

Les tableaux de service : une obligation réglementaire... et un outil de gestion du temps médical hospitalier

Docteur Vincent HAZEBROUCQ,

MCU-PH de radiologie, AP-HP & Université Paris Descartes, directeur du Diplôme universitaire d'imagerie médico-légale
renseignements : www.hazebroucq.net et vincent.hazebroucq@univ-paris5.fr

Plusieurs actualités, dont la récente mise en chantier par la DHOS d'une refonte de la réglementation de la permanence des soins (PdS), la proposition gouvernementale de monétisation partielle des comptes épargne-temps (CET) ou encore le projet de révision partielle de la Directive européenne 2003/88/CE "concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail" en conséquence de plusieurs décisions jurisprudentielles de la Cour de justice des communautés européennes (1) justifient cette mise au point.

Les obligations de service des médecins sont - en principe - comptabilisées en demi-journées hebdomadaires

Par tradition et puisque le monopole médical(2) interdit que d'autres professions se substituent aux médecins qui auraient satisfait leurs obligations de service pour

assurer après leur départ la continuité des soins, les médecins hospitaliers ont classiquement revendiqué d'être assimilés aux cadres supérieurs, pour lesquels la durée du travail s'efface devant l'accomplissement de la mission et des objectifs professionnels.

Dès lors, il n'est pas question d'heures de travail ni d'horloge pointeuse, et à l'exception notable des services organisés en temps médical continu(3), les obligations de service des médecins hospitaliers sont comptabilisées en demi-périodes hebdomadaires de travail (= demi-journées ou demi-nuits travaillées) : 10 demi-périodes pour un PH à temps plein (PH-PT), six pour un PH à mi-temps (PH-TPa) et onze demi-périodes pour un hospitalo-universitaire, contractuel ou statutaire (MCU-PH, PU-PH, CCA, AHU et PHU).

Ces obligations de service s'entendent toutes activités comprises : soins (vacations de scanner, d'IRM, d'échographie, de

vasculaire ou de radiologie générale, séances d'interprétation des examens antérieurement réalisés -et qu'il n'est pas toujours possible, ni même souhaitable, d'interpréter au fil de l'eau(4) - réunions de service ou de concertation multidisciplinaires...), éventuelles demi-journées d'activité libérale, multisites ou d'intérêt général, congés régulièrement accordés ou encore enseignement, recherche ainsi que les diverses charges administratives qui viennent alourdir le reste de notre travail, comme les indispensables actions de promotion de la qualité et de la sécurité de nos services.

Ces demi-journées comprennent aussi, le cas échéant, les périodes de présence à l'hôpital de nuit, les jours fériés ou de week-end, à partir du samedi midi, (autre-ment dit les anciennes 'gardes sur place'), désormais intégrées au temps de travail global, tout en bénéficiant en outre d'une 'indemnité de sujétion' pour compenser les

¹ Arrêt SIMAP (CJCE du 3 octobre 2000), Arrêt Jaeger (CJCE du 9 septembre 2003), Arrêt Dellas (CJCE du 1er décembre 2005), et Ordonnance Vorel (CJCE du 11 janvier 2007) : en résumé à l'extrême, ces décisions ont imposé aux administrations hospitalières et étatiques européennes de considérer comme du temps de travail médical l'intégralité du service de garde sur place - mais pas les astreintes à domicile - 'alors même que l'intéressé est autorisé à se reposer sur son lieu de travail pendant les périodes où ses services ne sont pas sollicités' en considérant que les praticiens sont durant la totalité de leur garde, 'contraints d'être physiquement présents sur le lieu déterminé par l'employeur et de s'y tenir à la disposition de ce dernier pour pouvoir immédiatement fournir leurs services en cas de besoin'. En conséquence, la durée de ces gardes doit actuellement être intégrée en totalité dans la durée maximale légale de travail hebdomadaire et par ailleurs, elles imposent d'accorder une période de repos compensateur au décours immédiat de la garde. Un médecin qui a travaillé 15 heures d'affilée doit avoir un repos de 15h. S'il a travaillé 24h consécutives, il doit s'arrêter de travailler 24h00. Enfin, l'Ordonnance Vorel permettrait que le régime de rémunération des périodes de présence nocturne différencie, au plan financier, les périodes actives et les périodes inactives, 'durant lesquelles aucun travail n'est accompli', sans que cette différence n'ait d'incidence sur l'intégration totale des deux types de périodes de présence dans le temps de travail hebdomadaire. Une piste pour rémunérer la pénibilité du travail nocturne pourrait donc s'ouvrir ici.

