

RÉSEAU NATIONAL DES ACTEURS
DES DÉMARCHES TEMPORELLES

Les mardis de Tempo



Temps, travail
des acteurs de la santé

mardi 21 janvier 2014

ÉDITION : JUIN 2014

Tempo Territorial

Rennes Métropole – DGPD – DirStrat – SPEDD-BDT – 4, avenue Henri Fréville
CS 20723 – 35207 Rennes cedex – Tél : 02 23 62 20 93
Email : tempoterritorial@yahoo.fr – Site Internet : tempoterritorial.free.fr

Les temps et les rythmes des individus et des territoires se diversifient, éclatent ou se désynchronisent sous l'effet de l'évolution de nos modes de vies. Depuis une dizaine d'années, des politiques temporelles ont vu le jour dans un certain nombre de collectivités locales avec pour objectif de diagnostiquer ces phénomènes temporels, d'ouvrir des concertations sur ces "questions de temps" et de mettre en place des services innovants ou des horaires adaptés afin de privilégier une meilleure articulation des temps de vies (personnelle, familiale, professionnelle, sociale...). Depuis sa création en 2004, *Tempo Territorial*, premier réseau national des acteurs des démarches temporelles, réunit des collectivités, des organisations scientifiques, des associations, des consultants et des entreprises, des individus soucieux de faciliter la conciliation des temps personnels et professionnels.

Tempo Territorial, association à but non lucratif, a pour objet de **favoriser l'échange, le partage, l'apprentissage, la mutualisation, la coopération, entre acteurs des démarches temporelles territoriales**, de manière à :

- **Accompagner les acteurs** des territoires dans des démarches temporelles, dans le contexte de transformations et d'évolutions des rythmes des temps de la vie moderne.
- **Intégrer la dimension temporelle**, à des échelles pertinentes, dans les domaines de l'aménagement et de l'environnement, du développement économique, des transports, de l'action sociale, culturelle, sportive et de loisirs, des services..., et sensibiliser les acteurs de ces politiques territoriales publiques et privées.
- **Construire un lieu de capitalisation**, un centre de ressources et d'innovations sur les enjeux temporels et favoriser l'échange des bonnes pratiques, en termes de sensibilisation, d'analyse méthodologique, d'organisation de la concertation, de mise en œuvre d'actions concrètes, de représentations cartographiques, de communication...
- **Permettre le débat public** à l'échelle locale, nationale et européenne sur les pratiques temporelles entre pouvoirs publics, entreprises, habitants, salariés, usagers et leurs représentants.

Tempo Territorial organise plusieurs fois par an des **séminaires et journées d'échanges** à partir des expériences locales et des travaux de groupes thématiques tels que "temps et entreprises", "temps et services", "temps et aménagement", "temps de la nuit", "temps des étudiants"...

L'association et ses membres rendent compte progressivement des travaux menés à travers publications et sites internet.

Temps, travail des acteurs de la santé

PAGE 4

Ouverture

Dominique ROYOUN

Président de *Tempo Territorial*

Philippe DUCLOUX

Maire adjoint en charge de la qualité des services municipaux, de l'accueil des usagers et du bureau des temps de la Ville de Paris

Patrice VUIDEL

Maire adjoint au développement économique, au commerce et au tourisme de Pantin, consultant associé d'Atemis

PAGE 7

Que signifie travailler dans un hôpital public au service des patients ?

Cécile KANITZER

Directeur des soins de la Fonction Publique Hospitalière, détachée à la Fédération Hospitalière de France

PAGE 15

Vers une prise en charge globale des patients et de l'activité des médecins

Mohamed EL MANANI

Directeur de Gesnord, plateforme téléphonique de gestion de l'activité de médecins libéraux

PAGE 22

La relation temps / santé à l'échelle des territoires

Benoît GUINAMARD

Direction du Développement Durable, de la prospective et de l'évaluation, Conseil Régional Nord-Pas de Calais

Ouverture

Dominique ROYOUN

Président de *Tempo Territorial*

Je remercie la Mairie de Paris et notamment Philippe Ducloux pour leur accueil. Je remercie aussi Patrice Vuidel, qui a coordonné ce « mardi de Tempo » qui appartient à notre série « Temps, travail et développement économique. »

L'association nationale Tempo Territorial réunit tous les acteurs des politiques temporelles, qui visent à ce qu'une véritable politique publique concerne la maîtrise de notre temps individuel et collectif, en prenant en compte les rythmes des habitants, des collectifs et des groupes sociaux. Elle rassemble désormais près de quarante structures françaises, des communes aux conseils régionaux. Benoît Guinamard, membre du Conseil régional du Nord-Pas de Calais, interviendra d'ailleurs aujourd'hui.

Nous tenons à votre disposition plusieurs documents, notamment Les Politiques temporelles au cœur de votre territoire, recueil gratuit qui recense les actions conduites dans chaque territoire et dans tous les domaines afin d'améliorer l'articulation entre les différents temps, individuels et collectifs. L'ouvrage L'Urgence temporelle, que j'ai coordonné avec Patrick Vassallo, donne des exemples précis concernant la culture, le secteur social et plusieurs autres secteurs. Christian Du Tertre (Atemis) y évoque notamment « les régulations nécessaires à instaurer au sein de l'économie des services. » Nous aborderons justement la question de la régulation en évoquant le secteur de la santé.

Ouverture

J'ajoute que notre rendez-vous annuel « Les Temporelles » sera organisé les 26 et 27 juin au Familistère de Guise, dans l'Aisne, afin que nous réfléchissions et agissions à partir du thème « Espaces de travail et temporalité. » Je suis convaincu que nous nous inscrirons alors dans la continuité des réflexions de cet après-midi.

Philippe DUCLOUX

Maire adjoint en charge de la qualité des services municipaux, de l'accueil des usagers et du bureau des temps de la Ville de Paris

Je suis très heureux de vous accueillir pour ce premier « mardi de Tempo » de 2014. L'accès aux soins constitue évidemment une problématique temporelle. Nous pouvons notamment songer aux urgences hospitalières, aux horaires décalés des personnels et à la synchronisation des acteurs de la santé, ainsi que la question du grand âge, quoiqu'elle ne soit pas traitée aujourd'hui. Ce mardi prolonge les réflexions des Temporelles de Saint-Denis, consacrées à l'accessibilité dans les services publics. Emmanuel Duchamp nous avait notamment parlé de la gestion des lits au centre hospitalier de Saint-Denis.

Je remercie Dominique Royoux, avec qui je suis très heureux de travailler depuis un an sur cette problématique, qui doit être au cœur de nos préoccupations. Ces mardis enrichissent évidemment notre réflexion sur ce sujet. Je remercie aussi Patrice Vuidel, Christian Du Tertre, Cécile Kanitzer, Mohamed El Manani et Benoît Guinamard. Nous sommes réunis par l'intérêt général, notamment parce que nous réfléchissons à la question de la temporalité dans la perspective du « vivre ensemble. »

Patrice VUIDEL

Maire adjoint au développement économique, au commerce et au tourisme de Pantin, consultant associé d'Atemis

Le cycle « Temps, travail et développement économique » se fonde sur deux séries de questions à instruire. La première est celle de la conciliation entre le temps de travail et le temps personnel et familial. Conciliation qui renvoie aux régulations individuelles et collectives permettant de mieux prendre en compte les tensions liées par ces temps. La seconde dimension pose que le rapport au temps est un élément constitutif des conditions dans lesquelles les individus travaillent. La manière

dont nous investissons notre travail possède notamment des conséquences, négatives ou positives, sur le développement de nos ressources. En effet, nous savons que les organisations du travail peuvent avoir des effets négatifs sur la santé des individus.

