

PLATE FORME PENIBILITES

Avenir Hospitalier

Confédération des Praticiens Hospitaliers

SAMU Urgences de France

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France

Syndicat National des Médecins Réanimateurs des Hôpitaux Publics

Syndicat National des Pédiatres en Etablissement Hospitalier

Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes

Réanimateurs Elargi

Décembre 2014.

EN BREF :

- **Seuil de pénibilité de 1000 nuits sur toute une carrière ouvrant droit à compensation en fin de carrière.**
- **Seuil de pénibilité de 30 nuits par an ouvrant droit à une comptabilisation spécifique de 5 plages par 24H au lieu de 4.**
- **Introduction d'une plage de fin de journée pour les activités longues.**
- **Respect de la Directive Européenne Temps de Travail avec 48 heures hebdomadaires comme une borne et pas une norme.**
- **Que du TTA de jour.**
- **Respect de la Directive Européenne Temps de Travail pour les universitaires, avec un seul type de travail et de rémunération de nuit.**
- **Un seul niveau d'astreintes.**
- **Suivi en médecine du travail.**
- **Aménagement des fins de carrière.**

Discuter pénibilité pour les médecins hospitaliers, c'est beaucoup discuter travail de nuit en horaires alternants, permanence des soins sur place et en astreintes, télé-médecine et sujétion.

Mais aussi les autres pénibilités du Code du Travail (hyperbarie, bruit, exposition aux produits chimiques, port de charges lourdes et positions difficiles).

Sans oublier les pénibilités ne figurant pas dans le Code du Travail, mais bien présentes : le temps de travail dans sa globalité (et de plus en plus l'absence de maîtrise de ce temps), les violences et l'agressivité de certains patients ou familles, le mépris institutionnel, l'absence de maîtrise de son organisation contraire aux principes d'autonomie du médecin, les conditions d'exercice stressantes (activités où l'épuisement professionnel se rencontre avec une incidence particulièrement élevée), les flux imprévisibles de patients qu'on ne peut pas réguler.

Pénibilités reconnues dans le Code du Travail

Au vu des conséquences avérées du travail de nuit sur la santé, il est nécessaire de mener une politique de prévention et de réparation active envers les médecins hospitaliers au sein de tous les EPS. La prise en compte de la pénibilité permettra un électrochoc salutaire pour l'attractivité de nombreuses spécialités exposées.

La prise en compte de certaines pénibilités incluses dans le Code du Travail est une des approches possibles de la pénibilité au travail des médecins hospitaliers, comme l'enquête réalisée en quelques jours en octobre 2014 sur plus de 4000 médecins l'a montré. Toutefois, cette définition de la pénibilité a semblé restrictive aux PH, aussi bien en terme de seuils que sur sa restriction en 10 points.

**Pénibilités définies dans le Code du Travail, et pouvant amener à
prévention/compensation dans le privé.**

- travail en équipes alternantes et travail atypique de nuit (horaires comprenant au moins 1 heure de travail entre 0 et 5H du matin associé à du travail de jour en alternance, au moins 50 nuits par an. C'EST LA PENIBILITE LA PLUS FREQUENTE POUR NOUS.
- travail de nuit, au moins 120 nuits par an (non cumulable avec le précédent). CONCERNE QQ PH.
- agents chimiques dangereux y compris poussières et fumées (sont retenus les dangers suivants : toxicité aiguë, corrosion cutanée, lésion oculaire grave, sensibilisants respiratoires, cancérogénicité, mutagénicité sur les cellules germinales, toxicité pour la reproduction, effets sur l'allaitement, toxicité pour certains organes cibles, ou toxicité par aspiration.) durée d'exposition supérieure à 150h par an. CONCERNE BIOLOGISTES ET PHARMACIENS POUR CERTAINES ACTIVITES
- activités en milieu hyperbare ? (intervention à plus de 1200 hPa, 60 fois par an). bruit (80 DB (niveau d'exposition du bruit à l'oreille) ou 135 dB (niveau de pression acoustique de crête) plus de 600 heures par an ? CONCERNE CERTAINS MEDECINS
- manutentions manuelles de charge (Levé porté de poids > 15KG ou 10 KG en cas de prise au sol ou au dessus des épaules ou de déplacement en charge), ou poussé-tiré des poids > 250 kg, le tout 600 H/an. PEUT CONCERNER CERTAINS MEDECINS NOTAMMENT RADIOLOGUES OU URGENTISTES
- postures pénibles (position forcée des articulations, accroupi, à genoux, bras au dessus des épaules torsion du torse >30° et torse fléchi >45°), 900 H par an. PEUT CONCERNER CERTAINS MEDECINS NOTAMMENT CHIRURGIENS
- vibrations mécaniques (2,5 m/S² pour les mains et les bras, 0,5 pour le corps entier) 450 H par an ?
- températures extrêmes (<5° ou > 30°) plus de 900 heures par an.
- travail répétitif (temps de cycle <1 mn, ou cycle > 1 mn qui comporte 30 actions techniques par minute), 900 heures par an.

