



*ACTION PRATICIENS HÔPITAL*

Contribution d'APH du 17/3/2026

Mission IGAS et IGF relative au temps de travail des médecins en ville et à l'hôpital.

**Cadre des réponses d'APH :**

APH, union des intersyndicales Avenir Hospitalier et Confédération des Praticiens des Hôpitaux est une organisation syndicale représentative des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers de tous statuts. Les réponses concernent donc avant tout ces catégories de personnel hospitalier même si certaines peuvent parfois sortir un peu de ce cadre, en particulier sur les aspects des attentes générationnelles.

## Table des matières :

<b>Généralités sur le temps de travail des praticiens des hôpitaux</b>	<b>3</b>
<b>Le temps de travail des médecins : un objet mal mesuré</b>	<b>3</b>
Des données fragmentaires	3
Une obligation juridique non appliquée	4
La demi-journée : une unité de mesure obsolète ?	4
Le paradoxe de la directive européenne sur le temps de travail	5
Une conversion permanente entre heures et demi-journées	5
Un cadre réglementaire particulièrement complexe	5
Des systèmes d'information encore insuffisants	6
Temps de travail additionnel et valorisation	6
Gestion des temps partiels	7
Fiches de paye	8
Le remplacement des absences	8
Dépersonnalisation de la gestion des ressources humaines médicales	8
<b>Efficienc e et productivité de l'activité médicale</b>	<b>9</b>
L'impact de la tarification à l'activité	9
Spécificités des plateaux techniques et rendement du matériel	9
Spécificités des activités non financées par la T2A	9
La mesure de l'activité médicale	10
Les activités échappant à la T2A	10
<b>Les aspirations des nouvelles générations de médecins</b>	<b>10</b>
Une évolution du rapport au travail	10
La relation entre travail et rémunération	11
Un contexte de tensions démographiques	11
La permanence des soins fait quitter le navire	12
<b>Délégation et optimisation du temps médical</b>	<b>12</b>
La délégation et le transfert de tâches	12
Les aides au quotidien	13
Les équipes territoriales	13
<b>Conclusion</b>	<b>14</b>

## Généralités sur le temps de travail des praticiens des hôpitaux

La question du temps de travail des praticiens hospitaliers des hôpitaux (titulaires et non-titulaires) est un sujet ancien qui n'a jamais trouvé de réponses claires. Il constitue pourtant aujourd'hui un enjeu majeur pour l'organisation et la pérennisation du système de santé français.

Il en va de même pour les praticiens hospitalo-universitaires qui ont un système de décompte spécifique du fait de leur double appartenance.

Le temps de travail des praticiens est à l'intersection de plusieurs problématiques structurantes : démographie médicale, attractivité des carrières hospitalières, efficacité du système de soins, reconnaissance, satisfaction, qualité de vie et conditions au travail.

Malgré l'importance stratégique de cette question, le temps de travail médical demeure paradoxalement l'un des domaines les moins bien documentés du système de santé français. Les données disponibles reposent essentiellement sur des enquêtes professionnelles ponctuelles, dont la méthodologie et la comparabilité restent limitées. D'autres approches mesurant d'un côté l'activité des établissements et de l'autre les effectifs de praticiens participent à cette cacophonie sur les indicateurs et la performance des équipes médicales

À l'hôpital public, cette difficulté est aggravée par un cadre réglementaire historique fondé sur le décompte en **demi-journée (DJ)**, unité de mesure du temps de travail aujourd'hui largement inadaptée aux réalités contemporaines de l'exercice médical hospitalier. L'accès au **décompte du temps de travail en heures (Temps médical continu ou TMC)** est réglementé et quatre spécialités seulement peuvent aujourd'hui y prétendre, l'anesthésie-réanimation, la médecine intensive réanimation, la médecine d'urgence et la gynécologie-obstétrique. Quelques services de pédiatrie adossés à une unité de réanimation y ont aussi accès. Si le décompte en DJ est encore souhaité dans certaines disciplines ou modes d'exercice, il nous semble que l'accès au TMC devrait être largement plus ouvert et facilité.

D'autres questions doivent nécessairement se poser lorsque l'on parle du temps de travail des praticiens : Que font-ils pendant cette période ? Comment l'organisent-ils ? Ont-ils l'autonomie de le faire ? Comment le vivent-ils ? Et enfin, leur rémunération leur semble-t-elle juste au regard du temps passé, de leur expertise et leur perception de leur propre positionnement sociétal ?

Dans ce contexte, il apparaît indispensable de :

- Mieux documenter le temps de travail réel des médecins ;
- Analyser les évolutions sociologiques et organisationnelles qui influencent ce temps de travail ;
- Identifier les leviers permettant d'optimiser l'utilisation du temps médical.

## Le temps de travail des médecins : un objet mal mesuré

### Des données fragmentaires

Contrairement à la plupart des autres professions de la fonction publique ou du secteur privé, le temps de travail des médecins hospitaliers n'est pas mesuré de manière systématique.

Très souvent, les établissements n'exigent des praticiens qu'une déclaration des congés et absences et ne portent aucun regard sur leur activité quotidienne.

