurgiens spécialistes,

Il est convenu ce qui suit :

PREAMBULE

Le Centre hospitalier de ne dispose plus en interne des compétences chirurgicales spécialisées suffisantes en orthopédie et en urologie, disciplines pour lesquelles existe une demande locale clairement identifiée. Aussi, dans un triple souci de garantir une réponse de qualité dans ces spécialités, d'optimiser les ressources médicales et de maintenir l'attractivité de son plateau technique, le Centre hospitalier de entend consacrer l'ouverture de son plateau technique aux chirurgiens spécialistes de la clinique par la mise en place d'une astreinte opérationnelle commune.

La présente convention règle les rapports entre les parties en définissant les modalités juridiques de participation des chirurgiens spécialistes à l'activité du Centre hospitalier de à travers la mise en place de l'astreinte opérationnelle ainsi que les obligations réciproques des chirurgiens spécialistes et du Centre hospitalier de, modalités qui intéressent la Clinique de au titre de la clause d'exclusivité qui lie les chirurgiens spécialistes à cette dernière.

Cette convention conclue avec le souci de faire face dans un délai court aux besoins non satisfaits de la population en matière d'interventions orthopédiques et urologiques doit être appréhendée comme un outil juridique provisoire. En effet, la collaboration engagée à travers elle par la Clinique de [.....], les chirurgiens spécialistes et le Centre Hospitalier de [.....] doit au terme de la présente convention être assise sur la création entre les parties signataires, d'un groupement de coopération sanitaire tel que défini par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003.

ARTICLE 1 – OBJET

Dans le but de répondre aux besoins de la population et de garantir la qualité des soins dans l'intérêt des malades, la présente convention a pour objet une adaptation de l'offre sanitaire présente sur le territoire de santé de [.....] au moyen d'un rapprochement des équipes médicales travaillant à la Clinique de [.....] et au Centre Hospitalier de [.....] à travers la mise en place d'une astreinte opérationnelle. Ce rapprochement prend la forme d'une ouverture du plateau du bloc opératoire du Centre hospitalier de [.....] aux chirurgiens spécialistes dans les disciplines suivantes :

- - chirurgie orthopédique
- - chirurgie urologique.

ARTICLE 2 - NOMINATION DES CHIRIIGIENS SPECIALISTES EN QUALITE DE PRATICIENS ATTACHES AU CENTRE HOSPITALIER DE [.....]

(Chaque chirurgien libéral bénéficie d'un statut de praticien 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)

Les chirurgiens spécialistes sont nommés au Centre hospitalier de [.....], en qualité de praticiens attachés selon les dispositions du décret n° 2003-769 du 1er août 2003 relatif aux praticiens attachés et praticiens attaches associés dans les établissements de santé.

Le nombre de journées des praticiens attachés est arrêté pour chaque chirurgien spécialiste comme suit (exemples) :

M. [.....]	chirurgien spécialiste en orthopédie : [.....] journées/mois
M. [.....]	chirurgien spécialiste en orthopédie : [.....] journées/mois
M. [.....]	chirurgien spécialiste en orthopédie : [.....] journées/mois

ARTICLE 3 - ORGANISATION DE L'ASTREINTE OPERATIONNELLE

L'organisation de la permanence des soins repose sur une astreinte opérationnelle impliquant les praticiens des deux établissements.

Pour organiser au mieux la permanence des soins (**gardes et astreintes**) les deux établissements ont prévu une mutualisation des astreintes et des gardes en chirurgie orthopédique et chirurgie urologique par intervention concertée, organisée et successive des praticiens des deux établissements dans le tour de garde.

Les astreintes de chirurgie orthopédique et digestive 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.

Seul le chirurgien inscrit sur la liste d'astreinte peut être appelé. Les personnes habilitées à joindre le chirurgien de garde sont précisées.

ARTICLE 5 - RESPONSABILITE

Chaque chirurgien spécialiste est personnellement responsable de son exercice. Le Centre hospitalier de prend en charge la responsabilité civile des actes effectués dans le cadre de la présente convention sur son site par les chirurgiens en leur qualité de praticiens attachés.

ARTICLE 6 - COMITE DE SUIVI ET D'EVALUATION

Il est créé un comité de suivi et d'évaluation de la présente convention. Ce comité est composé :

- du Président Directeur Général de la Clinique de ;
- du Directeur du Centre hospitalier de ;
- des chirurgiens spécialistes ;
- du Président de la Commission Médicale d'Etablissement du Centre hospitalier de ;
- du Chef de service de chirurgie du Centre hospitalier de ;
- des médecins DIM.

Il se réunit au moins une fois par an pour dresser le bilan de l'exécution de la présente convention ou pour raison particulière sérieuse à la demande d'un de ses membres.

