

**EVALUATION DE L'ARTT DES PRATICIENS DES EPS
SYNTHESE NATIONALE**

I – Echantillon de l'enquête

- 20 synthèses régionales ont été transmises à la DHOS ; 19 d'entre elles ont pu être exploitées en totalité.
- La synthèse nationale regroupe les éléments d'information concernant :

Régions	Etablissements concernés par l'ARTT médical					Praticiens concernés par l'ARTT (dans les établissements ayant le questionnaire) en ETP	Taux de retour du questionnaire par les établissements
	CHU CHR	CH	CHS	Autres	Total		
AQUITAINE	1	22	5	0	28	1589,5	100%
AUVERGNE	1	16	1	4	22	832 (*)	100%
BASSE-NORMANDIE	1	20	3	9	33	1021,4	73%
BOURGOGNE	1	18	4	0	23	963,7	87%
BRETAGNE	2	21	4	0	27	1345,8	81%
CENTRE	2	22	3	3	30	1686,7	97%
CHAMPAGNE-ARDENNE	1	14	4	0	19	890,8	89%
CORSE	0	3	1	2	6	209,4	67%
FRANCHE-COMTE	1	10	2	6	19	826,8	100%
GADELOUPE	1	5	1	1	8	303,5	75%
HAUTE-NORMANDIE	1	19	2	13	35	872,7	23% NB : Le questionnaire n'a été adressé qu'aux seuls 11 établ. Ayant obtenu des crédits ARTT
LANGUEDOC-ROUSSILLON	2	13	3	0	18	1155,7	100%
LIMOUSIN	1	10	2	3	16	546,6	100%
LORRAINE	2	21	7	11	41	1449	100%
NORD-PAS-DE-CALAIS	1	23	2	19	45	2490,5	NR
PAYS-DE-LA-LOIRE	2	18	5	NR	25	1813	NR
PICARDIE	1	26	3	8	38	1512,9	73,6%
POITOU-CHARENTES	1	16	2	0	19	1195,3	100%
REUNION	0	4	1	0	5	500,2	100%
TOTAL	22	301	55	79	457	21 205,6	

(*) L'effectif de praticiens de la région Auvergne est incomplet (2 établissements n'ayant pas indiqué leur effectif)

Mesure de l'activité des établissements sur les trois dernières années

La présentation d'une synthèse au niveau national est impossible.

9 régions n'ont purement et simplement pas répondu.

Pour les autres 11 régions, les résultats sont extrêmement parcellaires et ne permettent pas de dégager des tendances de manière fiable.

Les motifs expliquant sont variés mais résultent la plupart du temps de l'incohérence ou de l'absence des réponses des établissements. A cela s'ajoutent :

- des problèmes pour la production des données PMSI pour le premier semestre 2003 du fait de problèmes technique sur le logiciel MAHOS ;
- la surcharge des établissements sur cette fin de période ;
- l'incompréhension de la notion de fermeture de lits ;
- la non pertinence des indicateurs « nombre de points » et « valeur du point ».

II – Eléments d'évaluation

Q. 1 – Dispositif de suivi de la mise en œuvre de l'ARTT :

La Commission de l'organisation de la permanence des soins

A - Constitution de la commission :

Elle a été **constituée**, en moyenne, **dans 77% des établissements**.

C'est en région Auvergne que les établissements sont les moins nombreux à avoir installé cette Commission (50%). Dans 10 régions (sur les 19 de l'échantillon) on observe que plus de 80% des établissements ont constitué cette commission.

Une région fait observer que dans les établissements où cette commission n'a pas été créée, l'ancienne commission des gardes continue de fonctionner.

B - Réunion de la commission :

Depuis le début d'année 2003, la Commission de la permanence des soins s'est réunie au moins une fois dans 83% des établissements et au moins deux fois dans près de 50% des établissements.

Q.2 – Organisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique.

A – Mode d'organisation des activités dans les structures

Après la réforme, **les services organisés en temps continu représentent 15 %** du total des structures.

Une minorité de régions est capable de donner la proportion des structures organisées en temps continu par rapport aux structures susceptibles de l'être (seulement 6 régions).