1. Pénibilité du travail de nuit

Le seuil de 120 nuits par an ne nous est pas applicable sauf cas très particuliers, puisque nous travaillons aussi le jour.

Le seuil de 50 nuits en horaires alternants s'applique dans un grand nombre de cas, toutefois est beaucoup trop élevé, car il se situe dans le contexte d'horaires de travail largement supérieur à 55 heures, ce qui en soit est une pénibilité certaine. Ce n'est donc pas comparable aux salariés du privé, ni de la FPH, pour qui cette mesure s'applique dans un contexte de 35 heures hebdomadaires. On peut même dire qu'en aucun cas, au vu du nombre d'heures de jour effectuées, ce seuil de 50 nuits ne devrait pas être dépassé.

Il faut donc arriver à des propositions adaptées à notre exercice.

Nous demandons la création d'un **contrat « pénibilité » s'appuyant sur une réglementation nationale** qui permettrait **au delà de 30 nuits par an** :

- Un passage du travail en 24H (pour rappel, dérogatoire à la Directive Européenne Temps de Travail) en 5 plages au lieu de 4 actuellement.
- Une facilitation du décompte horaire du temps de travail pour les équipes qui le désirent.
- Une analyse en COPS et CRP des lignes de gardes et astreintes, avec réflexion sur les mutualisations possibles notamment au sein des GHT.

Le dépassement de ce seuil de pénibilité induit la possibilité d'un contrat avec le directeur, et obligera à un suivi actif obligatoire en médecine du travail, qui participera à la prévention des risques médicaux et psycho-sociaux.

Mais le seuil annuel d'exposition au risque de 50 nuits, outre qu'il ne nous est pas vraiment applicable, ne répond pas à notre problématique qui est une exposition sur l'ensemble d'une carrière à des risques avérés sur notre santé, et qui pourra difficilement être diminué en raison des contraintes propres au service public.

Nous exigeons donc une comptabilisation sur l'ensemble de la carrière du nombre de nuits travaillées (en garde sur place et astreintes déplacées entre 0H et 5H du matin).

Pour nous, un seuil de 1000 nuits sur l'ensemble d'une carrière (dès l'internat) impose que soient proposées les principes de prévention/compensation.

- **une formation-reconversion pour ceux qui le désirent permise par l'exposition au risque pendant 5 ans.**
- **Un départ anticipé en retraite, (8 trimestres).**
- **Ou un temps de travail réduit (8 trimestres) type cessation progressive d'activités.**

2. Reconnaissance de certaines pénibilités, en fonction des résultats de l'enquête, et analyse locale de l'exposition.

- Risque sonore à 80 db
- Risque chimique
- Risque des radiations ionisantes
- Risque microbiologiques viraux et bactériens
- Port de charges lourdes

- Positions pénibles

Le Temps de Travail

Le temps de travail est une des pierres d'achoppement de l'exercice médical hospitalier. La profession de médecin et pharmacien est elle aussi confrontée aux évolutions sociétales qui tendent à trouver le juste équilibre entre le temps consacré à son exercice professionnel et le temps consacré à sa vie personnelle et familiale. La féminisation de nos professions ne pourra qu'accentuer cette tendance.

Les praticiens ne sont plus les seuls maîtres de leur organisation, ils ont beaucoup perdu en autonomie, et sont soumis à des contraintes organisationnelles et sécuritaires qui nécessitent de définir plus clairement leurs temps de travail, cela plus souvent mais pas uniquement dans les activités organisées en plateaux technique.

1. La Directive Européenne 2003/88/CE et les arrêts de la Cour de Justice des Communautés Européennes doivent être respectés :

(rappel de la DETT : 48H maximum comme une borne et pas une norme, TTA après accord du PH)

- refus de toute dissociation de la garde en périodes dites actives et inactives ;
- tout le temps à disposition de l'employeur est du temps de travail effectif, y compris le temps non clinique, et il est inclus dans la comptabilité du temps de travail réalisé.
- Application sur tout le territoire de l'arrêté du 8 novembre 2013, sans restriction.
- Pour rappel, le travail de 24 heures d'affilée est dérogatoire à la Directive européenne, et devrait être interdit en raison de ses conséquences sur la santé des praticiens et les risques encourus par le patient. Il faut ramener la durée maximale de travail consécutif à 2 plages en cas de décompte de 4 plages par 24 heures, à 3 plages en cas de décompte de 5 plages par 24 heures, à 12 heures en cas de décompte horaire.