² Ce monopole réserve aux médecins les activités d'établissement d'un diagnostic ou de prescription d'une thérapeutique

³ Cette "organisation en temps médical continu" est réservée par la réglementation aux structures "d'anesthésie-réanimation, d'accueil et traitement des urgences (SAMU, SMUR, SAU, UPATOU, POSU, service porte, urgences médico-judiciaires, etc.) ; de réanimation, de néonatalogie et réanimation néonatale et de gynécologie-obstétrique assurant plus de 2 000 accouchements par an, lorsque l'intensité et la nature de l'activité sont globalement identiques le jour, la nuit, tous les jours de l'année et lorsque les effectifs de la structure le permettent. Quand ces conditions ne sont pas réunies, il convient de retenir une organisation sous forme de service quotidien complété d'une permanence sur place, voire d'une demi-permanence sur place, suivie d'une demi-astreinte pour la seconde partie de nuit." (Circulaire DHOS 2003-619 du 6 mai 2003). A noter, pour ces praticiens, que le décompte des plages horaires additionnelles commence au-delà de 48 heures hebdomadaires de travail, valeur qui n'a pas évolué lors de l'application de la réforme de la RTT : comme pour les autres PH, la RTT a pris la forme de 20 j. de congés supplémentaires pour les temps plein. Enfin, en application de la Directive européenne, le travail additionnel, accepté individuellement par l'intéressé, ne doit pas en principe faire excéder le temps de travail hebdomadaire au-delà de 60h en moyenne sur 4 mois.

contraintes supplémentaires qu'elles représentent.

L'administration hospitalière doit à la fin de chaque quadrimestre s'assurer que chaque praticien a satisfait à ses obligations de service (compte-tenu des congés et des absences autorisées) et à défaut lui proposer de régulariser le quadrimestre suivant, au choix du praticien par un rattrapage des demi-périodes manquantes, soit par une reprise équivalente de demi-journées de congés restant à prendre ou de crédits épargne temps stockés sur son CET ou encore par une diminution proportionnelle de ses émoluments statutaires au titre du service non fait.

De même, en fin d'année civile, l'Administration hospitalière doit en principe s'assurer que chaque PH-PT a personnellement assuré au moins 207 périodes de travail diurne ou nocturne, soit 414 demi-périodes⁽²⁾ - ces valeurs sont bien sûr adaptées *prorata temporis* pour les praticiens à temps partiel. S'il apparaît qu'un praticien n'aurait pas accompli toutes ses obligations de service, l'administration doit lui proposer de choisir entre une reprise d'éventuelles demi-journées de congés encore non prises ou de crédits épargne temps stockés sur son CET ou une diminution correspondante de ses émoluments statutaires au titre du travail non fait.

Les évolutions actuellement envisagées pour la Directive européenne sont menaçantes

Le Conseil des ministres chargés de la santé et des affaires sociales de l'Union européenne du 9 juin 2008 - auquel la France était représentée par Xavier BER-

TRAND et Roselyne BACHELOT - a approuvé la proposition de révision de la directive européenne 2003/88/CE qui était à l'étude depuis 2005 et a été présentée par la Présidence Slovaque de l'Union. Au motif d'une '*meilleure flexibilité*' des organisations hospitalières et d'une démographie médicale tendue dans certains pays européens, cet avenant introduirait plusieurs modifications manifestement défavorables aux médecins :

- Une distinction nouvelle apparaîtrait dans le temps de permanence sur place entre les '*périodes actives*' et les '*périodes inactives*'. Ces dernières, estimées forfaitairement sur une moyenne établie pour la spécialité, pourraient alors ne plus être obligatoirement comptabilisées comme du temps de travail effectif, bien qu'elles contraignent le salarié à se tenir à disposition de l'employeur sur son lieu de travail ;

- La durée totale de travail hebdomadaire maximale pourrait désormais être portée de 48 heures à 60 heures (et même 65 heures, pour les États qui décideraient de conserver les périodes inactives de garde pleinement intégrées dans le temps de travail), à la condition d'un accord personnel de chaque salarié concerné ;

- Le *repos compensateur*, qui doit actuellement suivre immédiatement les périodes de travail prolongées (au-delà de 11 heures consécutives diurnes ou 8 heures nocturnes) pourrait désormais être différé d'*un délai raisonnable*³ n'excédant toutefois pas 72 heures.

Ces propositions, déjà approuvées par le Conseil des ministres de l'Union, doivent

encore être discutées et approuvées par le Parlement européen avant d'être définitivement adoptées et de s'appliquer dans ceux des États membres qui le souhaiteront : chaque pays peut en effet préférer conserver d'éventuelles dispositions législatives et/ou conventions collectives plus favorables aux salariés.