Lors du premier mardi du cycle, l'activité de service avait été définie comme une co-production entre la personne qui rend un service et son bénéficiaire, puisqu'un échange rapproche ces personnes. La synchronisation des disponibilités constitue donc un sujet majeur. Nous avons illustré cette question à travers l'exemple de la RATP qui a à proposer des horaires de transport adaptés aux besoins de ses clients tout en prenant en compte les conditions dans lesquelles ses propres agents travaillent et concilient celui-ci avec leur vie quotidienne. Par ailleurs, les activités de services se composent de plusieurs temps, puisqu'il faut distinguer un temps direct de production et d'échanges avec le bénéficiaire et des temps de régulation, qui nécessitent des retours d'expériences et des échanges entre pairs. Ces régulations constituent une des conditions de la production d'un service pertinent. L'exemple de l'AFTRP, agence d'aménagement de l'Île-de-France nous avait aussi été donné. Les difficultés de l'agence à prendre en compte les conditions de travail des différents salariés et services l'avaient amenée à instaurer de nouvelles formes d'évaluation, moins centrées sur l'atteinte d'objectifs individuels que sur la coopération entre individus et services.

Aujourd'hui, nous poursuivons nos échanges à travers les interventions de Cécile Kanitzer, qui travaille à la Fédération Hospitalière de France, puis Mohamed El Manani, qui dirige une société chargée des plannings des médecins et a réfléchi à de nouvelles régulations utiles aux médecins et aux territoires. Enfin, Benoît Guinamard reviendra sur un dispositif d'échanges lancé par le Conseil régional du Nord-Pas de Calais sur les thèmes de la santé et du temps. Je remercie par avance nos trois intervenants, notamment Cécile Kanitzer, qui a accepté la semaine dernière de remplacer l'orateur initialement prévu. 

Que signifie travailler dans un hôpital public au service des patients ?

Cécile KANITZER

**Directeur des soins de la Fonction Publique Hospitalière,
détachée à la Fédération Hospitalière de France**

La Fédération Hospitalière de France regroupe deux milles établissements adhérents. Elle contribue à l'orientation des politiques menées par les établissements sanitaires et médico-sociaux.

J'évoquerai le service public hospitalier, sachant qu'il doit collaborer avec des acteurs privés de santé. Les professionnels de santé travaillent dans un hôpital public, ouvert à toute heure, afin d'assurer la continuité, notion qui fait écho à celle de temps, de même que celle de patient. Vous savez malheureusement qu'à l'hôpital, le temps est long pour celui-ci comme pour les soignants.

La durée moyenne de séjour a toutefois été divisée par deux entre 1980 et 2011. Pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), elle est passée de dix à cinq jours et s'abaisse parfois à 2,5 jours. Pour les activités de psychiatrie, cette durée moyenne a été divisée par trois. Or les questions de santé mentale soulèvent des questions de temporalité qui débordent d'ailleurs des frontières de l'hôpital.

Je rappelle que le Code de la santé publique oblige les services publics hospitaliers à assurer et à concourir à la prise en charge de l'urgence et de la permanence des soins. L'urgence constitue d'ailleurs souvent une porte d'entrée de l'hôpital, tandis que la permanence représente une gageure constante pour les personnels.

Que signifie travailler dans un hôpital public au service des patients ?

Un principe de la loi Rolland de 1938, réaffirmé en 1997, est la continuité, c'est-à-dire la capacité à assurer le service régulièrement, sans retard ni discontinuité gênante ou pénalisante pour l'utilisateur. Un autre principe est la mutabilité, qui concerne l'adaptation des services publics à l'évolution des besoins collectifs, afin de répondre aux exigences de l'intérêt général. L'hôpital s'adapte donc constamment, en fonction des réformes hospitalières, plus fréquentes depuis les années 1960 et surtout depuis les ordonnances de 1996 instaurant les démarches d'assurance-qualité. Il existe désormais une certification des établissements de santé.

Par ailleurs, la réduction du temps de travail s'est avérée très complexe à l'hôpital, au regard notamment de cette obligation de continuité, sachant que des temps de transmission doivent être prévus. La loi a surtout été appliquée avec des agents demandant que les jours de RTT soient posés les mercredis et en développant des postes de longue durée, pouvant durer douze heures. Ce choix répond à une demande des professionnels de santé, notamment dans les services exigeant une forte technicité, par exemple en réanimation. Cette demande s'explique par des raisons économiques, puisque le temps de trajet diminue quand le nombre de postes se réduit, et des raisons personnelles, la vie privée s'organisant plus facilement. Il faut toutefois savoir que les postes longs imposent aux soignants des charges de travail importantes.

Cependant, plusieurs statuts distincts régissent le temps de travail des professionnels de santé. Les soignants relèvent du statut de la Fonction Publique Hospitalière, contrairement aux médecins. Néanmoins, un même service doit être fourni avec une même contrainte de temps. Par exemple, les équipes de médecins et de soignants des urgences travaillent pendant des durées équivalentes. Cette diversité provoque d'ailleurs des débats, malgré l'existence d'une volonté commune d'adapter les prestations aux besoins des patients, évalués par des équipes pluridisciplinaires.

Les directions des Ressources Humaines des hôpitaux travaillent aussi dans cet esprit. Elles constatent que la qualité des soins et la disponibilité des soignants par rapport aux patients tendent à augmenter quand les personnels apprécient l'équilibre entre leur travail et leur vie personnelle.

Les professionnels de santé sont cependant soumis à des risques professionnels, en raison notamment de l'existence d'horaires atypiques. L'impératif de continuité des soins et l'intensité des activités sont également porteurs de risques. Les pics d'activité, plus fréquents le matin, dépendent de l'urgence d'accomplir un soin.

Que signifie travailler dans un hôpital public au service des patients ?

