

AU SOMMAIRE

Gouvernance au sein des hôpitaux : ce qu'ont obtenu les intersyndicales de PH	2
Va-t-il falloir que tous les PH attaquent leur hôpital pour non respect du droit ? Une <i>Class Action</i> ?	2
Pourquoi un CHSCT est-il devenu vital pour les médecins hospitaliers ?	3
Le rapport qui pique du SNPHE : un rapport qui dérange.....	5
Pourquoi la grève du 14 octobre et les raisons de son succès.....	6
Quelles fins de carrière pour un praticien hospitalier temps plein ? Point de vue statutaire et ouvertures possibles	8
Temps de travail des praticiens hospitaliers	12
Le statut hospitalo-universitaire est-il compatible avec l'informatisation du temps médical ?	14
Petites Annonces.....	15

Éditorial

NICOLE SMOLSKI

L'EXASPÉRATION DES MÉDECINS S'EXPRIME ENFIN.

Après toutes ces années de réformes des hôpitaux et de la santé, convergeant toutes vers la financiarisation et la mise en rentabilité des hôpitaux, un contrôle bureaucratique et étatique plus ou moins décentralisé et le creusement des déficits des hôpitaux par une tarification inadaptée au service public, les médecins ont courbé l'échine : d'abord parce que culturellement nous sommes plus habitués au colloque singulier avec nos patients qu'aux conflits avec l'administration ou aux procès pour non respect de notre droit (que souvent nous ne connaissons pas), ensuite parce que l'exercice de la médecine est une école de volonté, où ne sont comptés ni le temps, ni les efforts.

Mais le choc cumulé d'une démographie, n'ayant pas anticipé le *papy boom*, et d'une perte d'attractivité des carrières médicales hospitalières, à quoi s'ajoute un management ne supportant fondamentalement pas les valeurs médicales et qui exclut tout contact avec les médecins (sauf ceux choisis pour leur compliance aux objectifs managériaux) font que subitement l'exaspération engrangée depuis des années s'exprime ces derniers mois au travers d'enquêtes puis lors de la journée de grève du 14 octobre, puis par les mouvements engagés au moment des fêtes, et par une fronde ou une insatisfaction globale envers la Loi de Santé, sur des thèmes très différents selon que les médecins exercent en libéral ou sont salariés.

À l'hôpital, les enquêtes, dont les thèmes n'avaient pourtant rien à voir (bilan des pôles et pénibilités), font le même constat du dépit ressenti envers un travail qui ne ressemble plus à ce qu'il était, soit en raison de l'absence de reconnaissance ou d'autonomie, soit en raison d'une pénibilité majeure et croissante. En 7 jours, plus de 4 000 médecins ont répondu à l'enquête pénibilité, décrivant des conditions de travail invraisemblables et évoquant en boucle :

- le temps de travail : de nuit bien sûr, mais aussi des amplitudes de travail de jour incroyables et totalement illégales ;
- le stress psychique et physique, bien sûr en relation avec les patients, les décisions, les annonces difficiles, les responsabilités, mais aussi, ce qui est plus nouveau, en rapport avec les lourdeurs administratives et la pression à l'activité ;
- les problèmes d'effectifs, qui deviennent dramatiques face à une pression à l'activité incessante ;
- des conditions de travail qu'aucun groupe professionnel n'accepterait ;
- et un travail totalement désorganisé, puisqu'est imposée de l'extérieur une organisation qui se veut industrielle alors que notre travail est basé sur l'humain et l'incertain.