Les principales sources de données / informations disponibles sont :

- Enquêtes professionnelles (syndicats, ordres, sociétés savantes, conférences, fédérations) ;
- Enquêtes statistiques nationales ponctuelles ;
- Données issues de la tarification à l'activité (T2A) ;
- Informations issues du **Recueil Social Unique (RSU)** de l'ATIH.

Ces sources permettent d'approcher l'activité médicale mais ne constituent pas un système robuste de mesure du temps de travail effectif. Trop souvent, elles se contentent de ne mesurer que le temps additionnel payé aux praticiens dans le meilleur des cas ou un coût de productivité de soins dans le pire.

De plus, les effectifs médicaux hospitaliers, en particulier ceux des praticiens non titulaires (contractuels, assistants, ...) qui peuvent contractualiser avec plusieurs établissements, avec le risque d'apparaître ainsi en double, sont mal connus.

### **Une obligation juridique non appliquée**

La question du décompte du temps de travail médical a été explicitement soulevée par la jurisprudence administrative.

Le Conseil d'État (décision 446917 du 22 juin 2022) a rappelé que l'organisation du temps de travail des praticiens hospitaliers devait respecter les exigences issues du droit européen, notamment celles relatives à la durée maximale hebdomadaire, aux repos obligatoires, à son décompte et à sa traçabilité. Cette exigence est de la responsabilité de l'employeur.

Malgré ces rappels, la mesure réelle et effective du temps de travail médical demeure très largement absente dans les établissements de santé malgré la jurisprudence européenne (arrêt CCOO [C55/18], rendu le 14 mai 2019).

Le seul moyen de faire valoir ces droits est d'ouvrir un contentieux au tribunal administratif contre son établissement employeur ce qui n'est généralement pas aisé pour un praticien qui souhaite rester dans son établissement. C'est la raison principale du faible nombre de contentieux pour les praticiens alors que les internes moins engagés en ont porté quelques-uns.

### **La demi-journée : une unité de mesure obsolète ?**

Le statut des praticiens hospitaliers repose historiquement sur une unité de temps particulière : **la demi-journée (DJ)**. Celle-ci n'a pas de durée définie, il ne peut y en avoir plus de quatre par période de 24h et deux sur une période de jour ou de nuit.

Dans la pratique, une demi-journée peut correspondre à des durées très variables, parfois supérieures à 6 ou 7 heures dans certaines spécialités ou en période nocturne (gardes).

Le service normal d'un praticien hospitalier à temps plein correspond à 10 demi-journées hebdomadaires. Aucun texte réglementaire n'introduit d'équivalence en heures et indique qu'un praticien effectuant un service de jour complet soit deux demi-journées réalise ainsi dix heures de travail qui est donc l'amplitude de l'activité de jour évaluée en regard de celle de la permanence des soins qui elle, de quatorze heures.

Celui d'un praticien hospitalier-universitaire à 11 demi-journées hebdomadaires sans indication de la répartition de ce temps sur ses différentes activités et ses différents employeurs.

Ce système présente donc plusieurs limites majeures :

- Il ne correspond à aucune unité de temps objective ;
- Il ne permet pas de mesurer la charge réelle de travail ;
- Il rend difficile la comparaison entre spécialités et établissements.

Dans la pratique, une demi-journée peut correspondre à des durées très variables, parfois supérieures à 6 ou 7 heures dans certaines spécialités ou en période nocturne (gardes). Cet élément très inégalitaire doit être impérativement corrigé.

Par ailleurs, et bien que cela ait été souligné lors des négociations sur la réforme des astreintes et même après sa mise en place, le temps de travail de télé-médecine en astreintes (de l'avis téléphonique à la consultation d'un dossier ou d'une imagerie, en passant par la téléconsultation) n'est pas pris en compte dans le décompte du temps de travail, au grand mépris de la réglementation européenne sur le temps de travail. De manière plus générale, compte tenu de la nature de l'activité des praticiens en astreinte, il est évident pour tous - sauf pour nos tutelles - que la totalité de l'astreinte devrait être considérée comme du temps de travail dans de nombreuses spécialités à vocation technique, les praticiens ayant à répondre - et se déplacer - "sans délai" ou avec un délai très contraint à un appel de leur établissement.

### **Le paradoxe de la directive européenne sur le temps de travail**

La directive européenne sur le temps de travail (2003/88/CE) fixe une durée maximale moyenne de **48 heures hebdomadaires**.

Si l'on applique cette limite à l'organisation hospitalière actuelle, on aboutit à un paradoxe :

- 10 demi-journées ne devraient pas pouvoir dépasser 48h hebdomadaires ;
- Un praticien qui réalise deux gardes de 24h en une semaine a travaillé pendant 48 heures mais ne réalise que 8 demi-journées sur les 10 prévues dans ses obligations de service. Il en doit donc encore deux à son employeur alors qu'il a déjà dépassé la borne maximale européenne.

Pour cette simple raison nous demandons au ministère depuis quelques années la création de la 5<sup>e</sup> DJ sur la période de 24h.