Des actions sont accomplies depuis plusieurs années afin de réduire les contraintes temporelles présentes à l'hôpital. J'en citerai quatre :

- Premièrement, tous les processus de soins ont été progressivement rédigés depuis les années 1990, afin d'identifier l'entrée du patient, sa sortie et toutes les fonctions techniques et managériales participant à ce processus. Le cadrage des durées de prise en charge résulte de cette organisation.
- Deuxièmement, les activités sont régulées, par exemple depuis la mise en place de planificateurs de flux et de parcours de prise en charge. Des systèmes d'information permettent aussi d'améliorer les transmissions et la continuité, ainsi que l'autonomisation des patients. Il est par exemple utile qu'un patient se montre ponctuel à ses rendez-vous, au regard du temps global de sa prise en charge.
- La troisième action concerne la concordance des temps entre les soignants. Des temps doivent être partagés par les soignants et les médecins afin que des binômes travaillent sur une même temporalité. Ce fonctionnement est notamment adopté aux urgences, en gynéco-obstétrique et en réanimation.
- Enfin, la gestion des emplois et des compétences permet d'améliorer le transfert des charges entre qualifications et l'adaptation des compétences. Cette gestion permet de gagner du temps pour la production d'activités, puisqu'un professionnel compétent réalisera un soin dans un temps réduit et en faisant encourir moins de risques au patient et à lui-même. Le transfert de compétences est mis en place par les réingénieries de formations depuis cinq ans, notamment pour les formations infirmières. Il conduit à l'instauration de dispositifs tutoriels. Les personnes suivant un stage disposent d'un tuteur dont la charge est en l'occurrence considérée comme une charge de travail.

S'agissant de la prévention de l'usure professionnelle, trois actions peuvent être citées, à commencer par la reconnaissance des compétences et des contraintes générales des métiers des soins. L'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle est fortement pris en compte. Les soignants, notamment s'ils relèvent des catégories B et C, demandent majoritairement à travailler de jour, de 8 heures à 17 heures du lundi au vendredi. Ce souhait croissant s'avère problématique pour l'hôpital, qui doit disposer de personnels à toute heure de la semaine. Des difficultés concernent notamment les prises de poste à 6 heures et les fins de postes à 21 heures. Les horaires de nuit s'avèrent en revanche moins problématiques, car ils concernent généralement des personnes qui s'organisent différemment.

L'hôpital cherche aussi à valoriser les activités propres à chaque qualification. Des difficultés existent, puisque la durée journalière moyenne de présence d'un professionnel dans une chambre de gériatrie ne

Que signifie travailler dans un hôpital public au service des patients ?

s'élève qu'à une heure. La valorisation des activités doit donc prendre en compte le soin indirect, constitué notamment de la programmation du parcours de soin et de la traçabilité du parcours. Le patient a raison de penser que peu de temps lui est consacré.

Enfin, l'hôpital s'efforce d'adapter les organisations et les temps de prise en charge. Une stabilité est recherchée, sachant que les soignants ne souhaitent pas que des changements s'effectuent en permanence. 55 % des activités de prise en charge ont lieu le matin, 35 % l'après-midi et 10 % la nuit. Cette répartition conditionne les effectifs et la charge de soins des professionnels. Elle permet par exemple aux professionnels d'être plus disponibles l'après-midi pour s'occuper de leurs enfants.

Patrice VUIDEL

Vous avez déclaré que l'hôpital, inscrit dans un territoire, travaillait avec d'autres professionnels. Or vous maîtrisez plus facilement les dimensions internes à l'hôpital. Comment agissez-vous avec les acteurs extérieurs, notamment en matière de continuité ?

Cécile KANITZER

Un travail concerne évidemment ce sujet, quoique nous ne trouvons pas toujours de solutions. Par exemple, les horaires de travail d'un médecin coordonnateur d'un EHPAD ne sont pas forcément cohérents avec les disponibilités d'un médecin régulateur de l'hôpital. De nombreux résidents EHPAD arrivent donc aux urgences à 19 heures. Or le temps d'attente aux urgences peut atteindre cinq à six heures dans un CHU. Les personnes risquent donc de pouvoir repartir à l'EHPAD à un horaire nocturne où aucun accueil n'est possible. Je pense aussi aux infirmières de l'hospitalisation à domicile (HAD), dont les horaires ne correspondent pas non plus à ceux de l'hôpital.

Des améliorations restent évidemment possibles. Le service public de territoire que nous devons instaurer, suite au rapport Cordier, nous permettra d'innover afin de résoudre ces problèmes de temporalités.

Jean-Yves BOULIN

Université Paris-Dauphine

Les professionnels souhaitent généralement travailler de jour. Résolez-vous le problème conséquent en instaurant des équipes de nuit fixes ? Le cas échéant, décidez-vous que le travail de nuit ne peut s'effectuer que pendant un nombre limité d'année ?

Par ailleurs, je ne comprends pas pourquoi les jours de RTT doivent être pris le mercredi.

Que signifie travailler dans un hôpital public au service des patients ?

Mohamed EL MANANI

Quelles parties prenantes allez-vous impliquer pour déployer la réforme Cordier ? Songez-vous à des fédérations d'usagers ou à d'autres professionnels de la santé ?

Cécile KANITZER

Dans la moitié des établissements, les agents alternent les jours et les nuits. Les autres établissements adoptent des systèmes non intégrés de nuit, c'est-à-dire que des équipes distinctes travaillent exclusivement la nuit. Il faut aussi distinguer les horaires de jour d'équipes, avec des postes de 6 à 13 heures et de 13 à 20 heures, et les horaires de jour, de 8 à 17 heures, que demande un nombre croissant de professionnels, car ils sont moins pénibles que les horaires d'équipes. Ceux-ci s'effectuent souvent par roulements et incluent parfois des « bascules », un poste se terminant à 20 heures pouvant précéder une prise de poste à 6 heures le lendemain. De plus, les horaires de jour concernent souvent des services qui ne travaillent pas le samedi et le dimanche. Ils favorisent donc la vie de famille.

Des difficultés apparaissent aussi pour des agents qui travaillent exclusivement de nuit, quoique ces personnes l'aient presque toujours choisi. Il faut parfois les réintégrer à un système de jour parce qu'ils fatiguent, perdent en compétence ou s'isolent de la vie de l'hôpital. Il s'avère alors difficile de les réintégrer à un système de jour. Nous expérimentons plusieurs systèmes. Aucune solution parfaite n'est encore apparue.

S'agissant des jours de RTT, les individus préfèrent les prendre le lundi, le mercredi et le vendredi. Le choix du mercredi est très compréhensible pour les personnes ayant des enfants en bas âge. Elles tendent toutefois à en prendre l'habitude par la suite. Or le durcissement des dialogues sociaux complexifie les discussions entre l'agent et son cadre, y compris sur cette sorte de sujet. Les organisations syndicales estiment que nous ne comprenons jamais l'intérêt de l'agent. Or nous nous efforçons évidemment de concilier constamment l'intérêt collectif et les intérêts individuels.

La plupart des hôpitaux mettent en place un système de rotation des jours de RTT. La moitié d'une équipe dispose du mercredi les semaines paires, l'autre moitié les semaines impaires. De nombreux centres hospitaliers renégocient en outre les accords sur le temps de travail afin de réduire le nombre de jours annuels accordés, qui peut atteindre 18 ou 20, et augmenter le présentéisme.

J'ajoute que dans un établissement que j'ai dirigé, nous avons décidé que les infirmiers et les aides-soignants travailleraient par postes de sept heures et ne disposeraient d'aucun jour de RTT. Certains établissements veulent actuellement s'approcher de ce modèle. Je pense toutefois qu'il est difficile de supprimer tous les jours de RTT, lorsqu'ils sont nombreux.

Que signifie travailler dans un hôpital public au service des patients ?