La grève du 14 octobre, puis les mouvements amorcés au moment des fêtes et vite désamorcés par une Ministre ne pouvant pas affronter en même temps les médecins libéraux et les médecins hospitaliers ont soudain permis une prise en compte de ce que nous répétons *ad nauseam* depuis plusieurs années, à savoir la perte d'attractivité des carrières médicales hospitalières, et les problèmes liés au temps de travail et à la pénibilité qui concernent toutes les spécialités. Les solutions ne pourront pas satisfaire de l'unique prisme très réducteur du décompte horaire du temps de travail, et devront être réfléchies globalement pour toutes les facettes de l'exercice médical hospitalier (plus ou moins de permanences de soins, d'astreintes, de pénibilités, pour les jeunes et les moins jeunes etc). La mission Le Menn, dont nous attendons incessamment les propositions, devra répondre à ces questions devenues vitales, et à beaucoup d'autres. Un front trans-intersyndical a fait des propositions sur pénibilités et attractivité, nous serons vigilants à ce qu'elles soient reprises et retenues par la ministre. Sinon, une nouvelle fois, nous saurons exercer la pression nécessaire pour qu'elles le soient.

Car si rien de tangible n'est fait pour l'exercice médical à l'hôpital, que vont devenir les hôpitaux sans médecins ? Certaines zones, certaines spécialités fonctionnent dans des conditions dramatiques. On voit que certains établissements suppriment des activités faute d'anesthésiste, ou d'obstétricien, ou de radiologues. Les situations se dégradent partout à grande vitesse. Il est urgent d'agir, à côté de la Loi de santé puisqu'elle n'a pas cette vocation.

Ce qui ne doit pas nous empêcher en plus de travailler, au sein de cette Loi, les avancées qu'elle peut contenir pour l'hôpital public. Ce que nous faisons, en lien avec les députés rapporteurs de ce projet à l'Assemblée. ●

ISSN : EN COURS

N° DE COMMISSION PARITAIRE : EN COURS

DIRECTEUR DE PUBLICATION :
CHRISTIANE MURARÉDACTEUR EN CHEF :
NICOLE SMOLSKI

COMITÉ DE RÉDACTION :

ANNE DAVID-BREARD, RAPHAËL
BRIOT, OLIVIER DUFFAS, JEAN
GARRIC, LAURENT HEYER, BERNARD
PLANQUES, PASCALE LE PORS-
LEMOINE, MICHEL SALOM, YVES
RÉBUFATEDITEUR : EKTOPIC
EKTOPIC@EKTOPIC.COM

IMPRESSION : IMPRIMERIE IMPRIMATUR

Gouvernance au sein des hôpitaux : ce qu'ont obtenu les intersyndicales de PH

CONSEIL D'ADMINISTRATION D'AH

La Loi HPST avait conforté la prééminence d'un seul pouvoir à l'hôpital, celui du directeur. La CME était dépouillée de toutes ses attributions, en termes de projet médical et de son déroulement, et sa composition axée sur des chefs de pôle, eux-mêmes nommés par le seul directeur. L'équilibre des pouvoirs au sein des hôpitaux était alors absent. La disparition des services, remplacés par des pôles, dont le seul objectif est l'efficacité médico-économique, a totalement détruit toute notion d'équipe et de collectif de travail.

L'enquête menée par les 5 intersyndicales sur les pôles a brutalement mis en lumière la totale désaffection des PH envers cette nouvelle organisation managériale de l'hôpital. Une mobilisation des 5 intersyndicales, enfin unies autour d'une autre vision de la gouvernance, a permis de faire comprendre aux pouvoirs publics que l'hôpital démedicalisé allait droit dans le mur.

Quelles sont les propositions, qui devraient être dans la nouvelle Loi de santé puis déclinées sur le plan réglementaire, et les engagements de Mme Touraine :

① La fonction et la place des pôles doit

être redéfinie : il y aura un seuil maximal et un seuil minimal en nombre d'agents, qui permettra de déroger à l'organisation en pôles. Le découpage et le fonctionnement des pôles sera fondé sur le projet médical après consultation de la CME.