### **Une conversion permanente entre heures et demi-journées**

La gestion du temps médical repose en pratique sur une double conversion permanente :

- Conversion des heures en demi-journées (3<sup>e</sup>me demi-journée de jour sur certains plateaux techniques, gardes, astreintes, temps additionnel) ;
- Conversion inverse pour l'application du droit européen (journées de congés ou de formation) et l'appliquer à un décompte en temps continu, avec, régulièrement, des pertes d'heures dans la conversion

Ce système hybride génère :

- Une complexité administrative importante ;
- Une grande variabilité des pratiques entre établissements ;
- Un manque de transparence et de lisibilité pour les praticiens.

### **Un cadre réglementaire particulièrement complexe**

Le temps de travail médical est régi par un empilement de dispositifs :

- Obligations de service statutaires ;
- Temps additionnel ;
- Gardes et astreintes ;
- Récupération ;

- Jours ouvrables et jours ouvré (samedi matin) ;
- Permanence et continuité des soins en particulier le samedi matin et le week-end ;
- Jours de formation ;
- Compte épargne-temps.

Cette complexité rend difficile une gestion lisible et homogène du temps de travail.

### **Des systèmes d'information encore insuffisants**

Le suivi du temps de travail médical dépend largement des capacités des systèmes d'information hospitaliers.

Or :

- Ces systèmes sont souvent conçus pour les personnels non médicaux ;
- Leur application aux personnels médicaux sont sources d'erreurs multiples, au détriment des praticiens, et le plus souvent de manière invisible pour eux, sauf à refaire entièrement le travail administratif manuellement ;
- Ils ne permettent pas toujours un suivi fiable du temps médical ;
- Ils ne communiquent pas entre établissements ;
- Les pratiques diffèrent fortement selon les établissements.

Nous sommes régulièrement sollicités pour des conseils sur le décompte du temps de travail de praticiens travaillant dans plusieurs établissements, parfois même dans un seul établissement mais dans deux services où les règles de décompte du temps de travail sont différentes.

Le développement d'outils de suivi adaptés constitue donc un enjeu majeur de modernisation. Ce point est encore plus essentiel avec le développement d'activités territoriales, multisites ou partagées.

### **Temps de travail additionnel et valorisation**

Le **temps de travail additionnel (TTA)** constitue aujourd'hui un dispositif central d'ajustement de l'activité médicale mais c'est aussi un révélateur d'un dysfonctionnement de la régulation des effectifs médicaux localement mais aussi nationalement. Cependant, le cadre réglementaire qui oblige au volontariat et à la contractualisation n'est pas toujours respecté exposant les acteurs à de nombreux contentieux.

Il permet d'assurer la continuité des soins dans un contexte de pénurie médicale et de compenser les insuffisances d'effectifs.

Cependant, son utilisation importante soulève plusieurs questions :

- Soutenabilité pour les praticiens ;
- Liberté du choix pour les praticiens ;
- Coût pour les établissements ;
- Transparence de la valorisation.

La notion de temps additionnel diffère selon le dispositif appliqué (DJ ou TMC) pour le décompte du temps de travail.

En DJ, le TTA est généré dès la 11<sup>e</sup> DJ de travail. 1 plage de TTA (2 DJ) est aujourd'hui indemnisée 333,65€ (300€ en 2003). Cette prime n'a donc pas suivi l'évolution de l'indice des prix à la consommation. Elle devrait s'élever aujourd'hui au moins à 430€.

Il n'existe plus de différence depuis le 1<sup>er</sup> juillet dans la réglementation entre le TTA de jour ou le TTA de nuit. Il s'agit toujours de TTA de jour car il est généré par l'absence de récupération de ce temps de travail supplémentaire qui ne peut se faire, elle, que de jour. La participation à la permanence des soins étant une obligation statutaire et pas un choix volontaire.

En TMC, le seuil de déclenchement du TTA est plus flou et la circulaire mise en place pour les urgentistes est le plus souvent la référence utilisée (CIRCULAIRE N° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 et Instruction DGOS/RH4 no 2015-234 du 10 juillet 2015). Le seuil est à 48h hebdomadaire mais la réalité du travail réalisé entre 39 et 48 heures a été laissée à l'appréciation des établissements. Il en résulte que certains établissements proposent un seuil de déclenchement de TTA à 39, 42, 48h. Il est donc clair que pénibilité et la charge de la réalisation de TTA dépend beaucoup du seuil à partir duquel celui-ci est généré. De plus les notions de temps clinique et non clinique sont moins pertinentes dans d'autres spécialités.

Malgré cela, le TTA est une aubaine pour les établissements pour la simple raison que celui-ci coûte moins cher à un établissement et est donc moins payé au praticien que son temps de travail normal inclus dans ses obligations de service. Ce phénomène a par ailleurs été largement aggravé par la disparition des 3 premiers échelons de la grille salariale en 2021 et surtout une absence de compensation de l'augmentation du coût de la vie (300 euros en 2003, 335 en 2026 alors qu'il devrait être de 430 en euros constants).

C'est encore plus intéressant pour les établissements en regard des coûts générés par un intérimaire ou un praticien contractuel recruté sur un motif 2.

Pire encore : alors que le TTA doit être réglementairement réalisé sur la base du volontariat, il est de manière très majoritaire contraint (le plus souvent par auto-contrainte), que ce soit par son invisibilisation (absence de vérification horaire du non-dépassement des 48 heures dans les 10 DJ) ou par sa réalisation au-delà des obligations de service, dans un but de continuité des soins dans le service : plusieurs de nos enquêtes témoignent de cette contrainte.