J'en viens au rapport Cordier, qui préconise le développement d'un service public de territoire, afin que l'hôpital ne soit plus qu'un temps de la prise en charge et non plus son régulateur, ce rôle devant probablement être confié au médecin généraliste. La Fédération Hospitalière de France communiquera d'ici le printemps les axes d'un futur cahier des charges au sujet d'expérimentations de services publics de territoire. Ceux-ci impliqueront certainement les usagers qui, depuis quelques années, sont de plus en plus fortement associés aux décisions de l'hôpital, grâce à leurs représentants, ainsi qu'à certaines évaluations des pratiques professionnelles.

Anne-Charlotte RIEDEL

Directrice générale adjointe de la Ville de Gradignan

Il me semble complexe de mettre en place des services publics de territoire dans des zones rurales qui manquent de moyens et de médecins. Qu'en pensez-vous ?

Une participante

Consultante en développement des compétences et analyse du travail

Vous avez évoqué, au sujet de la prévention de l'usure, la reconnaissance des compétences et des activités. Pourriez-vous préciser les mesures mises en œuvre dans votre secteur, sachant vos contraintes de temps et d'organisation ?

Jean MALIBERT

Directeur de la santé de la Ville de Pantin

Vous avez parlé de la baisse de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux. Je voudrais connaître l'incidence de l'évolution de la tarification. Existe-t-il une relation entre le temps passé à l'hôpital et le revenu généré par le patient ?

Cécile KANITZER

Je reconnais que nos décisions ne peuvent pas forcément être appliquées aux zones rurales, qui manquent de médecins généralistes, d'infirmières et d'autres professionnels, par exemple des kinés. La répartition des médecins sur le territoire résulte évidemment de politiques et de décisions économiques. Des dispositifs sont néanmoins envisagés, notamment les maisons de santé, qui facilitent l'installation de professionnels variés dans des territoires parfois peu accessibles.

Que signifie travailler dans un hôpital public au service des patients ?

En matière de compétences et de qualifications, l'hôpital a rédigé les référentiels d'activités des professions de santé, ainsi que les référentiels de compétences. Ce travail nous permet désormais de produire les réingénieries de formations paramédicales. Elle a aussi résolu la question des glissements de tâches, c'est-à-dire l'affectation de tâches à un autre professionnel que son auteur normal. Ces glissements n'existent encore que dans le cadre des dispositifs de VAE, qui permettent d'acquérir un diplôme. L'hôpital a aussi tenté de lancer des démarches de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), par rapport auxquelles nous avons cependant affronté de fortes oppositions. Nous ne savons pas encore prévoir les besoins en compétences sur plusieurs années.

Nous nous concentrons surtout sur les VAE. La reconnaissance du travail accompli nécessite que les fiches de postes des agents correspondent à leurs compétences et que l'organisation leur permette de réaliser des activités en relation avec leurs compétences. Nous accompagnons les projets professionnels des agents afin qu'ils puissent se présenter à des concours leur permettant d'accéder à de nouveaux niveaux de qualification. Nous devons d'ailleurs consacrer un certain pourcentage de notre masse salariale à la formation professionnelle. Je souligne aussi que le cadre réglementaire n'autorise aucun glissement de tâche pour 80 % des actes.

Par ailleurs, je ne dispose d'aucune donnée sur l'incidence éventuelle de l'évolution de la tarification à l'activité sur la durée moyenne de séjour. Je constate en revanche une amélioration des compétences pour certains soins et une rationalisation des organisations, qui a permis de réduire la durée de séjour. L'hôpital pourrait évidemment être tenté de réduire celle-ci, dans une perspective de rentabilité. Si l'existence d'une incidence me semble probable, la réduction de la durée des séjours s'explique surtout par d'autres raisons, notamment la nécessité de diminuer les risques encourus par les patients. La contraction d'infection à l'hôpital s'avère par exemple très onéreuse pour celui-ci.

Dominique LHERMITTE

Ergonome, groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière

Vous indiquez que les patients ne passent en moyenne qu'une heure sur vingt-quatre avec les patients. Je voudrais savoir si des quotas sont définis en fonction des pathologies.

Par ailleurs, les évolutions technologiques provoquent la disparition de certains métiers. Une infirmière en oncologie m'indiquait que son travail était devenu moins technique qu'auparavant du fait que les préparations étaient effectuées à l'extérieur. De plus, les techniciens de laboratoire utilisent moins de tubes que d'ordinateurs et les professionnels de l'imagerie se sont fortement spécialisés. Il leur est en revanche

Que signifie travailler dans un hôpital public au service des patients ?

demandé d'agir plus vite qu'autrefois. Ces changements pourraient dévaloriser les fonctions et engendrer du stress. Ces phénomènes seraient d'ailleurs accentués par une tendance à externaliser certaines activités, afin d'améliorer l'organisation de l'hôpital. Les reclassements de certaines personnes, parfois nécessaires, sont devenus plus complexes, puisque les postes d'accueil et de ménage sont externalisés.

Patrice VUIDEL

L'hôpital chercherait-il donc à densifier le temps des actes, en raison des progrès technologiques et des externalisations d'activités ?

Cécile KANITZER

Aucun quota n'est défini en matière de temps de présence auprès des patients. Les valeurs du service public hospitalier y seraient contraires. J'ai seulement établi un constat, évidemment dramatique, qui nous amène à nous interroger sur le rapport entre le temps d'hébergement et la durée des prises en charge.

Je me réjouis par ailleurs de l'évolution des métiers, puisque les patients sont mieux soignés qu'autrefois. Si aucun métier n'a disparu, le contour des métiers évolue. Le Ministère de la Santé a d'ailleurs lancé une réflexion sur les compétences nécessaires pour chaque métier. Celui d'infirmière profite en outre de la préparation des chimiothérapies par des pharmacies, puisque cette activité était porteuse de risques importants et a causé des maladies professionnelles. Enfin, l'externalisation de certaines prestations me semble nécessaire. L'hôpital n'est pas censé savoir réaliser toutes les activités. Les externalisations s'inscrivent d'ailleurs dans la perspective des systèmes de santé de territoires.

Patrice VUIDEL

Je vous remercie. Passons la parole pour un second temps d'échange à Mohamed El Manani, dont la société Gesnord, qui s'occupe de l'agenda de médecins libéraux, compte 17 salariés qui gèrent plus de 700 000 appels par an. 

Vers une prise en charge globale des patients et de l'activité des médecins

Mohamed EL MANANI

Directeur de Gesnord, plateforme téléphonique de gestion de l'activité de médecins libéraux

La société Gesnord existe depuis 2004. Elle cherche à prendre en charge les patients et à gérer l'emploi du temps des médecins. Ceux-ci décident de rester libres de leur emploi du temps ou de nous le confier, par une prestation de gestion de planning.

En 2012, nous avons été accompagnés dans une réflexion sur l'économie de la fonctionnalité par Christian Du Tertre (Atemis) et Christophe Sempels [1]. Cet accompagnement nous a permis de saisir que notre activité nous permettait de capter des informations données à la fois par les patients et les médecins. Ces informations portent en particulier sur des enjeux de santé à l'échelle des territoires. La désertification de certaines zones du Nord-Pas de Calais, due aux départs en retraite de nombreux professionnels, engendre par exemple du stress chez les populations de ces zones.

