

SYNTHESE DE L'ENQUETE SUR L'ARTT

Circulaire DHOS/M2/2004 n° 474 du 6 octobre 2004 relative à l'évaluation de la mise en œuvre du protocole du 22 octobre 2001 et de l'accord d'assouplissement du 13 janvier 2003

I - Echantillon

24 synthèses régionales ont été transmises à la DHOS (sachant que nous avons reçu séparément la synthèse Ile de France hors APHP et la synthèse APHP). 2 régions (Rhône-Alpes et Martinique), pour la deuxième année consécutive, n'ont pas répondu ; une région (Nord Pas de Calais) a fourni les données dont elle disposait sans respecter le cadre de l'enquête ce qui n'a permis qu'une exploitation parcellaire.

488 établissements (sans compter les établissements de l'APHP) ont répondu au questionnaire individuel, soit 91 % du total des établissements des régions ayant transmis la synthèse régionale.

Pour chacun des items analysés, l'exploitation s'est faite uniquement sur les données renseignées.

On relèvera que certaines informations, manifestement erronées, n'ont pu être traitées, ce qui a limité les possibilités d'exploitation de l'enquête. Ainsi, s'agissant de la donnée de base que constitue l'effectif médical, pour les effectifs physiques, qui mesurent cette ressource en nombre de personnes, on a relevé des nombres à deux décimales, tandis qu'à contrario, pour la notion d'équivalent temps plein (ETP), qui mesure cette fois la ressource en temps de travail disponible, on a trouvé des montants supérieurs à l'effectif physique, ce qui est par définition impossible compte tenu des exercices à temps partiel.

II - Mise en œuvre de la RTT

Existence de tableaux mensuels de service

On constate une très forte progression du nombre de structures dotées de tableaux mensuels. 78 % des structures fonctionnent avec un tableau mensuel renseigné ; dans la précédente enquête, ce pourcentage était d'un peu plus de 60 %.

Certains commentaires laissent penser toutefois qu'il s'agit des tableaux mensuels réalisés et non prévisionnels. L'obligation, rappelée par les comptables, de fournir ces tableaux à l'appui du paiement a probablement été un facteur important de cette progression. Parmi les difficultés signalées, les régions relèvent les réticences de certains services ou praticiens,

notamment dans les services qui ne sont pas organisés en temps continu. Des CHU ont noté la difficulté à obtenir ces documents s'agissant des HU.

Taux d'intégration des permanences dans les obligations de service

Les résultats recueillis pour cet item n'ont pas pu être pris en compte dans leur intégralité : les retours d'un quart des régions sur cet item n'ont pas pu être exploités en raison des incohérences qu'ils présentaient, avec, par exemple un taux d'intégration des permanences de 100 % et l'existence de TTA sur la période de permanence. (voir fiche figurant en annexe)
Globalement, le taux médian se situe à 64 %, pour l'année 2003 comme pour 2004.

En matière d'élaboration de préconisations régionales, deux régions (Bourgogne et Limousin) se sont dotées d'un guide régional diffusé par l'ARH après validation par le comité régional de suivi. La démarche engagée en Bretagne n'a pas encore abouti.

Temps de travail additionnel (TTA)

16 % des praticiens effectuant du TTA ont contractualisé ce temps de travail additionnel. On constate d'importantes disparités régionales, de 52 % en Franche-Comté à 1 % en Corse mais on observe que la contractualisation du temps additionnel est utilisée dans 22 régions alors que dans la précédente enquête, elle ne l'était que dans 13 régions et concernait 20% des établissements de ces régions.

Seulement 7% des établissements ayant répondu ne compensent pas sous forme de récupération, de capitalisation sur un CET ou de rémunération, la totalité du TTA constaté.

On constate une répartition équilibrée puisque le taux médian se situe à 45.3 % pour le TTA effectué de jour et à 49.3 % pour le TTA réalisé sur des périodes de permanence.