Le problème de la soutenabilité pour les praticiens est donc lié au seuil de déclenchement et à la nature de l'activité qui va « générer » ce temps additionnel. L'absence de récupération hebdomadaire après la réalisation de permanence des soins le vendredi ou le samedi amène nécessairement à s'interroger sur l'activité réalisée sur cette période. Si celle-ci est très dense, beaucoup de praticiens s'accordent au moins un jour de repos hebdomadaire ce qui efface ainsi ce temps additionnel.

Enfin, la rédaction d'un contrat entre le praticien et son employeur, mesure pourtant réglementaire et obligatoire, n'est pas toujours réalisée entraînant ainsi régulièrement des différends entre les parties et pour lesquels nous sommes très régulièrement sollicités.

### **Gestion des temps partiels**

La question du temps de travail est également liée à celle du temps partiel, mode d'exercice de plus en plus demandé par les praticiens. Rappelons que le temps partiel correspond, le plus souvent, à un temps de travail inférieur à 48 heures : par exemple, il est exigible, pour un praticien à temps partiel à 80 %, d'avoir des obligations de service à 40 heures maximum par semaine, soit davantage qu'un salarié temps plein au sens du Code du Travail (dont nous sommes exclus) ou des conventions dans la fonction publique ou privée. Cette anomalie est de plus en plus soulignée, à juste titre, par les praticiens hospitaliers.

La demande de temps partiel va souvent de pair avec la présence de jeunes enfants dans le foyer familial. Cette demande, presque exclusivement féminine il y a quelques années touche aujourd'hui

les hommes. Elle répond à un besoin d'obtenir du temps personnel, très souvent en contrepartie de journées de travail longues et denses.

Travailler à temps partiel et réaliser du TTA ne semble pas contradictoire dans l'esprit des praticiens. Cela leur permet d'avoir une journée libre chaque semaine pour vaquer à leurs occupations personnelles, ou d'avoir des périodes d'activités intenses de manière ponctuelles (par exemple, pour faciliter les prises de congés de chacun pendant les vacances scolaires). Il n'est cependant pas rare que ces derniers travaillent plus de 40h par semaine malgré ce temps partiel ce qui interroge sur la perte de rémunération associée à ce choix du temps partiel et qui dépasse finalement la durée moyenne hebdomadaire légale du temps de travail.

Peu de praticiens ont conscience que leur passage à temps partiel leur fait perdre chaque mois des points de cotisation sur leur caisse de retraite complémentaire, l'IRCANTEC, en raison d'une anomalie sur la proratisation de leur quotité de temps travail pour atteindre le seuil de passage de la tranche A à la tranche B pour l'ensemble de leurs cotisations retraites au sein de cette caisse. Les praticiens hospitaliers sont les seuls à subir cette absence de proratisation de la levée des cotisations au sein de l'Ircantec à la différence de tous les autres bénéficiaires, et il s'agit d'une mesure extrêmement discriminatoire pour les femmes qui ont fait ce choix depuis des dizaines d'années, à un moment de leur carrière.

Il nous apparaît qu'une mesure du temps de travail en heures et des obligations de service avec un seuil hebdomadaire soutenable permettrait plus de justice dans la répartition de la charge de travail et l'équilibre avec sa vie personnelle. Cet élément permettrait également d'améliorer la qualité et la sécurité de soins que les praticiens doivent aux malades dont ils ont la responsabilité.

### Fiches de paye

Le temps de travail des praticiens ne figure que rarement sur les fiches de paye des praticiens. Autrefois, un affichage de 169 heures était systématique (169 heures est la moyenne mensuelle d'heures de travail d'un salarié travaillant 39 heures par semaine), de manière totalement erronée, au détriment du praticien. Cela pose régulièrement des problèmes pour les calculs des droits pour une retraite progressive et c'est encore plus compliqué avec les temps partiels.

**Le décompte du temps de travail des praticiens n'apparaît pas sur leur fiche de salaire ce qui n'est pas conforme à l'article L. 3243-1 du Code du travail.**

### Le remplacement des absences

Le remplacement des absences médicales constitue un point critique de l'organisation hospitalière. Faute de viviers existant de remplaçants, les établissements ont recours dans le meilleur des cas à du temps additionnel interne, de l'intérim médical ou des réorganisations temporaires d'activité.

Trop souvent, on fait reposer les absences, y compris de longues durées, sur les effectifs restant sans compensation aucune (auto-remplacement). Cette situation contribue à l'augmentation du temps de travail ou de la pénibilité des praticiens présents et peut conduire à des départs en cascade surtout dans les spécialités « concurrentielles » pour lesquelles le marché du travail des praticiens est grand ouvert.

### Dépersonnalisation de la gestion des ressources humaines médicales

Les réorganisations hospitalières récentes, notamment les **directions communes**, ont contribué à éloigner la gestion des ressources humaines médicales du terrain.

Cette évolution peut entraîner une perte de la connaissance fine des organisations de service et des difficultés accrues dans la gestion des absences et remplacements mais surtout une incompréhension entre les praticiens et la direction pouvant aller jusqu'au conflit de valeurs.

