



Numéro spécial

TEMPS DE TRAVAIL DES MÉDECINS DES HÔPITAUX PUBLICS

La question des conditions de travail des médecins des hôpitaux publics fait l'objet d'une attention particulière des politiques depuis quelques mois. En effet la situation est suffisamment alarmante pour que cela apparaisse comme une priorité. Face aux départs massifs en retraite prévus d'ici 2020 alors que près de 20 % des postes restent disponibles, le constat d'un manque d'attractivité des carrières est évident. Phénomène plus grave, les restructurations hospitalières ne se font plus sur la base d'une juste réponse aux besoins mais sont justifiées par le manque de praticiens pour assurer la continuité des activités !

Le député Olivier Véran a rédigé fin 2013 un rapport sur la question de l'intérim médical qui a montré que ces pratiques étaient particulièrement coûteuses et qu'elles pouvaient poser des problèmes en termes de sécurité (disponible sur le site www.olivier-veran.fr). Puis Marisol Touraine a missionné l'ancien sénateur Jacky Le Menn, par ailleurs directeur d'hôpital à la retraite, pour faire des propositions sur l'attractivité médicale à l'hôpital public.

Dans la même période, le conflit des urgentistes a modifié l'approche sur le temps

de travail, avec pour la première fois la reconnaissance de la nécessité de l'application pleine et entière à l'hôpital public de la circulaire européenne sur le temps de travail. En effet, la France était en infraction depuis

2003, ce qui a été la source de multiples conflits depuis les accords sur la réduction du temps de travail qui datent de la même époque. Le dernier exemple en est le mouvement de protestation des internes.

Il est donc temps de faire le point sur la question du décompte du temps de travail des médecins des hôpitaux publics, quel que soit leur

statut. C'est ce que nous vous proposons dans ce numéro spécial de notre journal.

Dr Christophe Prudhomme
Collectif médecins

Fédération CGT de la Santé et de l'Action Sociale

L'HÔPITAL PUBLIC EN CRISE



SOMMAIRE

Temps de travail des médecins des hôpitaux publics : un enjeu majeur pour notre avenir

p.2-3

Les nouveautés après l'accord obtenu par les urgentistes ouvrent des perspectives pour un autre mode de décompte du temps de travail à l'hôpital pour tous les médecins

p.3

Les évolutions nécessaires pour l'ensemble des médecins hospitaliers

p.4

Temps de travail des médecins des hôpitaux publics :

un enjeu majeur pour notre avenir

... ❖ Quelques rappels historiques pour comprendre la situation actuelle :

Notre statut, dont l'origine remonte à 1984, définissait le temps de travail en demi-journées et les obligations de service étaient fixées à 11 demi-journées par semaine.

Ce chiffre de 11 demi-journées est assez emblématique de l'incapacité du monde médical à suivre les évolutions de la société. En effet, après 1968 et les accords de Grenelle, le samedi devient un jour ouvrable non ouvré, sauf pour les médecins à l'hôpital ! Aujourd'hui encore, le statut du samedi matin pose des problèmes. Par ailleurs, aucun bornage horaire n'existait à l'époque et le temps de garde n'était pas inclus dans le temps de travail. C'était l'époque où les semaines de plus de 100 heures de travail étaient possibles avec des périodes continues de plus de 50 heures quand le lundi était enchaîné après un week-end complet passé à l'hôpital.

La première évolution s'est produite à partir de 1996 avec l'intégration des indemnités de garde puis celle des astreintes et d'autres indemnités dans l'assiette des rémunérations ouvrant droit à des cotisations pour la retraite.

Cette évolution fait suite à l'adoption en 1993 par les instances européennes de la première directive limitant le temps de travail hebdomadaire à 48 heures par semaine en moyenne, lissées sur 4 mois. Cette directive européenne constituait une véritable avancée pour tous les travailleurs européens et il était donné aux Etats un délai de 10 ans pour s'y conformer.

Au début des années 2000 sont négociés les accords dits de réduction du temps de travail (ARTT).

Alors que certains comme la CGT et l'AMUF demandaient l'application pleine et entière de la directive européenne, les organisations catégorielles de médecins hospitaliers dénonçaient le fait qu'un décompte en heures du temps de travail serait dégradant pour des médecins, avec l'argument massue toujours mis en avant à ce jour par certains : « Un médecin ne compte pas ses heures ! ».

Dans ce contexte, le gouvernement met en place une côte mal taillée avec le maintien du décompte en demi-journées avec des obligations de service



qui sont diminuées à 10 demi-journées par semaine. Alors que la directive européenne est complétée et confirmée en 2003, les textes maintiennent le principe de la demi-journée et seule une dérogation est prévue pour certaines activités où le décompte en heures est possible. Cependant, le système est complexe car en l'absence de définition horaire de la demi-journée et du temps de travail hebdomadaire, le maximum de 48 heures devient la norme pour les directeurs d'hôpitaux. L'affaire la plus emblématique de l'incohérence des textes législatifs est l'affaire de l'hôpital de Cognac où le directeur a effectué des retraits de salaire à un médecin urgentiste au motif qu'il avait travaillé moins de 48 heures par semaine. Depuis cette affaire a été jugée et le directeur a été condamné

La seule avancée des accords ARTT de 2002 est l'intégration de la garde dans le temps de travail et l'instauration d'un temps de repos compensateur.