Côté médecins, nous observons une meilleure organisation des femmes médecins, généralement par nécessité, tandis que les risques d'épuisement professionnel, d'AVC et de crise cardiaque concernent surtout les hommes, sachant que les médecins libéraux travaillent parfois 12 à 14 heures par jour.

[1] Pour plus d'éléments sur l'économie de la fonctionnalité, voir le site www.club-economie-fonctionnalite.fr, site animé par Atemis

Vers une prise en charge globale des patients et de l'activité des médecins

Quoique nous gérons souvent leur emploi du temps, ils décident toujours des plages horaires auxquelles ils travaillent.

Quand nous leur demandons ce qu'ils souhaiteraient améliorer en termes d'organisation, ils reconnaissent qu'ils manquent de temps ou qu'ils connaissent une saturation. Sans notre interpellation, ces médecins manquaient du recul nécessaire pour organiser leurs prises de rendez-vous, sachant qu'ils craignent par ailleurs de devenir moins disponibles pour leurs patients en cas de réduction de leurs amplitudes de travail. Nous définissons alors avec eux des plages horaires réservées aux urgences. Il s'agit d'une évolution, d'une nouvelle forme de régulation, puisque les médecins acceptaient « le tout-venant ».

Nos secrétaires ont dû apprendre à être sensibles aux « signaux faibles », afin de bien saisir l'urgence d'une demande de rendez-vous dans la journée, sachant que le flux augmente constamment depuis cinq ans. Nous transmettons ensuite les demandes au médecin, qui décide d'accueillir le patient le jour même ou d'attendre le lendemain.

Patrice VUIDEL

Vous passez donc d'une logique de prestataire à une logique différente, puisque vous interrogez l'organisation des médecins et leur incidence sur leur santé. Comment le perçoivent-ils ? Quelles relations se créent entre vous ?

Mohamed EL MANANI

Une confiance mutuelle doit exister préalablement. Nous savons ensuite poser des questions techniques adaptées à la situation de chaque médecin, par exemple en suggérant une répartition différente des patients sur la semaine.

Nous gérons notamment les médecins des mines. Leur standard téléphonique était précédemment assuré par des femmes de ménage, peu spécialisées, qui concentraient tous leurs rendez-vous du lundi au mercredi midi. Nous avons régulé leur activité, en utilisant un questionnaire efficace qui répondait aux besoins de leurs affiliés, souvent âgés. Ils travaillent désormais de 8 heures à 18 heures, pendant cinq jours.

Que nous nous préoccupions de la santé des médecins accroît leur confiance en nous. Ce travail donne en outre du sens au travail de nos secrétaires. Nous sommes en effet soucieux de la dimension humaine de ce métier, qui disparaîtrait si l'informatique planifiait les rendez-vous des médecins.

Vers une prise en charge globale des patients et de l'activité des médecins

Patrice VUIDEL

Les médecins ne vous choisissent donc pas seulement afin de gérer leur emploi du temps. Vous captez des éléments de tension qui possèdent d'ailleurs un grand intérêt à l'échelle du territoire et peuvent donc intéresser les collectivités locales et les acteurs de la santé publique. Avez-vous échangé avec eux ?

Mohamed EL MANANI

Nous y réfléchissons. Une collectivité locale souffrant d'une désertification médicale m'a demandé comment nous pourrions gérer les flux, sachant que quatre départs à la retraite étaient prévus dans un délai de trois ans, sans qu'aucun remplaçant n'ait été trouvé. Nous avons répondu qu'une visibilité sur les agendas de tous les médecins nous permettrait d'orienter les patients.

Cependant, certains médecins restent réticents à la discussion, en raison d'un ancien réflexe individualiste. Nous vivons toutefois une transition vers une approche collective, du fait notamment que la patientèle d'un généraliste, qui se vendait autrefois, ne possède plus aucune valeur. De plus, la grande majorité des jeunes médecins ne possèdent pas la même philosophie que leurs prédécesseurs. Ils cherchent un équilibre entre vie privée et professionnelle qu'ils craignent de ne pas trouver à la campagne. Si les collectivités doivent évidemment améliorer l'attractivité de leurs territoires, nous pouvons participer à cet effort en indiquant aux jeunes médecins que nous pouvons trouver un bon compromis. Nous n'aurons d'ailleurs aucun autre choix que nous adapter à ce changement définitif de mentalité des médecins.

Dominique ROYOUX

Comment êtes-vous arrivé à l'idée que la pérennité des cabinets exigeait un travail d'articulation ?

Mohamed EL MANANI

J'avais réfléchi à l'économie de la fonctionnalité et je me préoccupais déjà de la place de l'homme dans l'entreprise, car il s'agit d'un levier pour développer la mienne. Les individus actuels ont besoin de trouver du sens dans leur travail. J'éprouve toutefois des difficultés à nouer des relations avec les collectivités. J'ai par exemple travaillé sur la mise en place d'une régulation pour la région Nord-Pas de Calais. Après que j'aie défini un modèle, il m'a été indiqué que je n'étais plus utile. Les collectivités se montrent très frileuses.

Vers une prise en charge globale des patients et de l'activité des médecins

Sabrina MOUKAH

Ergonome et psychologue du travail, groupe hospitalier Paul-Guiraud, Villejuif

Démarchez-vous des médecins en indiquant qu'au contraire des autres prestataires, vous pouvez les aider à gérer leurs flux, ou les médecins s'adressent-ils à vous en raison de votre notoriété ?

Les médecins qui recourent à vos prestations continuent-ils à employer des secrétaires médicales ?

Si oui, leur temps de travail a-t-il diminué, puisqu'elles ne travailleraient plus qu'à l'accueil des patients et au remplissage de fiches ?

Comment prenez-vous en charge les patients ? Diagnostiquez-vous des urgences ? Savez-vous réorienter des personnes quand leur médecin ne peut pas leur fixer un rendez-vous ?

Mohamed EL MANANI

Nous cherchons de nouveaux médecins, que nous contactons. Chaque mois, cependant, un ou deux médecins s'adressent directement à notre société, dont ils ont entendu parler.

Par ailleurs, de nombreux médecins ont déjà cessé d'employer des secrétaires lorsqu'ils se sont informatisés. Ils répondent eux-mêmes au téléphone, tandis que l'informatique facilite la gestion de leur emploi du temps. Pour les autres médecins, nous complétons le travail des secrétaires médicales, puisqu'ils travaillent douze à quatorze heures par jour tandis qu'elles travaillent trente-cinq heures par semaine. Notre amplitude horaire de douze heures correspond mieux à leur activité. Nous proposons parfois une nouvelle organisation, par exemple lorsqu'un médecin souhaite que sa secrétaire effectue les tâches administratives et accueille les patients. Nous gérons aussi tous les appels téléphoniques d'une clinique privée.