Par ailleurs, les directions des affaires médicales appliquent trop souvent une gestion purement comptable du temps de travail des médecins, et le sentiment d'être "un pion qu'on peut faire bouger dans des cases" plutôt que d'être reconnu pour un travail difficile, à haute compétence et à haute responsabilité, est source d'insatisfaction majeure chez les praticiens, et donc une cause de départ des praticiens.

Enfin, il existe également, dans des établissements de petite taille, dans des zones de grande pénurie médicale (ruralité), des "arrangements" non réglementaires pour améliorer l'attractivité d'hôpitaux dont on pourrait même interroger la pertinence de leur maintien. L'organisation de lignes de permanences des soins fictives et autres arrangements sur les tableaux de service sont des démarches que nous ne soutenons nullement.

## Effizienz et productivité de l'activité médicale

### L'impact de la tarification à l'activité

La mise en place de la **tarification à l'activité (T2A)** a profondément transformé l'organisation hospitalière. Elle a conduit à une pression accrue sur la production de soins et à une intensification de la mesure de l'activité.

La T2A mesure avant tout **l'activité hospitalière**, et non le travail médical lui-même.

L'introduction de la Tarification à l'Activité (T2A) a profondément modifié la perception du travail médical. La productivité est désormais évaluée à travers l'activité facturable, souvent au détriment d'activités non valorisées (staffs concernant la prise en charge des patients ou la vie du service, temps de transmission, activité administrative, coordination, formation, prévention, recherche etc.).

### Spécificités des plateaux techniques et rendement du matériel

Les disciplines à forte composante technique (anesthésie, imagerie, chirurgie et activités interventionnelles, ...) ont connu une rationalisation poussée de leurs flux. La rentabilité de ces équipements conduit souvent à une organisation visant à maximiser leur utilisation, ce qui peut avoir un impact direct sur le temps de travail des médecins qui ne sont jamais pris en compte sérieusement lors de ces réorganisations.

L'utilisation des locaux (blocs opératoires, salles techniques) est "optimisée" et le matériel est amorti sur un volume d'actes élevé. Cette « rentabilité » économique se paie par une intensification du rythme et des amplitudes de travail. Il n'est pas rare pour un médecin de constater que deux équipes de personnel non médical se succèdent pendant sa vacation. Les débordements (dépassement "imprévu" des horaires d'ouverture des plateaux techniques) sont devenus la norme, faisant perdre toute confiance aux praticiens sur la durée réelle de leur travail chaque jour, avec toutes les implications d'organisation de la vie personnelle et familiale que cela implique.

La recherche d'efficacité peut également avoir des conséquences sur l'organisation globale du travail hospitalier. Elle entraîne une intensification du travail, des tensions organisationnelles, un report de certaines tâches entre catégories professionnelles et très souvent une perte de sens du travail pour les soignants qui ne se retrouvent pas dans un système trop productiviste.

### Spécificités des activités non financées par la T2A

D'autres disciplines comme la psychiatrie connaissent aussi un sous-financement chronique qui se traduit par des restrictions sur les effectifs au détriment de la qualité de vie, d'une pression de la permanence des soins et en conséquence à un défaut majeur d'attractivité.

## La mesure de l'activité médicale

La mesure de l'activité repose principalement sur :

- Les séjours hospitaliers ;
- Les actes techniques ;
- Les consultations.

De nombreuses activités médicales demeurent peu ou pas valorisées :

- Coordination des soins au sein de l'établissement ou du territoire ;
- Réunions de services, staffs ;
- Réunions de concertation pluridisciplinaire ;
- Activités institutionnelles ;
- Enseignement ;
- Recherche ;
- Travail en réseaux avec les partenaires extérieurs à l'établissement, libéraux ou acteurs du médico-social comme avec les élus du territoire.

Elles participent pourtant grandement à la qualité et la sécurité des soins, tout autant qu'à la performance générale du système. Beaucoup d'activités médicales sont ainsi totalement ignorées et inconnues des systèmes de mesure de l'activité et de l'efficacité.

## Les activités échappant à la T2A

Certaines activités essentielles restent insuffisamment intégrées dans les mécanismes de financement :

- Prévention ;
- Coordination territoriale ;
- Suivi des maladies chroniques.
- Mais aussi, toute l'activité d'avis téléphonique ou de discussions informelles de dossiers de patients dans l'établissement, activité pourtant précieuse pour les prises en charges délicates qui font l'honneur de l'hôpital public.

Cette situation crée des inquiétudes quant à la pérennité de ces missions pourtant essentielles pour l'avenir du système de santé et à son financement.

## Les aspirations des nouvelles générations de médecins

### Une évolution du rapport au travail

Les nouvelles générations de médecins expriment des attentes différentes vis-à-vis de leur activité professionnelle.

Les jeunes praticiens privilégient désormais l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle. Ils sont totalement rejoints par les moins jeunes, qui ont été élevés dans une organisation du travail qui rendait tabou ce sujet. Ils accordent une importance croissante à la prévisibilité des horaires et à la qualité de l'environnement de travail. Certains recherchent également une activité mixte entre la ville et l'hôpital ou le médico-social, au moins en début de carrière.