Cette avancée est importante mais il faut insister sur le fait que le gouvernement français n'a fait là qu'appliquer partiellement la directive européenne. Il a alors davantage agi face à la crainte d'éventuelles sanctions que pour réellement améliorer les conditions de travail des médecins !

De plus le contexte financier très contraint, avec la généralisation des plans de retour à l'équilibre, a poussé les directions hospitalières à revenir sur les décomptes en heures afin de gagner 20 % de temps de travail supplémentaire.

Arrêtons-nous un peu sur les chiffres pour mieux comprendre la difficulté. Il ne s'agit pas d'être un grand mathématicien mais simplement de savoir utiliser la règle de trois. La demi-journée n'est pas normée dans les textes de loi mais le décompte du temps de travail s'effectue de la manière suivante : 2 demi-journées pour la période de jour et 2 demi-journées pour la période de nuit. Donc, la règle de trois nous indique qu'une demi-journée serait de 6 heures. Les obligations de service

sont alors de 10 demi-journées de 6 heures soit 60 heures ! Situation en contradiction avec la législation européenne, donc illégale.

Nous sommes ainsi depuis 10 ans face à un problème qu'aucun gouvernement n'a voulu résoudre car il a pu s'appuyer sur la division du corps médical en mettant en œuvre l'adage « Diviser pour mieux régner ».

Si nous regardons les choses en face, nous sommes

confrontés à un véritable problème sociologique, avec d'un côté une population de médecins hospitaliers vieillissante et majoritairement conservatrice qui voit d'un mauvais œil tout changement. De l'autre, une activité qui s'est récemment structurée, les urgences, avec des médecins plus revendicatifs et une nouvelle génération de jeunes médecins qui n'accepte plus les conditions de travail peu attractives proposées par l'hôpital. ■

Les nouveautés après l'accord obtenu par les urgentistes ouvrent des perspectives pour un autre mode de décompte du temps de travail à l'hôpital pour tous les médecins



❖ Au fil du temps, les urgentistes, initialement avec l'Association des médecins urgentistes (AMUF), puis plus récemment dans le cadre de l'alliance AMUF-CGT, ont mené de multiples mouvements afin de pouvoir faire reconnaître leur place dans l'hôpital et obtenir une prise en compte des contraintes liées à l'activité spécifique de la permanence des soins.

Deux éléments ont été mis en avant par les urgentistes :

1. Le respect de la directive européenne à laquelle la France doit se conformer.

L'application des normes européennes ne peut se faire à géométrie variable. Quand une directive est supérieure à la législation d'un pays et est favorable aux travailleurs de ce pays, elle doit être mise en œuvre. Il s'agit du simple respect des règles de la démocratie.

2. La spécificité de l'activité des urgentistes est d'être majoritairement organisée en travail posté pour l'ensemble des équipes, ce qui n'est le cas d'aucune autre activité, même si celle des réanimateurs s'en rapproche.

En effet, le travail posté se définit par le fait que le praticien prend son poste de travail en relevant un collègue et qu'il ne quitte son poste que quand un collègue le relève. Pour une meilleure compréhension, on peut résumer ce mode de fonctionnement par la nécessité d'être sur place et disponible avec un système d'appel en poche. Donc, pour la très grande majorité des activités hospitalières, le travail posté se résume au temps dit «de garde sur place» ou de «présence de jour» avec un système d'appel pour les urgences.

Sur ces bases, l'accord trouvé avec le ministère de la santé reconnaît pour la première fois qu'une application pleine et entière de la directive européenne est possible. En voici les principaux éléments* :

➔ **La généralisation du principe du décompte en heures du temps de travail.**

➔ **Le respect du maximum de 48 heures hebdomadaires de travail avec un temps dédié au travail posté de 39 heures et un temps réservé aux autres activités qui sera forfaitisé.**

➔ **Si du travail posté est effectué au-delà de 39 heures et jusqu'à un maximum de 48 heures, il ouvrira droit à une rémunération complémentaire par tranche de 5 heures.**

➔ **Une réorganisation des équipes au sein de territoires comprenant plusieurs établissements afin d'avoir des équipes de taille suffisante et de pouvoir maintenir des sites de proximité.**

(*Le texte complet de la circulaire est disponible sur le site www.sante.cgt.fr.