- ② La place des services sera affirmée dans le fonctionnement interne de l'hôpital, en cohérence avec les équipes soignantes médicales et médico-techniques de proximité. Reste à travailler le mode de désignation du chef de service et les missions à partager entre chefs de service et chef de pôle.
- ③ Les médecins présents au directoire seront désignés par le directeur, mais sur avis du président de CME et de la CME.
- ④ Le règlement intérieur de la CME devra être élaboré par la CME, dans le respect du règlement intérieur de l'établissement.
- ⑤ L'avis des chefs de pôle et des chefs de service sera nécessaire pour la nomination des praticiens, en fonction des attributions qui seront fixées aux chefs de service.
- ⑥ Les chefs de pôle seront nommés par le directeur, sur proposition d'un seul nom par le président de la CME.

L'avis d'Avenir Hospitalier :

- C'est un réel rééquilibrage des pouvoirs au sein de l'établissement et cela devrait permettre de limiter les conflits devenus si fréquents entre CME et directions.
- Il était nécessaire de limiter les impacts de la Loi HPST et c'est l'union des 5 intersyndicales qui l'a permis.
- Avenir Hospitalier reste très vigilant à ce que le retour des services ne soit pas un retour au mandarinat, avec au pouvoir des potentats locaux, nommés à vie et jamais évalués sur leur politique de gestion de ressources humaines.
- Pour Avenir Hospitalier, le chef de service doit être nommé après avis de ses pairs, avec un mandat limité, et une évaluation de ses aptitudes à gérer une équipe.

Le passage au Directoire de 2 à 4 médecins n'a pas été retenu car il modifierait trop les équilibres au sein de celui-ci.

Bien que satisfaits de ces avancées, nous pensons que ça ne suffira pas à redonner confiance aux médecins envers leur institution, et nous aurions apprécié que la même union et mobilisation des 5 intersyndicales se fasse autour de l'attractivité des carrières et des conditions de travail. ●

Va-t-il falloir que tous les PH attaquent leur hôpital pour non respect du droit ? Une Class Action ?

Alors que notre droit est quotidiennement bafoué, notamment en ce qui concerne le temps et l'organisation du travail (pas de respect des préconisations de la Directive Européenne sur le temps de travail normalement limité à 48 heures maximum, un frein partout à l'application de l'arrêté du 8 novembre 2013), on assiste à une tendance de plus en plus marquée consistant en une demande d'arbitrage juridique des conflits locaux.

Cala ferait la fortune des avocats, mais, heureusement pour nous, la justice joue son rôle et arbitre en notre sens les conflits juridiques qui se nouent de plus en plus souvent : le Conseil d'État vient une fois de plus d'arbitrer en notre faveur :

(<http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000029621911&fastReqId=1587466980&fastPos=1>).

Les administrations ne peuvent désormais plus se réfugier derrière le flou de la demi-journée pour nous obliger à travailler plus de 48 heures hebdomadaires. Voilà qui renforce l'arrêté du 8 novembre 2013, et va nous permettre localement de faire valoir nos droits.

Mais quelle image donnons-nous de la vie à l'hôpital et du dialogue social, si les seules avancées sont extorquées par le droit ? sans aucune vision globale de l'attractivité des carrières !

Pourquoi un CHSCT est-il devenu vital pour les médecins hospitaliers ?

CA AH

Du changement du travail de médecin hospitalier et du rapport à ce travail.

Historiquement, les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, se sont construits une identité professionnelle au sein de laquelle les valeurs d'engagement, d'héroïsme, de sacrifice et de don de soi, quelles que soient les conséquences sur leur vie personnelle ou familiale, faisaient partie du métier.

Ces valeurs étaient d'autant plus fortes que le métier de médecin était socialement très valorisé et masculin. Les changements d'aspirations sociologiques et générationnelles, la féminisation de nombreuses spécialités, la montée en nombre des médecins hospitaliers, dont les statuts ne leur donnent plus la position « d'élite de la nation », mais plutôt celle d'une « simple » profession, certes prenante, mais pas forcément sacerdotale, font que le rapport au travail des médecins a changé.

En même temps, le travail de médecin hospitalier s'est complètement modifié : l'époque des médecins totalement autonomes, maîtres de leur temps et de leur organisation, sans avoir à en rendre compte à qui que ce soit, a disparu.