2. Le temps de travail doit être mesuré, reconnu et valorisé au niveau de l'établissement.

Selon l'organisation du travail et la volonté de chaque équipe, le temps est mesuré soit à la demi journée, soit en comptabilisation horaire.

Le décompte en demi journées permet une certaine souplesse organisationnelle, mais est très défavorable par rapport au décompte horaire. **Le passage à 5 plages par 24 heures permet de limiter cette injustice notoire, tout en maintenant la souplesse. Il permet en plus d'identifier une plage de fin de journée pour les activités qui le nécessitent (plateaux techniques).**

En cas de comptabilisation en DJ, les EPS doivent fournir un **moyen de décompte horaire du travail réalisé**, qui seul permet de vérifier le non dépassement de la borne de 48H et le respect de la réglementation nationale (Décret 2003 et arrêté 2013). Le tableau

de service **mensuel nominatif**, commun à tous les médecins de l'EPS, appliquant la réglementation, prospectif et rétrospectif, et validé par le responsable du pôle, doit faire apparaître les heures et les demi journées de jour et de nuit.

Le temps de travail hebdomadaire opposable de chaque PH est de 39 heures, avec un maximum de 48H. Les activités transversales (enseignement, réunions, colloques, RCP, etc), la FMC et le DPC, sont du temps de travail et doivent faire partie des obligations de service (au sein des 10 DJ ou au sein des 48H pour ceux en temps médical continu.)

Toute activité sur le lieu de travail et en télé-médecine et toute activité extérieure faisant l'objet d'une convention avec l'établissement (Enseignement, recherche...) est considérée comme du temps de travail, y compris la continuité des soins, la permanence des soins, les déplacements en astreinte, le DPC et les réunions institutionnelles. **Les activités transversales sont du temps de travail, qui font partie d'un profil de carrière et peuvent être contractualisées sous forme de valence au sein du pôle avec évaluation.**

Les obligations de service restent à 10 plages hebdomadaires, ce qui permet de respecter les avis du Conseil d'Etat selon lesquels 10 demi journées ne peuvent dépasser 48H.

En dehors de la permanence des soins, toute organisation imposant un travail régulier dépassant 8 heures de travail posté doit se faire après accord des médecins concernés, et passage réglementaire conforme au Code du Travail (document unique, CHSCT), afin de prévenir les risques médicaux et psycho-sociaux auxquels sont exposés les médecins hospitaliers, et de permettre une maîtrise des déficits démographiques.

3. Le temps de travail additionnel

A terme, *l'opt out* ou temps de travail additionnel devrait être supprimé, par une meilleure gestion des plateaux techniques et une meilleure organisation régionale de la permanence des soins.

De façon transitoire et conformément à la loi, nous acceptons l'existence de temps de travail additionnel, à condition qu'une contractualisation claire et préalable ait été signée entre le PH intéressé et son administration, et ceci après avis de la commission en charge de l'organisation de la permanence des soins et des temps de travail au sein de l'établissement et du CHSCT.

Ce temps additionnel doit avoir une seule définition et une seule rémunération : ce sont des heures ou des demi journées effectuées au delà des 48 heures réglementaires hebdomadaires et/ou des 10 plages, moyennées. **Les disparités constatées dans la rémunération actuelle du temps additionnel doivent disparaître : par principe, tout TTA est du temps de jour.**

La rémunération de la plage additionnelle doit être portée à un niveau dissuasif, équivalent à la rémunération d'un médecin intérimaire, afin de favoriser la création de

postes de médecins hospitaliers titulaires plutôt que l'embauche de médecins mercenaires, et accroître l'attractivité pour les zones très déficitaires en médecins titulaires.

Les recours au TTA doivent être examinés en COPS et en CRP.

La Permanence des soins

Le statut unique du praticien hospitalier est le socle de l'organisation médicale hospitalière.