Même parmi les structures susceptibles de s'organiser en décompte horaire, celles de **réanimation (59 %)**, **d'anesthésie-réanimation (71 %)**, **de néonatalogie (79 %)** et **d'obstétrique (95 %)** sont très majoritairement organisées en demi-journées.

Seules les structures **d'accueil et de traitement des urgences sont très majoritairement organisées en temps continu (77 %)**.

En **anesthésie**, seule la Picardie a une majorité de structures organisées en temps continu.

En **urgences**, la Bourgogne voit la totalité de ses structures organisée en temps continu.

En **réanimation**, le Nord- Pas de Calais a 100% de ses structures organisées en demi-journées. A l'inverse, la Picardie est la seule région ayant une écrasante majorité de structures en temps continu. En **néonatalogie**, la Bourgogne est la seule à avoir une majorité de structures organisées en temps continu.

B – Prévision et planification du temps et des activités

Les résultats sont exprimés en pourcentage moyen.

Ces pourcentages moyens sont à prendre avec une grande prudence dans la mesure où certaines régions ont répondu sur les structures, d'autres sur les établissements.

Il apparaît **qu'à peine plus de la moitié des régions ayant répondu ont une majorité de structures avec un tableau annuel**.

Plus de 60 % des structures fonctionnent au moins avec un tableau mensuel de service nominatif constaté. Parmi ces structures, une proportion non définissable ne fonctionne qu'avec ces tableaux constatés a posteriori, sans tableau prévisionnel. **Seule une minorité de régions fonctionnent avec une majorité de structures sans tableaux de service du tout** (Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Réunion).

La proportion de structures en **CHU** avec tableau mensuel nominatif est légèrement plus faible que pour l'ensemble des structures, mais **reste majoritaire (58 %)**. La situation des structures est généralement plus tranchée. Les **4 CHU n'ayant pas de tableaux** sont ceux d'Aquitaine, Auvergne, Franche-Comté, Haute-Normandie. A l'inverse, **7 CHU ont tous les tableaux de services**: Brest, Tour, Point-à-Pitre, Lille (mais déclaratifs), Nantes et Angers, Poitiers.

C – Réorganisation de la permanence des soins

1) Evolution du nombre de lignes de permanence avant et après la mise en place de l'ARTT

La comparaison du nombre total de lignes de permanence, sur place ou par astreinte, avant et après la mise en œuvre de l'ARTT fait apparaître :

- une diminution dans 11 régions sur 19 (pour 3 régions le degré de diminution est à préciser dans la mesure où il repose sur les déclarations des établissements non validées par les ARH : Aquitaine, Picardie, Poitou-Charentes)
- un maintien dans 3 régions (Bourgogne, Corse, Réunion)
- une progression dans 4 régions (Franche-Comté, Guadeloupe, Lorraine, Auvergne)
- globalement, **sur les 16 régions** dont les informations sont validées par les ARH, on observe **une diminution du total des lignes de 2,9%**.
- 2 régions enregistrent une diminution sensible de leurs lignes de permanence : Limousin (-7,5%) et Nord-Pas-de-calais (-4,7%)
- 8 régions sur 19 indiquent avoir procédé à un recensement des lignes de permanence des établissements de leur région et à un travail de réorganisation de la

permanence préalable à la mise en œuvre de l'ARTT et à l'allocation des moyens nouveaux.

2) La mutualisation de la permanence des soins

→ La mutualisation interne de la permanence :

- Elle concerne 18 régions sur 19 (Seule la Bourgogne ne constate pas de mutualisation interne de la permanence dans ses établissements).
- Le taux d'établissements ayant mutualisé en interne la permanence des soins varie de 5% (Champagne-Ardenne) à 72% (Bretagne). Sur l'ensemble des régions où le recours à la mutualisation intra-établissement est constaté, on observe qu'elle concerne près de 40% des établissements qui sont aussi bien des CH, des CHS que des CHU (les CHU ont procédé au regroupement de structures pour l'organisation de la permanence des soins dans 5 régions).