Pour de plus en plus de spécialités, notamment celles à forte contrainte de temps (en raison d'une nécessaire couverture H24 ou de fonctionnement au sein de plateaux techniques), on assiste à une forte intensification du travail. Celui-ci est encadré désormais par des pressions à l'activité (justifiées par la T2A) et la nécessité de justifier de l'occupation rentable de chacune de ses minutes passées à l'hôpital.

Nous sommes désormais devenus, pour

nos directions, des producteurs d'actes, source de financement et de retour à l'équilibre d'établissements en grandes difficultés financières.

Or, qui dit augmentation de la productivité, inspirée du taylorisme, dit forcément rupture des équilibres personnels et collectifs (changement des organisations décrétée par une gouvernance bien loin des valeurs d'identité professionnelle que sont l'autonomie et la reconnaissance).

Pour nos directions, nous sommes devenus, des producteurs d'actes, source de financement et de retour à l'équilibre d'établissements en grandes difficultés financières !

Ces modifications organisationnelles et structurelles sont rarement concertées avec ceux qui les vivent, mais avec une « hiérarchie médicale » souvent plus soucieuse de ses intérêts ou de son pouvoir que de l'équilibre ou de la santé de ses collaborateurs. Elles ont des conséquences souvent néfastes, voire catastrophiques à la fois sur la santé physique et psychique de ceux qui les subissent, mais également sur les difficultés de recrutements et les départs de ces structures. En effet, ces structures imposent

des conditions de travail que nul autre salarié n'accepterait et dont les jeunes générations ne veulent pas, cela aussi bien parce qu'ils veulent un équilibre vie privée/vie professionnelle, que parce que ce qu'on leur impose va à l'encontre de leur identité professionnelle.

Les drames récemment médiatisés (suicide au travail, addiction alcoolique) ne sont que la face cachée de l'iceberg : nous, syndicalistes, ne pouvons que constater la montée en dix ans des plaintes, souffrances, contentieux, conflits, sans que jamais il n'y ait eu de lieu d'expression ou de résolution.

Les changements de rythme au bloc opératoire, avec extension des horaires en force sans concertation et sans renforcement des effectifs, en sont un excellent exemple : il ne nous appartient pas de dire si un bloc en 10 ou 12 heures est plus rentable qu'un bloc en 7H30. En revanche, imposer à des médecins, qui déjà travaillent 55 heures hebdomadaires, de travailler sans broncher 3 à 4 heures de plus par jour est une aberration managériale, facilitée par l'image que se font nos directions de notre vision sacerdotale du travail : « vous êtes un cadre supérieur, vous ne devez pas compter votre temps » entend-on régulièrement. Cependant, quand on nous demande de passer de 55 à 70 heures hebdomadaire, n'est-il pas normal de s'interroger sur ces décisions qui ne s'accompagnent pas de renfort d'effectifs et qui ne se justifient que par le besoin de prendre des parts de marché au libéral ?

À l'émergence du besoin de protection locale : médecine du travail, CHSCT

CME et CHSCT

Depuis maintenant quelques années, nous demandons à avoir accès au

CHSCT de notre établissement, avec représentation syndicale : subitement, branle-bas de combat chez les directeurs d'établissement, les présidents de CME, et même au sein de certaines intersyndicales ! On nous reproche de sacrifier le syndicalisme médical pour des valeurs de « syndicalisme de postier », car il est bien entendu que le syndicalisme médical n'entend que des discussions de salon ministériel et pas de défense locale des collègues !

Au-delà, on nous rétorque que c'est à la CME de travailler sur les conditions de travail et la santé des praticiens, *via* une sous-commission *ad hoc*, mais surtout que nous n'avons pas à nous mélanger avec le personnel non médical, ni à envisager de syndicalisme local.