Compte épargne-temps

L'utilisation du compte épargne-temps est relativement homogène entre régions avec une moyenne de 12.4 jours capitalisés sur CET par ETP correspondant à 21 jours épargnés par CET en moyenne par les praticiens ayant ouvert un CET. Dans la précédente enquête, fin 2003, le nombre moyen de jours épargnés s'élevait à 12 jours par ETP disposant d'un CET. Ces données confirment que le CET est bien un outil d'épargne à moyen et long terme. Globalement, on n'observe pas de corrélation entre le recours au CET et la démographie médicale.

III - Organisation de la permanence des soins

La forfaitisation des astreintes

On observe que le dispositif de la forfaitisation est en place dans 16 régions avec une moyenne de 22.5 % d'établissements utilisant ce mode d'indemnisation, ce pourcentage variant entre 2% en Haute-Normandie et 37,5% dans le Centre. En 2003, ce dispositif était utilisé dans 14 régions dans des proportions modestes (13 à 20% des lignes d'astreinte).

Restructuration des dispositifs de permanence

12 régions seulement ont renseigné cette question partiellement (une seule région a indiqué le nombre de lignes de permanence existant sur les 3 années 2002-2003-2004) et l'exploitation des informations a été malaisée. On peut seulement dégager des tendances.

La suppression de lignes de permanence reste rare : 3 régions en ont signalé ; la région Centre a été la plus ambitieuse avec 11 lignes de permanence supprimées sur un nombre total de permanences de 136 au 01/01/2002.

La transformation de permanences en astreintes est plus courante : elle concerne 6 régions.

Enfin la mutualisation de permanences, le plus souvent en interne, a été le mode de réorganisation le plus fréquent : 10 régions, sur les 12 qui ont renseigné cette question, en font état.

Globalement on relèvera le caractère modeste, sur le plan quantitatif, de ces réorganisations ; on atteint au total -pour l'ensemble des douze régions ayant répondu- une centaine de permanences mutualisées en interne et en externe, alors qu'une seule région, la région Centre à titre d'exemple, compte plus d'une centaine de permanences sur l'ensemble de son territoire.

IV - Autres points

Le respect du repos quotidien

Sur 465 établissements ayant répondu, 250, soit 54% des établissements, ont déclaré appliquer le repos quotidien totalement, 203 partiellement et 12 pas du tout. Dans la précédente enquête, seuls 47% des établissements respectaient totalement la règle d'attribution du repos quotidien. Dans une approche régionale, on constate que 5 régions déclarent avoir des établissements qui ne respectent pas du tout le repos quotidien

Engagement des assistants à exercer 2 ou 4 ans

Le dispositif de contrat d'engagement des assistants continue à être largement utilisé : la part des assistants signataires d'un contrat d'engagement sur le total des assistants s'échelonne de 31 % (Midi-Pyrénées) à 90 % (La Réunion) avec une moyenne se situant à 76 %, ce qui est identique à l'enquête précédente.

V - Attribution des moyens et suivi du dispositif

16 régions sur 23 ont réparti la dotation entre l'ensemble des établissements.

Les activités à permanence sur place ont été priorisées dans un premier temps.

19 régions ont ensuite élargi l'attribution à d'autres spécialités notamment la psychiatrie.

2 régions semblent s'être focalisées exclusivement sur les services en temps continu.

On note que la fréquence des réunions de suivi a diminué en 2004, ce qui traduit sans doute une stabilisation des dispositifs, après les difficultés de la première année d'application. En effet, d'une moyenne de 2.8 réunions annuelles en 2003, on est passé à une moyenne légèrement inférieure à 2 pour l'année 2004. Il est difficile de dégager une tendance sur le rôle

confié à ce comité : 10 régions -sur 23 ayant répondu- ont qualifié le rôle de ce comité de décisionnel.

Conclusion

En conclusion, il semblerait que la restructuration des organisations médicales ne soit pas encore véritablement engagée. Par ailleurs et c'est préoccupant alors qu'on se trouve à la 3^{ème} année de mise en œuvre, les ARH ne semblent pas s'être donné les moyens leur permettant de suivre l'organisation de la permanence des soins dans les établissements de leur région.