→ la mutualisation inter-établissement de la permanence des soins :

- 4 régions sur 19 signalent l'absence de convention de mutualisation de la permanence. Il s'agit des régions : Aquitaine, Bourgogne, Champagne-Ardenne et Corse.
- Une région (Centre) indique que des mutualisations d'activités inter-établissements, dans le cadre des communautés d'établissements se sont mises en place avant l'ARTT.
- Une région, le Limousin, indique que la signature de convention est en cours.
- 12 autres régions relèvent l'existence de plusieurs conventions : de 3 conventions (Franche-Comté et Languedoc-Roussillon) à 28 conventions (Bretagne et Picardie).

→ les activités concernées par la mutualisation :

Ce sont principalement les activités à forte contrainte de permanence : urgences, anesthésie et réanimation. Mais on relève également la psychiatrie ainsi que la médecine et les spécialités médicales, la gériatrie, les soins de suite, les soins de longue durée, la chirurgie, la radiologie et la pharmacie.

3) La forfaitisation des astreintes

Ce dispositif nouveau, créé par l'arrêté du 30/04/2003, a été utilisé par les établissements de 14 régions. Dans le Limousin, en Corse, Guadeloupe et *en Pays de Loire* ce dispositif ne semble pas avoir été utilisé.

Le recours à ce dispositif s'effectue dans des proportions variables et plutôt modestes **entre 13% et 20% des lignes d'astreinte** à l'exception d'un département (Nord : 60%) et la Franche-Comté (la proportion de 100% des astreintes « forfaitisées », indiquée par l'ARH, nécessitant d'être confirmée auprès des établissements)

Q. 3 – Mise en œuvre de l'ARTT

A – L'utilisation des moyens nouveaux alloués pour la mise en œuvre de l'ARTT

1) le contrat d'engagement d'exercice des assistants

17 régions sur 19 ont renseigné la synthèse en respectant les instructions de la DHOS :

- la part des assistants signataires d'un contrat d'engagement sur le total des assistants : elle varie selon les régions de 53% des assistants (dans le Centre) à 100% (en Bretagne).
- Une **moyenne globale** (ne tenant pas compte du poids relatif des assistants au sein des différents types d'établissements) de **76% des assistants** en poste sont **signataires d'un engagement d'exercice**.
- la part des **demandes d'engagement satisfaites** sur le total des demandes formulées : **de 78%** (Centre) à **100%** (dans 6 régions : Auvergne, Bretagne, Guadeloupe, *Haute-Normandie*, Pays de Loire, Picardie).
- 3 régions sur 17 indiquent avoir prioritairement attribué un financement des contrats d'engagement sur les disciplines et spécialités à contrainte de permanence forte ou pénuriques.
- Dans 3 régions, il apparaît que les établissements ont autofinancé une partie des contrats d'engagement des assistants (Aquitaine, Centre, Nord-Pas de Calais).

2) Création de postes

Statuts

Les résultats concernant les "ouvertures" de postes sont à prendre avec précaution: bien souvent, ce ne sont pas les postes juridiquement ouverts dans les établissements, mais les postes budgétés au niveau de l'agence.

Sur les régions ayant répondu à l'item, **857 "postes" de titulaires** ont été **autorisés** ou budgétés ainsi que **442 "postes" de contractuels**. **386 "postes" de titulaires sont pourvus et 275 postes de contractuels**. Ce qui correspond à un ratio de titulaire sur contractuels de 1,5. Les proportions prévues par le protocole du 22 octobre sont donc respectées.

Le **taux d'occupation des "postes" de titulaires est en moyenne de 45 %**; avec un taux de 28 % en Haute-Normandie et de 100 % en Auvergne.

Le **taux d'occupation des "postes" de contractuels est en moyenne de 63 %**; avec un taux minimum de 20 % en Aquitaine.

Le **taux d'occupation global des "postes" est en moyenne de 51 %**; avec un taux de 27 % en Aquitaine et 100 % en Auvergne. Le fait pour certaines régions d'être au-dessus de 100 % s'explique sans doute par le fait que les budgets des postes de titulaires sont massivement utilisés pour pourvoir des postes de contractuels, moins chers.