Toutefois certaines disparités d'exercices peuvent être la source d'une désaffection des praticiens hospitaliers pour un exercice au long cours à l'hôpital public. En effet **la participation à la permanence des soins est une contrainte forte**, qui concerne essentiellement le secteur public, dont on connaît aujourd'hui les conséquences sur notre santé au long cours. C'est une spécificité insuffisamment reconnue aujourd'hui. Il est donc nécessaire et urgent de **faire des propositions pour valoriser, atténuer et compenser cette pénibilité source de désengagements.**

1. **Nous exigeons une véritable réflexion sur l'organisation territoriale de la permanence des soins**, portant notamment sur la pertinence et l'utilité des lignes de gardes et d'astreintes. Chaque permanence des soins doit être justifiée au niveau sanitaire, et le budget de la permanence des soins ne doit pas être une variable d'ajustement manipulée localement. Les ARS et CRP doivent donc jouer tout leur rôle, et analyser la pertinence de toutes les lignes de gardes et astreintes en fonction de critères définis conjointement entre les représentants des médecins, des institutionnels et des usagers. Cette analyse doit être réévaluée et réajustée tous les 2 ans en fonction de critères d'activité et d'utilité publique territoriale, ce qui permettra d'assurer la transparence nécessaire.
2. **Le travail de nuit toute une carrière justifie d'un suivi régulier en médecine du travail, aussi bien pour les risques psycho-sociaux que physiques.**
3. **Instauration réglementaire d'un droit au retrait pour un PH atteignant 60 ans** : à sa demande, il peut arrêter ou diminuer cette activité de permanence des soins, sans limitation par les conditions de service.

4. La permanence sur place

Une harmonisation du statut et de la rémunération de la garde entre mono-appartenants et HU est une nécessité.

Repos quotidien et intégration dans les obligations de service pour les HU sont une obligation, car leur organisation actuelle est totalement contraire aux recommandations de la Communauté Européenne.

La convergence entre les deux tarifs de permanence sur place n'est pas indue face à la rémunération des libéraux qui participent à la PDS ou à la régulation médicale au

SAMU, à la rémunération des intérimaires, aux demandes d'indemnisation des responsables élus au conseil de l'Ordre pour leur activité (500 euros/jour), et au fait que de plus en plus d'universitaires prennent le repos quotidien après leur garde.

5. L'astreinte

L'arrêté de 2013 doit être appliqué partout, et des sanctions financières doivent être prévues pour les EPS qui y dérogent.

Instauration d'un seul niveau d'astreinte. (En remplacement d'astreintes de sécurité et d'astreintes opérationnelles) et suppression du principe de la forfaitisation en dehors des activités de télémedecine.

L'astreinte se décompose en 2 temps : un temps d'attente au cours duquel des avis médicaux peuvent être effectués à distance (téléphone, internet, télémedecine) ; un temps d'intervention et de soins à l'hôpital ; et enfin un temps de trajet. La sujétion est la même quel que soit le nombre de déplacements.

Les modalités d'indemnisation doivent valoriser les actes de soins, mais intégrer l'évolution vers les actes de télé médecine de plus en plus fréquents via l'informatique, sans négliger la pénibilité des consultations à distance.

Aménagement des fins de carrière

Il est nécessaire pour toutes les spécialités de réfléchir à un aménagement des fins de carrière, pour ceux qui le désirent, avec possibilité de travail à temps réduit grâce à plusieurs dispositifs, qui permettraient de maintenir une activité avec des horaires aménagés et de reculer l'âge de la prise de retraite :

- Fins de carrière aménagées de droit au delà de 1000 nuits sur une carrière.
- Obtention de droit d'un **temps réduit à partir de 60 ans** (au choix du praticien), 80%, rémunéré 100%.
- Possibilité garantie **d'utiliser les jours de CET épargnés au fil de l'année, régulièrement, avec un rythme fixe** (exemple : 1 jour fixe de CET par semaine).
- Création d'un **contrat de médecin remplaçant** pour les internes titulaires d'une licence de remplacement, afin de faciliter le remplacement total ou partiel des médecins absents pour prise de CET.
- Mesures attractives pour favoriser le **cumul emploi retraite**, avec maintien d'un exercice à temps partiel sur la base minimale salariale d'un PH 4ème échelon, sans limite d'âge, mais avec suivi annuel obligatoire en médecine du travail.
- Prolongation d'activités pour ceux qui le désirent, de droit, sans limite d'âge, mais avec suivi annuel obligatoire en médecine du travail.

- **Gestion ciblée des ressources humaines même pour les spécialités soumises à des pénibilités non reconnues par le Code du Travail :**
 - Ciblage vers des **emplois protégés** en terme de pénibilité, mais avec une forte plus value : formation des étudiants et internes, des infirmières, informatique médicale, saisie des actes, évaluation, mission de tutorat au sein de l'établissement de santé.
 - Possibilité de **changement de spécialité** quand la pénibilité devient insupportable, pour transfert vers une spécialité moins pénible sous la direction du CNG. Il s'agit ici de passerelles (temps et formation) vers d'autres activités cliniques ou de mission d'appui à l'intérieur de la structure hospitalière ou extra hospitalière.