Le comité de suivi prend toute initiative qu'il souhaite pour proposer d'autres axes de complémentarité entre les partenaires signataires, dès lors qu'ils concourent à la qualité et à la sécurité des soins délivrés à la population, dans le respect des orientations retenues par le projet médical de territoire. Un procès-verbal est établi à chaque séance et porté à la connaissance de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de

ARTICLE 7 - CONTENTIEUX

Les parties s'efforcent de résoudre à l'amiable les contestations qui pourraient surgir de l'interprétation ou de l'exécution des clauses de la présente convention.

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation sera consultée avant que soit engagée, si nécessaire, un recours devant les tribunaux.

ARTICLE 8 - DUREE

La présente convention est conclue pour une durée dean à compter du

A cette date, le partenariat engagé entre les parties présentes devra avoir pris la forme juridique d'un groupement de coopération sanitaire tel qu'énoncé dans le préambule. A défaut de constitution de ce groupement de coopération sanitaire à la date prévue, la présente convention sera renouvelée et ce pour une seule année supplémentaire.

ARTICLE 9 - RESILIATION

La résiliation de la présente convention ne peut intervenir que dans le cas du non respect des engagements de l'une des parties et après consultation du comité de suivi.

Un préavis de 3 mois sera notifié par lettre recommandée.

Annexe 3 : Trame type pour formaliser une convention individuelle d'exercice à temps partagé

La trame proposée a été élaborée en étudiant les conventions individuelles produites par les CH de Creil, de Lens, de Morlaix et celles du CHU de Lille.

EXEMPLE DE CONVENTION TYPE¹**CONVENTION D'EMPLOI
DE PRATICIEN A TEMPS PARTAGE**

Vu le Code de la Santé Publique et notamment l'article L. 6134-1 8° relatif aux réseaux de santé et aux actions de coopération

Vu le décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers ;

Ou Vu le décret n° 87-788 du 28 septembre 1987 relatif aux assistants des hôpitaux ;

Ou Vu le décret n° 93-701 du 27 mars 1993 relatif aux praticiens contractuels des établissements publics de santé

Ou Vu le décret n° 85-384 du 29 mars 1985 portant statut des Praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements publics de santé

Vu l'arrêté du 17 octobre 2001 relatif à l'activité exercée dans plusieurs établissements

Vu le contrat d'objectifs et de moyens en date du entre le Centre Hospitalier de..... et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation ;

Vu le contrat d'objectifs et de moyens en date duentre le Centre Hospitalier Régional Universitaire de et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de ;

Vu les avis favorables des CME des

ATTENDUS

Exposé des motifs² :

Référence à la coopération entre les établissements

Référence à la complémentarité

SIGNATAIRES

Entre :

- le Centre Hospitalier Régional Universitaire de..... représenté par son Directeur Général,
- (ou le Centre Hospitalier de représenté par son Directeur.) ;
- le Centre Hospitalier de , représenté par son Directeur
- le Docteur

Le cas échéant :

- l'Agence Régionale de l'Hospitalisation....., représenté par son Directeur,
- la Faculté de Médecine de, représenté par le Doyen,

Il est convenu ce qui suit :

CHAPITRE I. PRINCIPES GENERAUX

¹ Cette trame propose quelques alternatives et additifs à la convention la plus fréquemment rencontrée celle entre un CHU, un CH et un praticien hospitalier temps plein. Les clauses *en italiques sont des variantes possibles ou des compléments relatifs notamment aux conventions avec les assistants spécialistes à temps partagé.*

² Voir annexe 2

Article 1 : Cadre juridique

La présente convention règle les conditions dans lesquelles le Docteur.....titre et fonction exerce ses fonctions dans les deux établissements signataires.

Le centre hospitalier est l'établissement de rattachement.

Le centre hospitalierest l'établissement d'accueil.

Le docteur est recruté, *employé* à compter du dans le cadre de la présente convention.

Les modalités définies ci-dessous feront l'objet le cas échéant d'un contrat individuel signé entre le docteur et l'établissement de rattachement.

CHAPITRE II. ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL
Article 2.1 Exercice de l'activité et organisation du temps de travail

Le docteur exerce son activité :

- ✓ au Centre hospitalier de rattachement à raison de x demi-journées hebdomadaires dans le serviceen qualité de sous la responsabilité de
- ✓ au Centre hospitalier d'accueil à raison de y demi-journées hebdomadaires dans le serviceen qualité desous la responsabilité de

Cette répartition du temps pourra être modifiée par avenant.