Pour nous, ce n'est pas la fonction de la CME, qui n'a même jamais tenu ce rôle de représentation de l'ensemble de la communauté médicale d'un établissement pour ce qui est des conditions de travail, sinon, celles-ci ne ressembleraient sûrement pas à ce qu'elles sont ! En effet, le représentant médecin au CHSCT, désigné par la CME, n'a jamais eu pour mission d'y parler des conditions de travail de ses collègues. Il serait d'ailleurs intéressant de faire le point sur le taux de participations aux divers CHSCT du territoire de ces médecins désignés par les CME pour assister aux discussions ciblées sur le personnel non médical !

Sans rentrer dans les prérogatives diminuées de la CME, ni à sa mise sous tutelle d'un directeur tout puissant, on peut constater que jamais, sauf en dehors de conflits ou de textes réglementaires imposant de changer, les CME n'ont posé le problème des conditions de travail des PH ou de leur bien-être au travail.

Au contraire, on peut voir comment tout est fait pour ne pas appliquer l'arrêté du 8 novembre 2013, dont l'objectif est bien le respect de la santé des médecins ayant travaillé la nuit.

On pourrait faire la liste de toutes les interprétations mesquines validées par

les CME, ou la liste des modifications organisationnelles validées par un aréopage de chefs de pôles sans jamais se soucier du retentissement sur la santé physique ou psychique des PH.

CME-CHSCT devraient avoir des visions complémentaires de l'organisation du travail, pour assurer qualité et sécurité des soins et santé-sérénité au travail !

Pourtant un CHSCT ouvert aux médecins figure dans plusieurs rapports

C'est d'ailleurs cette carence qui a fait figurer dans la mission de Mme Toupillier, puis dans celle de Mr Couty, la nécessité d'un CHSCT ouvert aux médecins. Rapports non suivis d'effets, car le dialogue et le respect des règles de démocratie au travail font peur... La preuve est là.

De fait, comment s'étonner que les médecins désertent les hôpitaux ?

Un dialogue social amputé

On pourrait pourtant rêver d'un monde idéal où le dialogue social serait respecté, source de prévention des tensions et conflits, chaque acteur étant à sa place : la CME pour les projets médicaux et l'organisation des soins, les conseils de pôle pour l'organisation et les projets locaux, et le CHSCT avec ses représentants locaux pour la prévention des risques psycho-sociaux et la garantie de la santé

au travail ! Pourquoi craindre des affrontements CME-CHSCT, les deux devant avoir des visions complémentaires de l'organisation du travail, pour assurer qualité et sécurité des soins et santé-sérénité au travail ?

À quoi peut servir un CHSCT pour les médecins hospitaliers ?

On peut se demander en quoi l'ouverture du CHSCT aux représentants des médecins pourrait constituer une avancée. Dans le Code du Travail, on peut lire en effet au chapitre de ses attributions :

« Le comité contribue à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs de l'établissement ... et à l'amélioration des conditions de travail, notamment par :

- l'analyse des conditions de travail et des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs. Il procède également à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposées les femmes enceintes et à l'analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité ;
- la vérification, par des inspections et des enquêtes, du respect des prescriptions législatives et réglementaires et de la mise en œuvre des mesures de prévention préconisées ;
- le développement de la prévention par des actions de sensibilisation et d'information. Il peut, par exemple, proposer des actions de prévention en matière de harcèlement sexuel ou moral ;
- l'analyse des circonstances et des causes des accidents du travail ou des maladies professionnelles ou à caractère professionnel. »

« Le CHSCT est notamment consulté avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, par exemple : avant toute transforma-

tion importante des postes de travail ou de l'organisation du travail... ».

Toutes choses dont nous sommes de fait exclus à l'hôpital, puisque nous y sommes représentés par des collègues élus à la CME pour des fonctions autres que la santé et les conditions de travail, et qui ne sont pas mandatés, ni d'ailleurs compétents pour ces missions....

Pourtant, les médecins hospitaliers dépendent de la quatrième partie du Code du Travail « santé et sécurité au travail » <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000018532924&cidTexte=LEGITEXT000006072050>, et on ne peut nous en exclure, sauf à s'opposer à la Loi.