Notre gestion des urgences s'adapte aux souhaits des professionnels avec lesquels nous travaillons, qui définissent de manière variable la notion d'urgence. Certains médecins considèrent par exemple comme une urgence toute demande concernant une personne âgée ou un enfant dont la fièvre dépasse 39 degrés. Ils nous demandent de les appeler sur leur téléphone portable et, s'ils ne répondent pas, d'appeler le 15.

Patrice VUIDEL

Les situations réelles se révèlent forcément plus complexes que les schémas que vous définissez. Vous développez donc une expertise en matière d'urgence.

Mohamed EL MANANI

Oui. Nous avons créé un système qui permet aux informations de circuler et d'être accessible de 7 à 19 heures. De plus, nos salariées possèdent évidemment une formation de secrétaire médicale. Elles connaissent la terminologie médicale et savent conserver leur sang-froid dans des situations de stress au téléphone afin de poser les bonnes questions à leurs interlocuteurs, auxquels elles demandent par exemple s'il existe des antécédents au cas concerné. En outre, le passage de ce questionnaire au téléphone portable du médecin ou aux services du 15 peut s'effectuer très rapidement si nous éprouvons un doute.

Jean-Yves BOULIN

Patrice VUIDEL définissait un service comme une co-construction. Cette définition vaut évidemment pour le domaine de la santé, puisque le médecin généraliste possède un rôle central. Or vous êtes une interface qui transforme la relation directe en une relation indirecte. De grands problèmes en résultent. Vous avez partiellement expliqué comment ils se résolvaient. Savez-vous ce que pensent les patients de cette médiation ? Personnellement, je n'apprécie pas qu'un centre d'appels me réponde, car la relation humaine que doit exercer le médecin est dépersonnalisée.

Vous soulignez par ailleurs que les jeunes médecins ne souhaitent pas travailler après 19 heures. Je suppose que les urgences doivent être orientées vers les hôpitaux publics ou, si les territoires en mettent en place, vers des maisons de santé.

Jocelyne BOUGEARD

Adjointe au Maire de Rennes, déléguée aux temps de la ville, aux droits des femmes, à l'égalité des droits et à la laïcité

Des études suédoises portent sur les différences de traitement médical des femmes ou des hommes. Lors de l'appel du malade ou de son entourage, l'homme et la femme ne sont pas du tout entendus de la même manière. Le message n'est pas non plus écouté de la même manière selon le sexe de la personne qui reçoit l'appel. En raison d'une croyance en la tendance des femmes à exagérer leurs douleurs, leurs symptômes sont souvent minorés, ce qui peut provoquer le développement de pathologies lourdes.

Christine BELAVOINE

Secteur des études locales de la Ville de Saint-Denis

Nous observons une externalisation croissante des fonctions jugées annexes par rapport au cœur des métiers médicaux, bien que le soin ne se limite pas à l'acte médical. Vous réinstaurerez intelligemment un lien humain entre l'utilisateur de santé et son médecin. De plus, vous réagissez à la désertification de certains territoires. Néanmoins, nous ne devrions pas penser qu'il n'existe pas d'autres solutions. Par exemple, des projets de territoire et de santé communautaire tentent de rapprocher les professionnels de soins, les habitants et les collectivités.

Réussissez-vous à recréer une relation entre un médecin et une secrétaire médicale, celle-ci pouvant émettre alors des propositions qui font votre originalité, ou une approche collective existe-t-elle dans votre entreprise, par une régulation du travail de l'ensemble de vos agents ? De quelle autonomie les secrétaires disposent-elles et quelles sont leurs relations avec les médecins ?

Mohamed EL MANANI

Aucune personne n'est placée en attente. Une secrétaire décroche automatiquement et personnalise l'accueil du patient, puisque la fiche de celui-ci apparaît sur son écran. De plus, une continuité de l'information est assurée, car cet écran affiche les informations disponibles sur le patient et certaines réponses du médecin. Des patients en viennent même à chercher la secrétaire lorsqu'ils se rendent au cabinet du médecin.

Notre société constitue cependant un cas assez isolé, car la logique du moins-disant financier prévaut lors des appels d'offres. Des concurrents utilisent des plateformes situées à Madagascar ou au Sénégal. Ils ne peuvent donc pas traiter les urgences comme nous le faisons. Les médecins qui recourent à nos services cherchent une prestation de qualité. Certaines organisations préfèrent toutefois réaliser des économies.

Par ailleurs, l'absence de contact direct avec le médecin constitue évidemment une externalité négative. Depuis que nous gérons les appels des médecins, les patients se sentent toutefois mieux écoutés pendant les consultations qu'à l'époque où les médecins interrompaient constamment celles-ci pour répondre à des appels téléphoniques. Certains médecins nous ont même indiqué qu'auparavant, ils ne prenaient probablement pas conscience de certains signaux faibles. Notre prestation permet donc au médecin de se concentrer totalement sur le patient qui lui fait face.

Vers une prise en charge globale des patients et de l'activité des médecins

S'agissant de l'autonomie des secrétaires, je réponds qu'une confiance se construit progressivement. Leurs interlocuteurs expriment d'abord un besoin, puis prennent confiance en la secrétaire, ce qui permet à celle-ci de devenir plus autonomes. Elles doivent cependant s'adresser aux médecins lorsqu'elles font face à une situation compliquée.

Christine BELAVOINE

Les secrétaires émettent-elles des propositions de nouvelles organisations auprès des médecins ou ces propositions sont-elles pensées par d'autres personnes de votre société ?

Mohamed EL MANANI

Nous constatons, pour certains médecins, l'existence de problèmes, par exemple une difficulté récurrente des patients à obtenir un rendez-vous. Nous observons aussi l'accroissement du stress de certains médecins. Nous leur proposons alors une nouvelle organisation. Celle-ci peut d'ailleurs varier selon les saisons, les épidémies hivernales accroissant les charges de travail. 

La relation temps / santé à l'échelle des territoires

Benoît GUINAMARD

**Direction du Développement Durable, de la prospective et de l'évaluation,
Conseil Régional Nord-Pas de Calais**

Je fais partie d'une équipe prospective qui s'intéresse à de multiples domaines. Si la santé n'est pas une compétence d'un Conseil Régional, elle est cependant un élément important des disparités spatiales et sociales. Le rôle de chef de file de la Région en matière d'aménagement du territoire l'amène donc naturellement à chercher à surmonter ces disparités. Le Nord-Pas de Calais, par rapport à d'autres régions, se caractérise notamment par une fréquence plus élevée de certaines maladies (cancers, diabète...), par une durée de vie plus courte, par un recours plus tardif aux soins. Les traductions territoriales en sont contrastées et les facteurs explicatifs multiples : histoire économique et héritage psychologique liés à celle-ci, problèmes sociaux, facteurs environnementaux, vieillissement de la population mais également démographie médicale dans certaines zones rurales de la région.