OU

Cette répartition est modifiée comme suit après x mois d'exercice :

L'activité du Docteur s'exercera à compter du :

- ✓ *au Centre hospitalier de rattachement à raison de x demi-journées hebdomadaires soit X % de ses obligations de service*
- ✓ *au Centre hospitalier d'accueil à raison de y demi-journées hebdomadaires soit Y % de ses obligations de service.*

La répartition des demi-journées est fixée par un tableau de service mensuel signé par les deux chefs de service et communiqué par le praticien aux deux directions signataires.

Le temps de travail du docteur est organisé comme suit :

Exemple	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi
Matin	CH 1	CH1		CH2	CH2	CH2
Après midi	CH 1	CH1	CH2	CH2	CH2	

La répartition des droits aux jours RTT et aux congés payés est réalisée au prorata temporis.

Le docteurfait valoir ses droits à RTT et à congé annuel dans chacun des établissements.

Les établissements se concertent pour permettre la prise de période de congés groupés à la demande de l'intéressé.

Article 2.2 Participation à la permanence des soins

Le docteur participe à la permanence des soins de la manière suivante :

- au centre hospitalier de rattachement, il effectue.....

- au centre hospitalier d'accueil, il effectue éventuellement.....

La réalisation de la permanence des soins dans l'établissement d'affectation est prioritaire. La participation à la permanence des soins dans l'établissement d'accueil ne doit pas conduire à perturber son activité au sein de l'établissement de rattachement.

Les chefs de service des deux établissements se concerteront pour veiller au respect des dispositions précédentes et à celui du repos quotidien.

CHAPITRE III FINANCEMENT ET REMUNERATION

Article 3.1 Financement de la rémunération et des frais

La rémunération et les charges du Docteuret le remboursement de ses frais de déplacement entre le Centre Hospitalier de rattachement et le Centre Hospitalier d'accueil sont à la charge du Centre Hospitalier de rattachement.

Le Centre Hospitalier d'accueil s'engage à rembourser au Centre Hospitalier de rattachement, sur présentation d'un titre de recette correspondant, la rémunération et les charges concernant le praticien désigné ci-dessus, à hauteur de..... %.

Article 3.2 Calcul du temps additionnel

Pour le calcul du temps additionnel, chaque établissement détermine les droits de l'intéressé pour les périodes d'activité accomplies dans chaque établissement au regard des obligations respectives de service.

Chaque établissement règle les sommes dues au titre du temps additionnel, de la permanence sur place ou des astreintes au docteurselon les règles propres à chaque établissement

OU

L'établissement d'accueil reverse les sommes correspondantes à l'établissement de rattachement.

Article 3.3 Prime multi-établissements

Sous réserve de l'accord de l'ARH, le docteurbénéficie de la prime multi-établissements.

CHAPITRE IV DROITS, OBLIGATIONS ET RESPONSABILITES

Article 4.1 Droits et obligations

Pendant son exercice au sein du Centre Hospitalier d'accueil, le Docteur est soumis au règlement intérieur de cet établissement.

Le Docteurest également tenu au respect du règlement intérieur dans son établissement de rattachement durant l'exercice de son activité dans cet établissement.

L'état des services rendus par le Docteur..... pendant la durée de la convention sera certifié conjointement par les deux établissements contractants.

Article 4.2 Responsabilités

L'assurance responsabilité civile du Centre Hospitalier d'accueil couvre les éventuelles mises en cause de la responsabilité de cet établissement du fait de l'activité exercée dans ses services par le Docteur.....

Article 4.3 Couverture des Accidents du travail et de trajet

Le Docteur relève du Centre Hospitalier de rattachement en ce qui concerne les accidents du travail et de trajet.

Article 4.4 Droits et Obligations particulières ³

Le docteur..... s'engage à passer le concours national de Praticien Hospitalier à la session de

Pendant la période transitoire de formation, toutes les facilités pour accéder à la formation théorique et clinique seront accordées au Docteur: préparation de DU, aide à la présentation des mémoires et des articles.....

En ...ans, le Docteur devra avoir acquis titres, diplômes, compétences indispensables à une présentation au Concours de Praticien Hospitalier.

En cas de réussite au concours, le Docteur.....s'engage à être candidat sur le poste de Praticien Hospitalier de..... du Centre Hospitalier de

Après sa nomination éventuelle au Centre Hospitalier de, le Docteur pourra poursuivre sa collaboration avec la clinique de..... du Centre Hospitalier dans le cadre d'une convention de partage d'activité dont les modalités auront été définies d'un commun accord dans les six mois précédant sa nomination et seront conforme à l'article 4 du décret 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers.

CHAPITRE V

La présente convention est conclue pour une période de ... ans, du.....au
Elle peut être renouvelée pour une période d'un an par voie d'avenant.
Elle peut être dénoncée par chacune des parties sous réserve d'un préavis de mois

* * * * *

³ par exemple dans le cas des assistants à temps partagé