À l'instar de leurs prédécesseurs impliqués dans la préparation de cet avenant (Jean-François Mattei, Philippe Douste-Blazy et Gérard Larcher) les actuels ministres français chargés du dossier ont assuré ne pas souhaiter faire évoluer la réglementation française... chacun sait cependant la valeur que l'on peut accorder aux promesses politiques dans notre pays.

Avec ses homologues européens, le SRH sera donc particulièrement actif et vigilant sur ce dossier et se réserve la possibilité d'inviter ses membres et sympathisants à participer à une éventuelle *eurogrève médicale hospitalière* pour 'aider' le parlement européen à choisir la bonne décision...

La durée des demi-journées n'est pas officiellement établie

Leur durée est donc '*élastique*', conditionnée par l'obligation de continuité des soins et la bonne organisation du service et... par les ressources humaines disponibles :

L'ancien texte, abrogé en 2002 lors de la dernière réforme du statut de PH et de la permanence des soins, disposait que la garde débutait au plus tôt à 18h30 pour se finir au plus tard à 08h30. On en déduisait facilement que la '*journée*' durait dix heures et la '*nuit*' quatorze heures⁽⁴⁾. Sous l'effet des directives européennes, la réglementation

¹ Le volume exponentiellement croissant des données d'imagerie acquises lors d'un examen avec les imageurs actuels impose un travail secondaire sur console de plus en plus important, même s'il peut parfois être préparé par les techniciens manipulateurs. La comparaison avec les images antérieures, les diverses reconstructions, mensurations, études dynamiques morphologiques et fonctionnelles, la sélection des images illustratives à distribuer aux cliniciens demandeurs et la préparation de l'archivage restent des actes médicaux extrêmement chronophages - c'est bien là que réside la valeur ajoutée principale du médecin radiologue - et qui ne peuvent donc pas être inconsidérément écourtés sans plonger qualitativement de la qualité de la prise en charge radiologique des patients : l'imagerie médicale n'est pas seulement une photographie d'intérieur...

² Ces valeurs sont obtenues sur la base de 10 demi-périodes hebdomadaires, avec 52 semaines par an et déduction de 9 jours fériés annuels, ainsi que des droits à congé annuel augmentés des périodes forfaitaires de congés de RTT.

³ Les médecins hospitaliers ont - jusqu'ici sans succès - revendiqué qu'en conséquence, la nuit de travail soit comptée pour trois demi-périodes, en arguant qu'il n'est pas sérieux de moins valoriser une heure de travail intensif nocturne qu'une heure de travail de jour, alors qu'il est notoirement souvent plus pénible de travailler de nuit. Les syndicats médicaux comptent bien représenter cette demande lors des discussions pour la refonte de la réglementation de la permanence des soins, malgré les menaces d'évolution de la Directive européenne.

⁴ Chacun conviendra au demeurant, de ce que la qualité et la sécurité des soins ne sont pas idéalement assurées en cas d'amplitude horaire excessive, surtout lorsque le rythme de travail est perpétuellement soutenu et qu'il faut non seulement assurer la surveillance du déroulement des examens, les interpréter en ayant consulté les dossiers cliniques des patients ainsi que leurs examens antérieurs, rencontrer idéalement chaque patient avant puis après son examen, et répondre en outre, notamment par téléphone, aux diverses sollicitations qui ponctuent notre travail... Les radiologues hospitaliers savent que cette description correspond à une large partie de notre quotidien, nos services étant surchargés par le déficit chronique du parc français d'IRM, incapable de suivre la progression explosive des indications médicales de nos examens.

⁵ Cette obligation se comprend évidemment hors gardes, qui imposent alors une période immédiate équivalente de repos de sécurité compensateur.

tion actuelle est plus souple (plus floue ?), et laisse à chaque structure le soin de préciser son amplitude diurne et nocturne, avec la *limite maximale* de 14 heures, pour le jour comme pour la nuit ; dans les structures organisées en temps médical continu, la DHOS préconise une répartition équilibrée, du type " jour = 8h00-20h00 ; nuit = 20h00-8h00 ".

Pour l'application de la '*Réforme des 35 heures*' - dont les HU sont restés exclus - la réduction du temps de travail a pris la forme pour les PH-PT, de vingt jours de congés supplémentaires accordés au titre de la RTT ; pour les PH-TPa, le nombre de jours de RTT est à fixer au prorata de la durée des obligations de service hebdomadaires.