ANNEXES :

- Fiche « Intégration des périodes de permanence dans les obligations de service »
- Graphiques

INTEGRATION DES PERIODES DE PERMANENCE DANS LES OBLIGATIONS DE SERVICE

La notion d'"**intégration des permanences dans les obligations de service**" permet d'identifier le volume des périodes de permanence (nuit, dimanche, jour férié, samedi après-midi) réalisées qui sont comptabilisées dans les obligations de service hebdomadaires statutaires des praticiens. C'est le fondement du calcul du temps additionnel.

Exemple :

Au cours d'un quadrimestre, comprenant 16 semaines, un praticien à temps plein, dont l'obligation de service est donc de **160 demi-journées (DJ)**, a réalisé **180 DJ** dont **140 DJ de jour** et **40 DJ de permanence**.

On peut distinguer plusieurs situations, selon le taux d'intégration des permanences dans les obligations de service retenu, dont les deux suivantes :

	Taux d'intégration = 100%	Taux d'intégration = 50%
total des périodes constatées	180 DJ (140 DJ jour + 40DJ permanence)	180 DJ (140 DJ jour + 40DJ permanence)
périodes constituant l'obligation de service	160 DJ dont : 40 DJ permanence 120 DJ jour	160 DJ dont : 20 DJ permanence 140 DJ jour
périodes au-delà de l'obligation de service (TTA)	20DJ = 20 DJ TTA de jour	20DJ = 20DJ TTA de permanence

Ce taux d'intégration est fixé lors de l'élaboration du tableau de service annuel.

PRECISIONS SUR LA NOTION DE TEMPS DE TRAVAIL EFFECTIF

L'arrêté du 28 juin 2005 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé a inséré à l'article 2 C a) la phrase suivante : « Le temps de soins réalisé au cours d'une astreinte constitue du temps de travail effectif et il est pris en compte pour l'attribution du repos quotidien. »

Afin d'éviter des interprétations erronées, il paraît nécessaire de rappeler ce que recouvrent les notions de temps de travail effectif et d'obligations de service.

Le temps de travail

Le temps de travail est selon la définition de la Directive européenne n°93-104 « toute période durant laquelle le travailleur est au travail, à la disposition de l'employeur et dans l'exercice de son action ou de ses fonctions. » La jurisprudence SIMAP du 3 octobre 2000 a précisé cette notion en distinguant la permanence sur place lorsque les médecins sont présents dans l'établissement où ils effectuent physiquement leur garde : l'ensemble de la période est considérée comme temps de travail. En revanche, lorsque les médecins sont mobilisables à tout moment, ce qui correspond à l'astreinte à domicile, seul le temps passé sur le lieu de travail pour pratiquer des soins est à considérer comme temps de travail. Ce temps de travail durant lequel le praticien est physiquement présent dans l'établissement est rémunéré forfaitairement par une indemnité de déplacement.

Les obligations de service

Les obligations de service représentent la quotité de travail hebdomadaire que le médecin, de par son statut ou son contrat, doit effectuer en contrepartie de ses émoluments.