L'engagement institutionnel est souvent moindre et ces praticiens n'hésitent plus à partir si les conditions de travail ou de rémunération ne leur conviennent plus. L'aspiration à une carrière dédiée au service public par "conviction inébranlable" a disparu en une génération, et ce, en raison de l'absence de reconnaissance ad hoc de l'investissement des générations précédentes pour maintenir ce service public.

Ce phénomène s'est étendu aux générations précédentes qui considèrent de plus en plus que les jeunes ont raison de porter ces attentes et expriment leur amertume de constater l'absence de

reconnaissance de tous leurs sacrifices passés. L'impact de la crise sanitaire liée au COVID-19 a laissé de lourdes séquelles. L'absence de reconnaissance voire le mépris affiché qui a succédé aux concerts de casseroles, en particulier pendant « Le Ségur de la Santé » n'a fait que renforcer cette amertume. L'absence de reclassement de l'ensemble du corps des praticiens hospitaliers lors de la suppression des 3 premiers échelons de la grille ("perte des 4 ans") n'a toujours pas été digérée par ceux-ci, d'autant plus que les négociations du Ségur ont ensuite conduit à la création de 3 échelons supplémentaires en fin de grille.

**La conséquence de ces mesures est que les praticiens hospitaliers nommés avant octobre 2020 ne pourront pas atteindre l'échelon sommital avant leur départ en retraite.**

La continuité et la permanence des soins ne sont plus considérés comme un engagement moral inconditionnel mais plutôt comme un élément contractuel à encadrer strictement et à rémunérer à sa juste valeur en regard d'un marché du travail médical libéralisé, concurrentiel et totalement dérégulé. Il y a donc une très faible implication sur le travail de nuit et de week-end qui est devenu l'apanage quasi-exclusif des praticiens des établissements publics de santé.

### **La relation entre travail et rémunération**

La question de la rémunération reste centrale dans l'attractivité des carrières médicales hospitalières. Cependant, elle ne constitue plus l'unique facteur déterminant.

Les jeunes médecins accordent également de l'importance à l'organisation du travail, la charge administrative et aux possibilités d'exercice mixte.

La sensibilité à la transparence salariale s'accroît. Le lien perçu entre charge de travail réelle et rémunération devient un facteur majeur d'attractivité. Une rémunération indexée sur des indicateurs d'intensité et de pénibilité (comme le nombre d'heures postées) serait plus comprise que les primes uniformes actuelles.

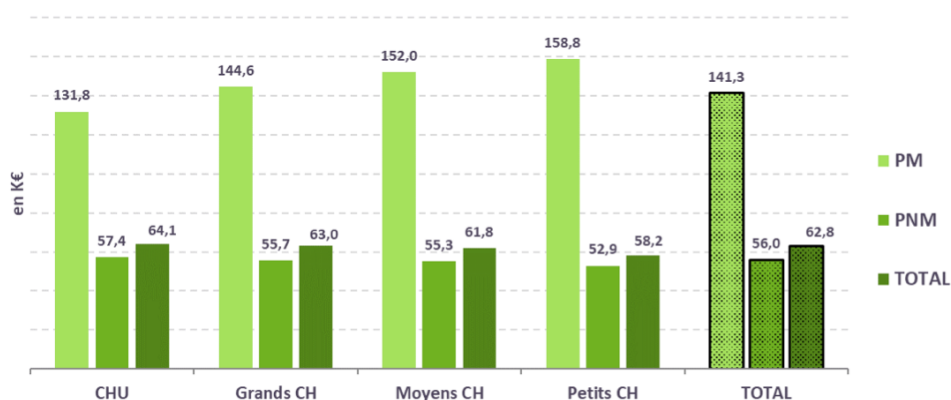
Les pénuries de personnel récurrentes qui ont suivies la période « COVID » ont fait grimper les primes au remplacement pour les personnels non médicaux (PNM) ce qui a fini par se savoir dans le milieu médical avec une incompréhension totale en regard de leur propre rémunération.

### **Un contexte de tensions démographiques**

Le contexte démographique médical aggrave cette perception car le fossé s'est largement creusé entre l'exercice libéral et l'exercice hospitalier en particulier dans les disciplines à actes techniques.

Ce constat est le même entre les différents types d'établissements hospitaliers, l'analyse des données de l'ATIH provenant du rapport social unique montre que plus un établissement est petit et moins il a d'activité, plus celui-ci rémunère ces praticiens ce qui est là encore un paradoxe dans le monde de la T2A.

**F10 | Masse salariale chargée par ETPR par catégorie d'établissements en 2022, en milliers d'euros**



ATIH, Analyse des bilans sociaux des EPS 2022, page 24

Tous ces écarts dans les rémunérations sont connus et sont de moins en moins acceptés particulièrement dans un système dont le financeur est unique.

Même si aucune évaluation nationale objective n'a été réalisée dans ce sens, nos enquêtes semblent montrer qu'il en a été de même pour les astreintes : la rémunération (forfait) des praticiens semble inversement proportionnelle à la pénibilité des astreintes de son établissement, les "petits" hôpitaux ayant eu beaucoup plus de latitude budgétaire à rémunérer des astreintes, souvent peu dérangées, que les "gros" hôpitaux où les astreintes sont extrêmement dérangées.