Ces questions sont intégrées dans le Schéma régional d'aménagement et de développement durable du territoire (SRADDT) : nous y mettons ainsi en évidence, y compris dans la cartographie, que certaines zones cumulent des problèmes de précarité, des indicateurs mauvais en matière de santé et des problèmes d'accessibilité et de mobilité. Cette approche s'avère donc globale et elle a rencontré notre

démarche prospective sur la prise en compte des temps dans l'aménagement du territoire à l'échelle régionale. Cette dernière, menée dans le cadre du SRADDT et motivée par les enjeux importants de cohésion sociale et territoriale dont elle est porteuse, a été accompagnée par ATEMIS.

Cette approche, qui se voulait collective, la première phase a été générale et exploratoire. Il s'agissait de s'interroger sur la pertinence de l'échelon régional pour aborder ces questions. Cela nous a conduit à une deuxième phase dans laquelle était analysé comment la dimension des temps permet de mieux réaliser les objectifs d'un projet, voire conditionner sa réussite. Un groupe régional « Temps-Territoires- Développement Durable Nord-Pas de Calais », constitué de personnes volontaires issues principalement des collectivités mais pas seulement, en a été le creuset. Un focus y a été fait sur l'aspect santé et territoire : nous nous sommes pour ce faire appuyés sur l'expérimentation des maisons de santé pluridisciplinaires lancée par la Région en 2007 dans le cadre de l'élaboration de projets territoriaux de santé.

Dans ce focus, nous avons d'abord appréhendé les évolutions de la région en matière de santé en y intégrant les éléments susceptibles d'y concourir, au-delà de l'aspect médical et des soins. Ensuite, la question suivante a été soumise aux participants : « lorsque l'on évoque la question du temps en lien avec la santé sur un territoire, à quoi pensez-vous ? ». En croisant les différentes réponses, trois grandes familles ont été repérées : le contexte général et son évolution ; des problématiques très concrètes ; des modes de gouvernance. Il a pu être constaté à quel point cette question de la santé amène à faire parler autant son expérience personnelle qu'un regard d'acteur du territoire. Nous avons enfin échangé avec quelques acteurs impliqués dans la problématique santé sur le territoire.

Quelques illustrations de ces échanges en témoignent. L'accessibilité effective (combien de temps par transport en commun, à quelles heures) a été distinguée de l'accessibilité théorique. L'isolement de certaines personnes a été souligné. Le délai d'obtention d'un rendez-vous, le temps d'attente des patients, ont été évoqués. D'autres thèmes plus généraux ont été pointés : existence voire survie du service public de santé, inégalités sociales, rôle de l'école en matière de sensibilisation à la santé, stress lié aux transports, vieillissement et ses conséquences en matière de prise en charge collective... Les participants se sont aussi interrogés sur le rôle et la légitimité de l' élu par rapport aux questions de santé, quand elles ne relèvent pas de ses compétences. Ils se sont demandé comment les différents professionnels pouvaient coordonner leurs activités, sachant par exemple qu'une infirmière scolaire et

La relation temps / santé à l'échelle des territoires

un médecin libéral ne travaillent pas aux mêmes horaires. Le temps du face-à-face entre le professionnel et le patient, le temps du conseil, le temps de l'échange d'expériences entre les différentes personnes concernées par les questions de santé, ont été pris en considération, en incluant des personnes auxquelles on ne songe pas spontanément (professeur de sport, personnels de restauration, diététicien scolaire, professeur principal...)

La légitimité à parler de la santé voit ainsi son champ s'élargir, les « rapports de domination » entre les professionnels et les autres personnes sont atténués, facilitant la prise de parole de ceux qui ne se sentiraient pas autorisés parce que non spécialistes. La prise de conscience qu'un environnement de meilleure qualité contribue à l'amélioration de l'état de santé de la population, que les enjeux de santé sont étroitement liés à des réponses sociales, que les temps d'accès aux équipements de santé articulent présence sur le territoire de mobilité pour les personnes... sont autant de sujets qui concernent chacun.

On passe donc plus facilement du soin à la santé, lorsque l'on introduit la dimension des temps. On fait un saut qualitatif en s'intéressant à un système global. On inclut aussi le temps long de l'action de sensibilisation, qu'il s'agit de mieux expliciter.

Le champ des interlocuteurs est aussi plus facilement identifiable, mais il faut que ces prises de consciences se fassent. Notre groupe a pu ainsi le comprendre à partir d'un exemple dans un quartier périphérique d'Arras où un collectif d'habitants avait interpellé une organisation syndicale de cadre de vie au sujet de mauvais indicateurs de santé de ce quartier et souhaitait s'impliquer dans cette question. L'accompagnement des acteurs locaux passe par une appropriation des bonnes questions à se poser, de la connaissance à mobiliser, de techniques d'animation permettant de faciliter la prise de paroles sur ces sujets...

Nous estimons, à partir de cette modeste démarche, avoir contribué à un décroisement des approches. Des acteurs qui n'auraient pas pensé à travailler ensemble, y compris au sein de notre collectivité, ont pu échanger grâce à notre travail. Lorsque nous avons fait des croisements avec les deux autres focus de notre démarche (respectivement sur l'urbanisme durable et sur le dialogue social territorial), nous avons pu constater que la question de la santé s'y posait également.

Nous avons par ailleurs mieux saisi les interactions existant entre un territoire et ses voisins, ou entre les différents échelons d'un territoire et l'échelon régional. Par exemple, les animateurs du schéma de cohérence territoriale (SCOT) du pays de Saint-Omer ont souligné que leur travail sur la santé leur

permettait de parler de l'accessibilité aux services publics et de l'accessibilité en général, ce qui les amenait à modifier leur regard sur l'évolution de l'urbanisme. Ils ont donc intégré la question de la santé dans une réflexion urbanistique d'ensemble.

La Région a confié à une équipe de l'Université de Lille 1 l'analyse des conditions de réussite de la mise en œuvre des maisons de santé. Le fait de savoir que nous nous étions intéressés à cette démarche via la question des temps a amené ces chercheurs à nous rencontrer afin d'en tirer les enseignements. En conclusion, on pourrait insister sur le fait que parler des temps facilite une dynamique collective de compréhension d'un sujet et d'un territoire, ainsi que l'émergence de solutions plus riches. Un « saut systémique s'opère ». Le temps constitue à la fois une question en soi et un moyen pour réinjecter une dimension humaine dans un projet de territoire.

Patrice VUIDEL

Je vous remercie sur ces propos concernant la manière dont la santé s'intègre à un ensemble de politiques publiques menées dans un territoire. Vous avez notamment montré comment la question du temps permet de recréer une cohérence entre plusieurs politiques, dans la perspective d'un développement durable du territoire.

Quelqu'un souhaite-t-il intervenir sur cet exposé ou plus généralement sur le thème de cet après-midi ?

Jocelyne BOUGEARD

Toutes les collectivités doivent réussir à intégrer les questions temporelles dans leurs dispositifs. Nous ne savons pas toujours comment y parvenir. La recherche des transversalités nécessaires ne constitue pas toujours un mouvement spontané. Nous devons aussi trouver une bonne échelle d'analyse. Un territoire rural diffère d'un territoire suburbain, d'une grande ville ou d'une ville moyenne. La concertation évoquée par Benoît Guinamard me semble exemplaire. Nous devons très certainement nous réapproprier votre travail.