Les administrations hospitalières doivent très logiquement décompter deux '*demi-périodes*' par journée calendaire travaillée, sans prendre en compte des horaires réels de présence, ni l'activité ou la pénibilité du service. À nous de le savoir et de nous organiser en conséquence :

Par exemple, si une '*journée normale*' d'IRM commence à 7h00 pour se terminer à 23h00, un radiologue présent toutes ces quinze heures consécutives n'aura cependant pas le droit - en principe - de compter trois '*demi-journées*' de cinq heures, quand bien même sa '*journée de travail*' déborde clairement sur les horaires de la '*nuit*' et que ce rythme de travail poursuivi plusieurs jours (?) ne soit pas compatible avec le repos quotidien réglementaire prévu par la directive européenne 2003/88/CE⁽⁸⁾, laquelle impose onze heures consécutives de repos par période glissante de 24h00.

En outre, ayant travaillé plus de onze heures consécutives, il devrait bénéficier d'une interruption de travail de durée équivalente à l'amplitude effectuée, soit au moins quinze heures, avant de reprendre son service (notons qu'en cas de nécessité de service, une partie de ce repos compensateur peut toutefois réglementairement être cumulée avec une

période d'astreinte à domicile).

Il est donc préférable d'organiser le tableau de service en découpant cette '*journée*' d'IRM en trois '*vacations médicales*', successivement assurées par des praticiens différents (au moins deux), dont la présence totale individuelle journalière réduite permet de respecter la réglementation (à condition - évidemment - de disposer des ressources médicales nécessaires pour une telle organisation).

Cet exemple montre l'importance d'une programmation habile de notre temps de travail, dont l'outil privilégié est le tableau de service, pour optimiser l'adéquation entre les amplitudes horaires d'ouverture du service et de fonctionnement de nos imageurs, avec le temps de travail médical, dans le respect de la réglementation.

C'est au responsable de la structure - souvent le chef de service - qu'il revient de proposer, à la direction du pôle d'activité et à celle de l'établissement, un *tableau mensuel prévisionnel nominatif*, lequel servira - après les corrections éventuellement nécessaires en fin de mois pour tenir compte des présences ou des absences effectivement constatées chaque semaine - à constater officiellement tous les quatrimestres que chacun des praticiens a satisfait à ses obligations de présence et à décompter les congés (annuels, RTT, ...) et/ou les éventuelles plages de travail additionnelles (également comptabilisées en demi-journées) qui pourront être, selon les cas, payées, récupérées en congés, ou stockées sur le CET individuel.

Les autres facettes des tableaux de service

Au-delà de leur intérêt pratique pour l'organisation du service et l'optimisation du temps médical, **l'existence des tableaux de services est également** - en toute rigueur - **indispensable pour le processus de rachat des crédits épargnés**.

Leur établissement est encore une *prérogative* ainsi qu'une *responsabilité* du chef de l'équipe médicale de la structure

considérée - habituellement le chef de service - lequel pourrait - avec le directeur de l'hôpital - se voir à défaut reprocher par la justice une négligence fautive (éventuellement pénalement répréhensible) si par malheur une prise en charge médicale déficiente était clairement imputée à un défaut d'organisation tel que l'absence d'un médecin responsable. Et lorsque le tableau prévisionnel existe, il est rapidement exploité par les juges et leurs enquêteurs pour établir l'identité du médecin qui aurait dû être présent et/ou interpréter un examen dont le compte-rendu a fait défaut...

Le tableau de service n'est donc aucunement un gadget administratif à considérer avec frivolité

Pour conclure, il faut ajouter qu'un **tableau de service bien établi, crédible et complet peut se révéler un excellent outil de négociation devant le responsable du pôle, la direction de l'hôpital, la communauté médicale hospitalière, voire l'ARH... pour expliquer et justifier la demande des recrutements nécessaires pour assurer la disponibilité des ressources humaines indispensables au fonctionnement de nos merveilleuses machines, à l'interprétation de nos examens, ainsi qu'aux diverses réunions pluridisciplinaires et commissions ou comités médicaux où la présence d'un radiologue est jugée indispensable. Nos appareils d'imagerie ne sont pas des automates... ils ne fonctionnent pas tous seuls.**

Ne manquons donc jamais une occasion de rappeler que l'imagerie n'est pas seulement '*un plateau médico-technique*' - comme le croient certains de nos technocrates - mais aussi et surtout un ensemble de métiers médicaux et paramédicaux nécessitant un nombre suffisant d'hommes et de femmes pleinement compétents pour recevoir et accueillir convenablement, chaque jour et chaque nuit, une large partie des patients de l'hôpital.