Cependant, toutes nos injonctions à y participer se heurtent à un front commun des conférences des présidents de CME et des directeurs généraux, associés aux intersyndicales CMH, SNAM-HP et INPH, qui craignent sans doute la confrontation aux problèmes de représentativité locale (il n'est pas envisageable que des syndicats s'opposent à une prise en charge de la santé au travail...). Le ministère actuel, figé dans sa recherche du consensus à tout prix, refuse d'avancer : combien de drames médiatisés comme Châteauroux ou Orthez, combien de

constats de souffrance au travail, burn out ou conflits lourds de sens faudra-t-il pour que cela avance ?

En conclusion : le cadre réglementaire pour assurer aux médecins hospitaliers, à l'instar de tout autre salarié, prévention de risques psychosociaux, santé physique et psychique, détection

des problèmes de santé, consultation d'instances en cas de modification organisationnelle afin de vérifier l'absence de risque sur la santé existe. Cependant, nous en sommes exclus, notamment par l'obstruction d'une alliance CME-directeurs craignant d'ouvrir un nouveau front social. En effet, ils savent bien que les praticiens travaillent très souvent en dehors des clous réglementaires : temps de travail quotidien et hebdomadaire, pénibilités diverses, et que, chaque fois que ces instances seront consultées, il faudra faire respecter le droit du travail. Mais, face aux problèmes d'attractivité, face aux déserts médicaux hospitaliers, face aux drames plus ou moins connus ou médiatisés, n'est-ce pas là un beau challenge ? Assurer aux médecins hospitaliers des règles de santé et de sécurité



au travail, prévenir la pénibilité, écouter les acteurs ? Ne serait-ce pas là la première étape d'une vraie gestion des ressources humaines médicales ?

En attendant, nous appelons les collègues à faire valoir leurs droits : modification de votre organisation de travail, vous craignez pour votre santé : allez voir vos représentants syndicaux locaux ou régionaux qui forceront la barrière du CHSCT. Nous saurons nous appuyer sur les représentants syndicaux du personnel non médical pour faire valoir nos droits. Allez voir les médecins du travail. Ils doivent être alertés plus souvent pour tout ce qui concerne notre santé mais également pour l'impact des organisations délétères sur nos vies ; chaque fois qu'ils sont confrontés à nos conditions de travail ils sont effarés ! ●

Le rapport qui pique du SNPHAR-E : un rapport qui dérange !

Suite au mouvement de grève du 14 Octobre, auquel Avenir Hospitalier a appelé et qui a été très bien suivi, le SNPHAR-E, syndicat constitutif de AH, a récolté en 24 heures sur son site tant de témoignages de médecins hospitaliers écœurés de voir ce qu'est devenu l'hôpital et leurs conditions de travail, qu'il a décidé d'en constituer la trame d'un rapport sur l'hôpital ce qu'il est devenu et ce qu'il pourrait être.

Nous conseillons à chacun de le lire et de le diffuser : contenu aéré mais percutant, avec, en plus de l'analyse du verbatim des médecins hospitaliers, des avis de personnalités qui ont tous un éclairage différent mais dont globalement on

peut dire que tout converge : il est temps que ça change. <http://www.snphare.com/data/upload/files/leRapportQuiPique.pdf>

Remis officiellement en main propre à la Ministre, envoyé à tous les parlementaires, directeurs d'ARS et d'hôpitaux et autres VIP ainsi qu'à tous les PH par newsletter : ce rapport qui n'était pas une commande fera date en raison de sa qualité. Espérons surtout qu'il sera utile à faire comprendre à nos interlocuteurs la nécessité du changement de paradigme à l'hôpital : un service public qui reviendrait à des valeurs humaines et plus à la rentabilité et où ses acteurs se sentent bien toute leur carrière !