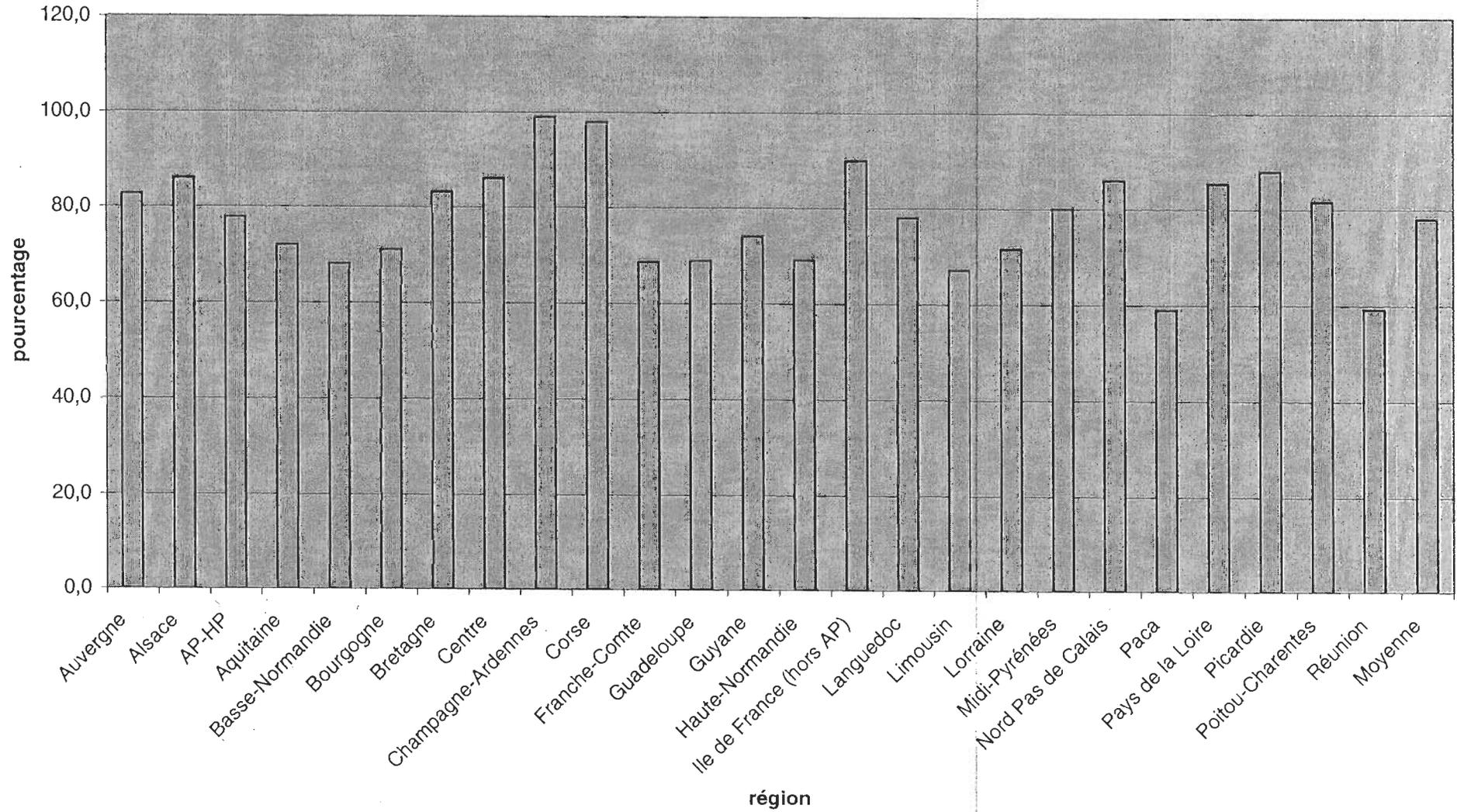
Le temps de travail effectué au cours d'une astreinte à domicile, par nature imprévisible et ne pouvant être constaté qu'a posteriori, ne peut relever des obligations de service. Ce temps de travail doit uniquement être pris en compte pour :

- l'application du repos quotidien
- l'indemnisation sous forme d'une demi-période de temps additionnel, lorsque le temps de déplacement cumulé au cours d'une astreinte à domicile ou au cours d'une demi-astreinte opérationnelle de nuit dépasse trois heures. Il convient de souligner à ce propos que le cumul de trois heures de travail déclenchant une indemnisation sous forme de demi période de temps additionnel (en lieu et place de l'indemnisation sous forme d'indemnité forfaitaire et de déplacement(s) s'applique sur les deux demi-journées que comporte une période d'astreinte, qu'elle soit de nuit, de dimanche ou de jour férié.