### La permanence des soins fait quitter le navire

La participation à la permanence des soins, autrefois obligatoire pour tous les médecins, est progressivement en train de devenir l'apanage du service public hospitalier. C'est un facteur majeur de pénibilité du travail médical qui n'est pas assez pris en compte par les pouvoirs publics. C'est aussi une contrainte forte sur la vie personnelle en particulier pour les jeunes parents médecins et un motif fréquent de départ des établissements publics de santé pour des établissements ou exercices dans lesquels celle-ci est moindre voire inexistante.

## Délégation et optimisation du temps médical

### La délégation et le transfert de tâches

La délégation de tâches constitue un levier important d'optimisation du temps médical. Elle peut permettre de recentrer le médecin sur les activités à plus forte valeur médicale ajoutée et d'améliorer la fluidité des parcours de soins pour les patients.

Elle doit néanmoins être consentie et acceptée par le délégant et le délégué ce qui implique de connaître les attentes et les capacités de chacun.

Le développement des infirmiers en pratique avancée (IPA) pourrait être une évolution importante de l'organisation des soins à la seule condition que leur périmètre d'action soit véritablement concerté entre tous les acteurs. Il en va de même de l'évolution du métier d'infirmier (avec accès à la prescription, vaccination), de pharmacien (vaccination, diagnostic de pathologies "bénignes" et prescription d'antibiotiques) sont des transferts de tâches autrefois réservés aux médecins.

Ce sujet, pourtant majeur, n'a ni bénéficié de discussions larges et pragmatiques entre les différents acteurs ni d'un climat politique serein. Depuis leur création en 2016, le périmètre de leur action n'a cessé d'évoluer sous la pression de lobbies professionnels ou politiques avec des intérêts différents, parfois divergents, sans vision stratégique sur l'organisation générale des soins dans le système de santé, et diluant la prise en charge des patients sans maintien d'un référent et d'une synthèse de la santé du patient. Par exemple, le parcours vaccinal d'un patient devient illisible ; un autre patient, sujet des angines à répétitions ou des infections urinaires à répétitions, justifiant d'un bilan médical, peut totalement passer sous les radars en cas de nomadisme médical ou de non réadressage à un médecin traitant. Au total, au lieu d'une prise en charge globale du patient, on risque de laisser évoluer des pathologies qui à terme seront bien plus coûteuses et délétères pour le patient, pour les comptes publics et pour la société... comme cela a été le cas il y a un peu plus de deux cents ans.

Les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), les assistants médicaux et les coordinateurs paramédicaux représentent une opportunité forte de redéploiement du temps médical, à condition d'une articulation claire avec les médecins, d'une clarification de la responsabilité de chacun mais surtout d'une concertation par discipline ou spécialité car les attentes des professionnels et des patients ne sont pas systématiquement les mêmes.

Aujourd'hui, leur déploiement reste encore limité en raison de problèmes de financement et d'acceptabilité par les professionnels.

L'orientation vers la délégation ou le transfert de tâche en vue d'améliorer la performance générale du système de soins doit être clairement débattue entre tous les acteurs et les parties prenantes en sortant des postures pour privilégier une approche fondée sur les compétences acquises et la formation possible dans une logique d'optimisation de la prise en charge des patients tout en garantissant sa sécurisation et un juste coût.

### **Les aides au quotidien**

L'optimisation du temps médical passe également par la réduction de la charge administrative, l'amélioration des outils numériques, le développement de fonctions d'assistance médicale. L'intelligence artificielle pourrait aujourd'hui trouver sa place dans de nombreuses tâches réalisées par des médecins (planification, gestion des plannings, codage de l'activité, pré-consultations, rédaction automatisée de comptes-rendus, ...). De nombreux outils apparaissent sur le marché mais leur déploiement est là encore limité par le financement et la compatibilité avec les systèmes d'informations existants.

De plus, l'outil révolutionnaire que représente l'IA est trop souvent fantasmé en particulier sur ses conséquences sur le travail et l'emploi. L'imaginer aujourd'hui remplacer dans le futur l'activité des médecins et en conséquence se priver de l'aide qu'il pourrait leur apporter dès maintenant est totalement contre-productif.

### **Les équipes territoriales**

L'organisation territoriale des équipes médicales constitue une piste de réflexion importante et probablement pertinente. Elle se heurte cependant à un déficit de vision globale sur les parcours de soins et à la complexification technique de la médecine qui nécessite de plus en plus de matériels coûteux qu'il est impossible financièrement et techniquement d'installer partout sur le territoire.

De plus, faire déplacer à plus de 50 Km du site hospitalier employeur principal chaque jour des praticiens pour leur travail ne peut être accepté sans l'accord du praticien et avec des contreparties justes et respectées.

Une de nos enquêtes explorait la contrainte de l'activité partagée sur plusieurs sites : outre les effets néfastes sur la continuité des soins dans chaque site (absence de suivi des patients hospitalisés, difficultés à rencontrer les professionnels-ressources des autres services, désintégration des

équipes), le retentissement sur la vie personnelle était majeur, sur la vie de couple, de famille, de loisirs, le problème de la garde d'enfants, la nécessité de conduite prolongée après 24 heures de garde. L'exercice territorial ne peut s'envisager raisonnablement que pour des spécialités à travail posté, et sans suivi de patients hospitalisés. Pour les autres spécialités, le projet doit être plus réfléchi et apprécié en regard des contraintes et avantages qu'il peut apporter aux patients et aux praticiens.