Pourquoi la grève du 14 octobre et les raisons de son succès

CONSEIL D'ADMINISTRATION D' AH

Nous avons fait grève le 14 octobre, grève décidée par l'ensemble des syndicats constitutifs d'Avenir Hospitalier, la seule intersyndicale à avoir maintenu son préavis malgré les avancées sur la gouvernance qui devraient figurer dans la Loi de santé.

Cette grève, organisée en 3 jours dans une ambiance hautement défavorable, en raison du retrait du préavis par les autres intersyndicales et de la désinformation autour du maintien ou pas de notre préavis, a été un franc succès. Nous estimons le chiffre de grévistes déclaré à 34%, ce qui est important. Cette forte mobilisation augure le début d'un mouvement de fond pour la suite, car, si les pouvoirs publics ont été surpris de notre mobilisation, ils concèdent qu'il faut faire quelque chose en urgence sur l'attractivité des carrières, et les conditions de travail à l'hôpital.

Selon nous, la réussite de ce mouvement est liée à l'exaspération des collègues, à qui on demande sans cesse d'augmenter leur activité, de « prendre des parts de marché » aux cliniques, alors que les effectifs ne font que s'ef-

fondrer, à la fois pour des problèmes démographiques globaux et en raison de la profonde désaffection envers le travail hospitalier tel qu'il est devenu. Le travail s'intensifie, alors que nous ne pouvions imaginer travailler plus. Notre statut n'est pas assez protecteur, notamment pour ce qui concerne le temps de travail, la pénibilité et l'absence de lieu pour surveiller notre santé au travail.

De ce fait, les médecins hospitaliers décrivent une sensation de mépris permanent de la part de l'institution, le terme institution déclinant aussi bien l'administration que la hiérarchie médicale, jugée souvent comme ne faisant plus partie du corps médical mais du corps administratif.

Le constat

L'arrivée de la T2A et son extension à 100 % : une augmentation nette d'activité dans les hôpitaux.

Quelques chiffres, parmi beaucoup, vont tous dans le sens d'une augmentation de l'activité dans les hôpitaux :

- l'activité des urgences et de consultations

externes des hôpitaux publics progresse chaque année de 5 %. Alors qu'en 2001, 11 millions de Français se rendaient aux urgences, ils étaient plus de 18 millions en 2012, + 38% en 10 ans ;

- le nombre de séjours a augmenté de +13% de 2002 à 2009 (Tableau 1).

En parallèle, les effectifs de médecins hospitaliers ne suivent pas l'augmentation d'activité (Chiffres du CNG 2011)

Le taux de vacance statutaire global est de 23 % pour les temps pleins et 37,9 % pour les temps partiels. On remarquera que ne figurent que les postes vacants déclarés au CNG. Cependant, il existe de grosses disparités selon :

- les régions : 17 régions ont un taux de vacance statutaire supérieur à la moyenne nationale. Basse Normandie (34 %), Picardie (31,4 %), Champagne-Ardennes (30,9 %), Franche Comté (27,6 %), Martinique (32,8 %), Guyane 44,6 %.
- les spécialités : oncologie 39 %, radiologie 37 %, médecine du travail 31 %, gériatrie 26 %, anesthésie-réanimation 24,4 %.
- le profil des PH qui montre un âge assez

Médecine	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	PSPH	89	96	97	100	102	101	104
Privé	100	101	100	100	99	98	97	98
Public	98	99	100	100	102	102	104	105
Chirurgie	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	PSPH	95	99	97	100	98	97	98
Privé	104	105	100	100	97	95	91	88
Public	99	99	100	100	101	101	101	104
Obstétrique	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	PSPH	90	94	95	100	108	103	106
Privé	103	103	101	100	101	96	94	93
Public	95	97	98	100	103	104	106	106

Tableau 1 - Évolution du nombre de séjours d'hospitalisation complète entre 2002 et 2009, indice 100 en 2005 date d'introduction de la T2A à 100%. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes186.pdf>

élevé : 48 ans toutes spécialités confondues. L'âge moyen de départ à la retraite est de 64 ans.

- 26 % des départs de l'hôpital sont liés à des démissions du statut de PH!