Un rapide décryptage permet de mesurer les avancées obtenues. D'une part la norme de 48 heures est clairement énoncée et surtout les obligations de service en travail posté sont limitées à 39 heures. Le delta entre 39 et 48 heures est réservé aux autres activités que le travail clinique auprès du patient et doit faire l'objet d'une contractualisation avec les responsables médicaux. Ce dispositif offre des garanties importantes en ce qui concerne le rythme de travail, élément essentiel en termes d'attractivité pour les jeunes médecins. ■



Les évolutions nécessaires pour l'ensemble des médecins hospitaliers

Le dispositif mis en place pour les urgentistes n'est évidemment pas généralisable à l'ensemble des médecins hospitaliers. Il ouvre cependant des perspectives intéressantes pour faire évoluer la situation actuelle et répondre aux revendications posées de longue date par la CGT pour l'ensemble des praticiens quel que soit leur statut.

D'une part, il s'agit d'acter que les médecins sont bien des salariés comme les autres et que les règles du droit du travail français et européen s'appliquent également pour eux. Les médecins sont des cadres et à ce titre ils doivent conserver une autonomie dans la gestion de leur temps pour effectuer l'ensemble des tâches dont ils ont la responsabilité. C'est d'ailleurs ce principe qui a motivé ceux qui continuent à vouloir que les médecins soient une « espèce » à part dans le monde du travail. Cependant ils se trompent et d'autres solutions sont possibles pour concilier à la fois cette position de cadre avec l'autonomie qui en résulte et le respect des normes de limitation du temps de travail.

Deux éléments sont à prendre en compte : la question de la condition individuelle du médecin et celle de son intégration dans un collectif de travail.

1. Le collectif de travail

Cette question est essentielle car un médecin ne travaille jamais seul mais bien dans une équipe médicale et plus largement au sein d'une équipe soignante. Depuis de nombreuses années, les restructurations se sont appuyées sur la pénurie de ressources humaines – d'ailleurs sciemment mise en place avec l'instauration du *numerus clausus* – pour regrouper les équipes sur un nombre de sites réduit. Cela a-t-il amélioré les conditions de travail ? Non, bien au contraire. La fermeture des sites de proximité a concentré l'activité dans des structures qui sont engorgées et où la densité du travail s'est accrue avec le plus souvent des effectifs réduits, car le regroupement des équipes s'est toujours effectué dans une logique financière avec une diminution des effectifs.

Plus globalement, cette politique malthusienne a entraîné une « importation » massive de médecins et les chiffres fournis récemment par le Conseil de l'Ordre sont sans appel : 40 000 médecins inscrits aujourd'hui à l'Ordre sont nés à l'étranger, dont une partie non négligeable a obtenu son diplôme hors de l'Union Européenne !

La proposition de la CGT est donc de sortir de la logique des pôles intra-hospitaliers et de la concurrence entre les établissements, pour définir des projets médicaux de territoire avec des équipes médicales territoriales de taille suffisante pour répondre aux besoins en maintenant des sites de proximité autour d'un hôpital de référence. L'exemple de ce qui a été fait dans le Vaucluse au niveau des urgences autour des hôpitaux

d'Avignon, Apt, Cavaillon et Carpentras montre qu'il s'agit d'une solution réaliste. L'intérêt est de pouvoir gérer des équipes de plus grande taille, ce qui facilite le recrutement et une bonne répartition des activités les plus contraignantes entre les différents praticiens.

2. Le décompte du temps de travail

Nous proposons un mécanisme simple qui doit permettre de répondre à l'ensemble des enjeux, notamment une amélioration des conditions de travail et le contrôle par l'employeur de l'effectivité du travail.

Voici les règles qui nous paraissent pertinentes :

- ➔ La durée maximale du temps de travail est de 48 heures.
- ➔ Les obligations de service sont fixées à 39 heures (39 heures et non pas 35 heures car les accords ARTT nous ont octroyés 20 jours de RTT de compensation, ramenés à 19 aujourd'hui du fait du jour de solidarité).
- ➔ Le décompte du temps de travail s'effectue de la manière suivante :
 - a) Les activités postées (garde, permanence de jour avec système d'appel et disponibilité immédiate) sont décomptées en heures depuis la prise de service jusqu'à la fin de service.
 - b) Toutes les autres activités sont également décomptées en heures (et non plus en demi-journées) mais sur une base déclarative journalière effectuée par le praticien, et comptabilisées de manière hebdomadaire et mensuelle sur le tableau de service validé par le responsable médical de la structure et contrôlé par le chef d'établissement.
- ➔ Les heures effectuées entre 39 heures et 48 heures ouvrent droit à une compensation qui peut se décliner en trois possibilités selon le choix du praticien :
 - a) Rémunération additionnelle.
 - b) Compte épargne temps.
 - c) Bonification de la retraite.
- ➔ Les heures effectuées au-delà de 48 heures ne peuvent se faire que sur la base du volontariat, doivent rester exceptionnelles et ouvrent droit à une rémunération bonifiée.

Alors qu'une mission a été confiée par la Ministre à l'ancien sénateur Le Menn pour rédiger un rapport sur l'attractivité des médecins hospitaliers, la CGT est convaincue qu'une des mesures pour répondre à cet objectif – même si ce n'est pas la seule – est une clarification du décompte du temps de travail. ■