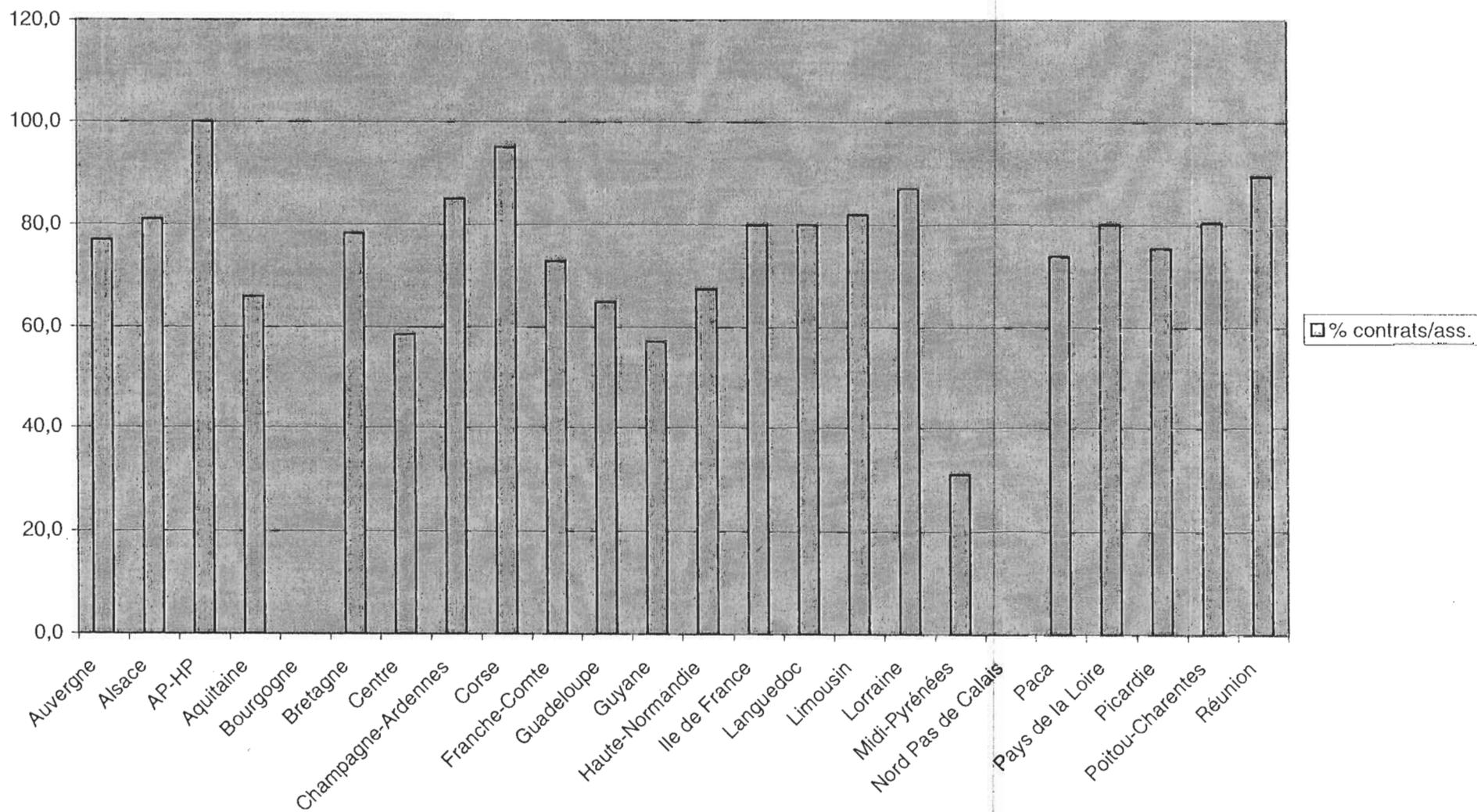
En conclusion, le temps de travail effectif comprend :

- les obligations de service
- le temps de travail additionnel effectué sur la base du volontariat
- le temps de travail sur place dans le cadre de la permanence sur place ou le temps de soins effectué sur le lieu de travail pendant une astreinte.