Disciplines

Les taux d'occupation des "postes" oscille suivant la discipline entre **74 % pour les disciplines « autres » et 41 % pour la pédiatrie**. **L'anesthésie réanimation** pourvoit comme la pédiatrie **moins de la moitié des postes créés**, alors que les **urgences** sont les structures qui **pourvoient le mieux leurs postes (57 %)**.

CHU/CH

Un résultat exprimé en moyenne nationale n'a ici pas de signification.

Dans une forte majorité de régions, les postes créés en CHU représentent entre 1/4 et 1/3 des créations.

Dans 5 régions (Haute-Normandie, Limousin, Lorraine, Languedoc-Roussillon et Guadeloupe) une majorité de postes sont créés en CHU (avec une très forte proportion en Languedoc-Roussillon et en Guadeloupe).

B – Les conditions d'exercice des praticiens

1) Durée et organisation du travail des praticiens

a) Durée du travail , participation à la permanence des soins

❶ Périodes de permanence indemnisées au titre de la sujétion

14 régions ont fourni des éléments d'évaluation, souvent pour une partie seulement des établissements de leur ressort. En Bourgogne, Champagne-Ardenne, Guadeloupe, Limousin les établissements n'ont pas été en mesure d'évaluer cet élément, certains étant en cours de négociation du volume des permanences intégrées dans les obligations de service.

Sur les 14 régions ayant renseigné cet item on observe des variations du volume des permanences intégrées de 0% à 100%. C'est le cas dans cinq régions : Corse, Franche-Comté, Basse-Normandie, Bretagne, Réunion.

Dans quatre autres régions le taux minimum se situe entre 32 % et 70% (Aquitaine, Auvergne, Haute-Normandie et Pays de Loire).

Le taux médian, permettant de départager les établissements en deux groupe de même nombre est également variable : de 56,6% pour le Centre à 100% pour les Pays de Loire (où 11 établissements sur 19 indemnisent 100% des permanences au titre de la sujétion)

❷ Temps de travail additionnel (TTA)

Globalement, peu de régions ont été en mesure de fournir une estimation du volume du TTA réalisé sur les deux premiers quadrimestres. 9 régions ont communiqué une évaluation souvent partielle (il s'agit du taux moyen des seuls établissements ayant fourni une estimation). Parmi elles, 5 régions ont indiqué un volume moyen de TTA réalisé par les praticiens : la part du TTA au sein du total des périodes travaillées varie selon les régions de 3,3% (en Auvergne pour les 7 établissements ayant fourni une évaluation sur les 22 établissements de la région) à 19,8% (en Picardie) ; par ailleurs, au sein de la région Nord-Pas-de-Calais, le volume moyen du TTA accompli dans le seul département du Pas-de-Calais s'établit à 29% .

S'agissant des modes de compensation du TTA, on constate qu'il est majoritairement rémunéré aux praticiens (de 59% pour le Centre au minimum, à 100% en Bretagne notamment).

❸ Contractualisation du temps de travail additionnel

Sur les 17 régions ayant renseigné cette rubrique, deux régions indiquent qu'aucun établissement de leur ressort n'a eu recours à la contractualisation du TTA (Champagne-Ardenne, Corse). Deux autres régions indiquent que des établissements sont en cours de contractualiser le TTA (Limousin, Haute-Normandie).

Pour les 13 autres régions :

→ Le **recours à la contractualisation du TTA** concerne 74 établissements (dont 2 CHU) soit **20% des établissements** ayant renseigné le questionnaire. Ces établissements se situent majoritairement (en nombre) en Picardie, Bourgogne, Lorraine, Basse-Normandie.

→ Toutes les régions n'ont pas été en mesure d'indiquer la part des praticiens de la région concernés par la contractualisation du TTA. Pour les 6 qui l'ont mentionnée, on relève que cette part varie de 7% des praticiens (Lorraine) à 35% (Pays de Loire).