Anne-Charlotte RIEDEL

Je voudrais savoir, Benoît Guinamard, si vous vous êtes rapprochés d'autres acteurs, par exemple les agences régionales de santé, les professionnels, leurs syndicats et les collectifs. Comment votre travail peut-il s'articuler avec le leur ?

Patrick VASSALLO

Conseiller municipal de la Ville de Saint-Denis, délégué à l'égalité des droits, aux services publics, aux prestations administratives, aux temps de la ville, l'emploi et l'insertion

Nous sommes confrontés à la raréfaction et aux évolutions du milieu médical. L'ouest de la Seine-Saint-Denis ne compte plus que 2,5 pédiatres, malgré un taux de fécondité très élevé. Je juge néanmoins légitime que les médecins ne souhaitent plus suivre des rythmes excessifs. Nous savons que le rythme de travail des médecins urgentistes n'est bénéfique, ni pour eux-mêmes, ni pour leurs services, ni pour les patients.

Nous constatons aussi une évolution de la place de la santé dans la ville. La municipalité de Saint-Denis a travaillé sur ce sujet, au travers notamment du contrat local de santé que nous avons signé avec l'ARS. La présence des professionnels de santé s'articule d'une manière nouvelle avec la vie urbaine. Le quartier du Franc-Moisin va devenir un désert médical total car il ne dispose d'aucun hôpital et que les deux derniers médecins libéraux ont annoncé leur départ en retraite. Les quartiers du nord-est de Saint-Denis risquent aussi une désertification médicale si nous n'intervenons pas. Je ne parle même pas de la disparition des milieux ouverts.

Le projet de loi sur la politique de la Ville n'évoque pas ces questions. Si nous n'agissons pas avec force, nous laisserons s'aggraver des fractures sociales, puisque les personnes aisées pourront toujours payer un taxi pour se rendre dans les hôpitaux parisiens.

Enfin, la question des temps de transport et de l'éloignement entre les lieux de vie et les lieux de travail se pose de manière nouvelle. Notre médecin ne se trouve plus forcément là où nous habitons. De plus, les entreprises ne disposent quasiment plus de véritable médecin du travail. Les comités d'entreprise pourraient financer des centres de santé. Cela supposerait toutefois qu'ils existent et, dans ce cas, qu'ils n'emploient pas leurs finances à acheter des produits de Walt Disney. Dans l'ensemble, 60 % de la population de l'Île-de-France accède difficilement aux équipements de santé. Si nous n'agissons pas, nous constaterons dans dix ans une dégradation de la santé, de même que nous constatons aujourd'hui que la majorité des étudiants se trouve dans une situation sanitaire insuffisante.

Mohamed EL MANANI

Dans le Nord-Pas de Calais, nous souffrons de difficultés d'accès à certaines spécialités médicales. Pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue, il faut attendre six mois. Les personnes qui possèdent les moyens financiers nécessaires se rendent à Paris, où ils peuvent obtenir un rendez-vous dans les deux jours. Nous réfléchissons donc aux moyens de rapprocher ces professionnels de

la population. Un centre de santé pourrait être créé à Lille, point central des chemins de fer de notre région. Un partenariat pourrait alors être conclu avec la SNCF et les collectivités. Nous réfléchissons aussi aux manières de faire venir des médecins dans les entreprises afin qu'ils effectuent des actes de prévention et de soin, notamment dans les zones désertifiées.

Benoît GUINAMARD

Je répondrai à Anne-Charlotte Riedel. Nous sommes désormais plus en mesure d'inscrire la santé dans un propos global. Nous en discutons plus facilement, notamment avec les départements. L'établissement de notre programme stratégique et de notre cartographie s'explique en outre par la qualité de nos relations avec l'équipe chargée de la santé.

Patrice VUIDEL

Je remercie tous les intervenants. Nous avons fortement illustré l'intérêt de traiter les questions de santé en invoquant la problématique du temps. Nous avons aussi illustré l'importance des professionnels de santé et de la coopération entre les organisations, par rapport à la construction de stratégies durables en matière de santé.

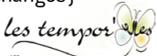
Je conclurai en rejoignant les propos de Patrick Vassallo en soulignant que la problématique des déserts médicaux n'est pas spécifique aux zones rurales et concerne aussi des territoires denses. 

Partenaires engagés

Adhérents [collectivités, associations, entreprises, individuels] :

Conseil Régional du Nord-Pas de Calais. Conseils Généraux de Gironde, Seine-Maritime.
Communautés urbaines de Dunkerque, du Grand Lyon, du Grand Nancy, de Nantes
Métropole. Communautés d'agglomération de Montpellier, Plaine Commune, Poitiers,
Rouen. Villes d'Angers, Aubagne, Brive la Gaillarde, Caen, Chambéry, Dijon, La Rochelle,
Lyon, Niort, Pantin, Paris, Quimper, Rennes, Rouen, Saint-Denis, Strasbourg.
Université Paris Dauphine/IRISSO, Afet, Agence Sherpa, AIDER.

Documents disponibles

- Tempos du Mois (lettre d'actualités et d'échanges)
- Actes des Temporelles 2006 à 2013 
- Plaquette de présentation "Tempo Territorial"
- Plaquette "Concilier les temps en entreprise"
- Dossier de capitalisation des premières expérimentations
- Synthèses des *Mardis de Tempo* (Dernières éditions)
 - Pourquoi et comment réorganiser le temps de travail des agents de propreté ? (31 mars 2009)
 - Le dimanche, un jour comme les autres ? (27 janvier 2009)
 - Les rythmes de la concertation (25 mai 2010)
 - Temps, travail dans l'économie des services (26 février 2013)
- La Ville l'été, entre rupture et continuité (6 juillet 2010)
- Travailler à distance pour mieux concilier ses temps de vie ? (24 mai 2011)
- L'urbanisme temporel
 - Séminaire sur l'urbanisme temporel, Saint-Denis (jeudi 6 et vendredi 7 décembre 2007)
 - Vers un urbanisme temporel, Paris (mardi 29 septembre 2009)
- Améliorer la gestion des temps des étudiants. Constats, préconisations et exemples de bonnes pratiques en France et à l'étranger (mai 2009)
- Guides méthodologiques
 - Rythmes de vie et organisation du territoire
Quelles tensions ? Quelles médiations ?
Quelles politiques publiques mettre en œuvre ?
 - Ouvrir les médiathèques le dimanche
Pourquoi ? Comment ?
- Statuts, composition du conseil d'administration et des groupes de travail

Adhésions 2014

Personne physique : 30 € / an

Étudiants et chômeurs : 10 € / an

Organisme privé : 250 à 2500 € / an (selon la taille de l'établissement)

Organisme public : 1000 à 5000 € / an (selon la population)

Tempo Territorial

Rennes Métropole – DGPDD

DirStrat – SPEDD-BDT

4, avenue Henri Fréville – CS 20723

35207 Rennes cedex

Tél. : 02 23 62 20 93

Email : tempoterritorial@yahoo.fr

Site Internet : tempoterritorial.free.fr

Tempo
TERRITORIAL