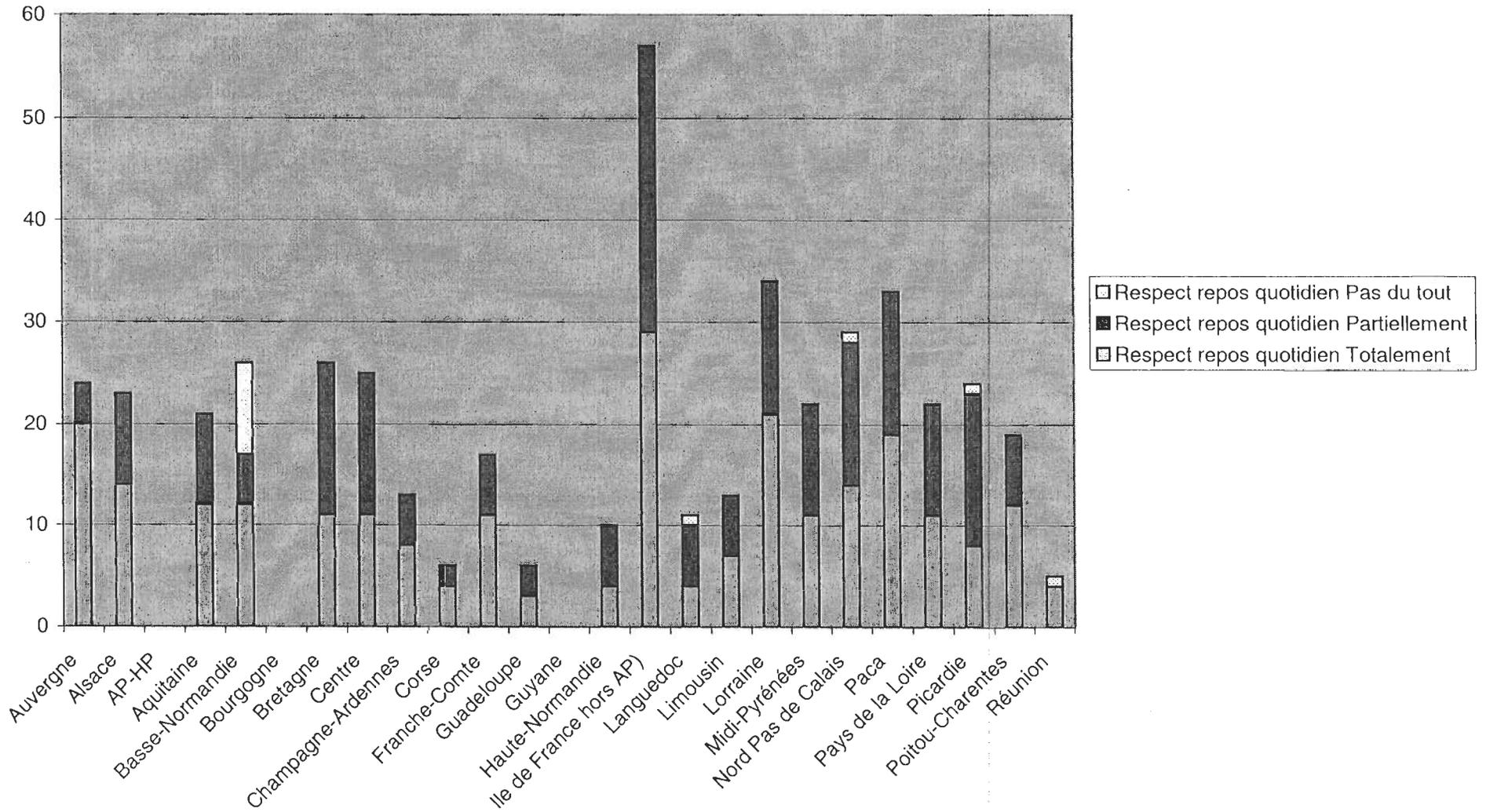
Tableaux mensuels de service



Contrat d'engagement des assistants



Respect du repos quotidien



Contractualisation du temps de travail additionnel