Chacune de ces activités territoriales mériterait une concertation élargie avant sa mise en place. C'est une activité potentiellement déstructurante pour les équipes médicales en particulier les petites dont l'absence récurrente d'un praticien perturbe le fonctionnement. Les instances du GHT devraient être à l'origine de la création de ces activités partagées et garantes de leur fonctionnement afin qu'il soit respectueux des praticiens engagés. C'est aujourd'hui trop souvent un effet d'aubaine permettant la création de postes d'assistants partagés financés en partie par les ARS et qui dans le pire des cas ne répondent ni à la demande des patients ni à celle des praticiens.

Leur mise en œuvre nécessite donc :

- Une gouvernance adaptée ;
- Des règles de gestion du temps de travail claires incluant les temps de trajet ;
- Une couverture assurancielle des déplacements des praticiens ;
- Une reconnaissance des contraintes de mobilité et une prise en charge des frais de transport.

Les équipes médicales de territoire peuvent être un levier pour une mutualisation intelligente du temps médical, à condition d'une gouvernance équilibrée entre établissements et d'une interopérabilité réelle des systèmes d'information. L'état actuel des GHT n'est pas encore propice à la gestion de telles équipes tant sur le plan humain que sur le plan administratif. Il faut donc du cousu main et pas du travail à la chaîne qui n'a aucun sens sur le plan médical.

## Conclusion

La question du temps de travail médical constitue un enjeu structurant pour l'avenir du système hospitalier et du système de santé français. Il est totalement impossible de poursuivre dans un système unique de décompte du temps de travail qui est injuste et ne répond pas aux attentes de nombreux praticiens. La situation démographique médicale couplée à un système de gestion des ressources médicales devenu concurrentiel conduit à une catastrophe sanitaire et entraîne dès à présent des dérives réglementaires sur la rémunération des praticiens qui ne récompensent ni l'expertise, ni le travail, et encore moins l'engagement des praticiens au sein des établissements hospitaliers.

Les défis démographiques présents des professions médicales avec leurs conséquences visibles par nos concitoyens devraient encourager les tutelles et les directions hospitalières à relever le défi de l'attractivité médicale hospitalière et s'atteler à trouver des solutions d'avenir permettant de pérenniser les équipes médicales encore présentes, de récompenser leur activité et leur engagement et de favoriser le renouvellement générationnel. Ce n'est pas le cas actuellement !

Le décompte du temps de travail en demi-journées ne répond plus aux attentes de toutes les équipes médicales. La tension induite par le sous-financement chronique des établissements de santé ne peut pas se traduire uniquement par une pression sur l'efficacité des équipes médicales et sur une course sans fin à l'activité : Il devient urgent d'écouter leurs demandes et de répondre à leurs attentes. Le marché du travail médical est aujourd'hui ouvert et totalement dérégulé et il n'est plus rare de voir des établissements se vider de leurs effectifs médicaux en quelques mois à la suite de choix stratégiques en opposition avec la communauté médicale.

Le décompte du temps de travail en heures permet, dans certains cas, la fidélisation des praticiens en restant dans le cadre réglementaire. Couplé à un bon système d'information, et de gestion de décompte du temps de travail médical il permet d'apprécier objectivement les tensions sur les équipes médicales.

Enfin, le temps de travail médical ne peut se résumer à son simple décompte. Le sujet doit être traité dans toutes ses dimensions : Sa rémunération, la qualité de vie et les conditions de travail, le positionnement sociétal auquel aspirent les médecins et les jeunes en particulier, l'autonomie et l'indépendance ainsi que les notions d'équipe et/ou de service qui participent grandement à l'attractivité et à la fidélisation.

Le système actuel présente plusieurs limites majeures :

- Une absence de mesure fiable du temps de travail effectué par les praticiens ;
- Une unité de mesure obsolète ;
- Une complexité réglementaire trop importante.

Dans un contexte de tensions démographiques et d'évolution des attentes professionnelles, une réflexion approfondie sur l'organisation du temps médical apparaît indispensable.

Elle devra s'appuyer sur :

- Une meilleure connaissance des réalités du travail médical ;
- Une modernisation des outils de gestion ;
- Une évolution des organisations professionnelles.

L'objectif doit être triple :

- Garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins ;
- Garantir la protection des praticiens vis à vis d'un temps de travail déraisonnable ;
- Préserver l'attractivité de l'exercice médical hospitalier.

Il faut ainsi mettre en œuvre sans délai un outil national de suivi du temps de travail médical, conforme à la directive européenne.

Redéfinir l'unité de mesure du temps de travail au profit du décompte horaire pour ceux qui le souhaiteraient, la demi-journée étant devenue obsolète pour de plus en plus de disciplines.

Intégrer les activités non cliniques (recherche, coordination, enseignement) dans la valorisation du travail médical.

Promouvoir une flexibilisation encadrée du temps de travail (annualisation, modulation selon les disciplines).

Renforcer la transparence, l'équité et la traçabilité dans la gestion des temps partiels et du TTA.