→ Les activités concernées par cette contractualisation sont le plus souvent les **activités à forte contrainte de permanence** : urgence (urgences psychiatriques dans un CHS), anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, cardiologie-USIC, néonatalogie mais également la médecine, la gériatrie, la chirurgie, l'imagerie, le laboratoire.

b) Bénéfice du repos quotidien

Sur les 16 régions ayant renseigné cette rubrique (les éléments des régions Basse-Normandie et Pays de Loire n'ayant pas pu être exploités compte tenu de leur imprécision) et la situation des 263 établissements identifiée sur ce sujet, on relève que **47% de ces établissements accordent aux praticiens, de façon régulière et dans tous leurs services, le repos quotidien**. 23% de ces 263 établissements n'accordent pas régulièrement le repos quotidien (ou l'accordent dans moins de 10% de leurs services)

2) Bénéfice des congés de réduction du temps de travail en 2002

Les résultats sont exprimés en taux moyens (moyenne des pourcentages régionaux).

Sur les 20 régions ayant retourné un questionnaire, une région n'a rien répondu et les résultats de trois autres régions sont inexploitable car incomplets.

3 régions présentent un taux d'utilisation des JRTT franchement supérieur à 100% ce qui pose question sur la qualité du renseignement de l'item.

Certaines régions présentent un **taux d'utilisation nettement inférieur à 100 %** (le plus significatif étant la Corse), ce qui laisse supposer une perte de jours pour un certains nombre de praticiens.

39 % des jours sont pris; avec de forts écarts entre région: de 15 % en Corse à 61 % en Nord-Pas de Calais.

32 % des jours sont épargnés; les écarts allant de 14 % en Nord-Pas de Calais à 49 % en Haute-Normandie.

24 % des jours sont payés; ce qui s'approche du maximum autorisé.

3) Recours au compte épargne-temps

Les résultats sont présentés en pourcentage moyen et en moyenne.

3 régions sur les 20 n'ont pas répondu à cet item et une quatrième a répondu de façon incomplète.

48 % des praticiens ont ouvert un compte épargne temps (de 25% en Corse à 66 % en Haute-Normandie et Réunion).

Le **nombre moyen de jours épargnés** (JRTT, CA et récupérations) **est de 12 jours** (de 6 jours en Limousin à 19 jours en Aquitaine).

Q.4 Politique régionale de mise en œuvre et de suivi du dispositif d'ARTT

Sur les 17 régions ayant décrit les modalités de mise en œuvre et de suivi du dispositif d'ARTT dans leur ressort, les constats suivants peuvent être réalisés :

- **Le comité régional de suivi s'est réuni en moyenne sept fois** depuis son installation (2 fois au minimum pour la Corse et 13 fois au maximum pour la Bretagne). 5 régions ont, en outre, programmé une réunion du comité régional pour présenter la synthèse régionale d'évaluation de l'ARTT .
- Le comité régional de suivi a dans la plupart des cas été consulté sur les modalités d'application et de suivi de la mise en œuvre de l'ARTT, il a également dans certains cas participé à l'élaboration de supports techniques d'application du dispositif d'ARTT et a permis de faire remonter les expériences d'application de l'ARTT dans les établissements avec leurs difficultés.
- Les principaux sujets examinés par le comité régional de suivi ont été :
 - L'étude de pré-impact territorial de l'ARTT et la réorganisation de la permanence des soins
 - La définition des critères d'attribution des crédits ARTT
- La répartition des crédits ARTT :
 - Elle a été effectuée pour les tranches 2002, 2003 en faveur des activités à forte contrainte de permanence, en priorité, dans la plupart des régions.
 - L'enveloppe allouée aux établissements a fait l'objet d'une sous-répartition par type de mesure à financer de la part de l'ARH dans la majorité des régions (14 sur les 17 ayant renseigné cette rubrique) : l'enveloppe a précisément « fléché » les financements pour les différentes mesures (création de postes/prime des assistants/revalorisation des déplacements en astreinte/temps de travail additionnel).
3 régions ont attribué des dotations « fermées » aux établissements, laissant à ces derniers le soin d'affecter ces crédits au financement des différentes mesures.