Un recours de plus en plus important à l'intérim médical : quelques extraits parlants du rapport Véran

« Trois spécialités, caractérisées par une forte pénibilité, des tensions démographiques et/ou un fort différentiel de rémunération public/privé, cumulent 70 % des difficultés (anesthésie, radiologie, médecine d'urgence). »

« En anesthésie, il n'y a qu'un candidat aux fonctions de praticien hospitalier pour 2 postes vacants »

« Le coût total pour l'hôpital de l'intérim avoisine les 500 millions d'euros par an. »

« Les candidats à ce mode d'exercice, qui a ses contraintes mais qui peut s'avérer très lucratif (15 000 euros par mois et plus pour un « temps plein »), ne manquent pas. On estime à 6 000 le nombre de médecins exerçant régulièrement des missions temporaires à l'hôpital public, surtout en début (avant installation) et en fin de carrière. »

Un diagnostic et des propositions posés par de nombreux rapports, sans que jamais les négociations n'aient pu démarrer.

Cette situation est connue. En effet, depuis 3 ans, les missions et rapports s'enchaînent et convergent tous vers les mêmes diagnostics et solutions : la mission Toupillier/ Yahel en 2011, la mission Véran en 2013, la mission Couty en 2013 et même le rapport de la FHF sur l'attractivité des carrières en 2014.

Comment expliquer que, malgré les annonces faites autour de ces rapports complémentaires, rien n'ait bougé ?

D'où notre méfiance envers la décision d'une mission parlementaire, non pas envers son cadre ou son intérêt, mais plutôt parce que



Aucun suivi de la santé au travail, pas d'application du Code du Travail sur les règles et le suivi de santé et sécurité au travail, ni sur l'organisation du travail (médecine du travail et CHSCT). ●

nous pensons que les rapports convergent suffisamment pour démarrer de suite des négociations et ne pas jouer la montre 6 mois de plus !

UN STATUT DE MÉDECIN HOSPITALIER ASSEZ PEU PROTECTEUR, NOTAMMENT SUR LE TEMPS DE TRAVAIL, ET, DE PLUS, NON RESPECTÉ.

- L'encadrement théorique du temps de travail à 48 heures hebdomadaires maximum n'est pas respecté.
- Le travail de nuit n'est ni valorisé, ni reconnu à la hauteur de sa pénibilité.
- Le temps de repos après astreinte déplacée n'est pas respecté un an après la sortie du texte réglementaire.
- Nos demi-journées de travail, seule mesure, pour la plupart d'entre nous, de notre temps de travail, sont à rallonge et le temps réel jamais mesuré.
- Les temps partiels travaillent souvent plus de 40 heures par semaine avec un salaire réduit.
- Les salaires, notamment en début de carrière, ne sont absolument pas en rapport avec le nombre d'heures ni les responsabilités. En tout début de carrière, ils sont même plus bas que pendant le clinicat ou le temps de PHC.
- La charge de permanence de nuit est de plus en plus lourde (baisse des effectifs) sur une population de médecins de plus en plus âgée (cf tableau des âges des anesthésistes-réanimateurs en 1990 vs 2010).
- La bureaucratie managériale a pris un total pouvoir sur notre exercice, empêchant toute initiative, bloquant toute autonomie au travail (dont nous savons pourtant que c'est la source de notre épanouissement au travail) : nous sommes de plus en plus nombreux à ressentir un mépris institutionnel permanent, aucune reconnaissance des investissements de chacun, aucun projet de carrière : seule compte désormais l'activité...

Quelles fins de carrière pour un praticien hospitalier temps plein ? Point de vue statutaire et ouvertures possibles.

JEAN GARRIC ET NICOLE SMOLSKI

Les problèmes démographiques actuels et à venir (30 % des médecins hospitaliers vont partir à la retraite entre 2015 et 2020), font que les fins de carrière deviennent un enjeu pour les pouvoirs publics qui voient là un moyen de faire face à la pénurie annoncée et un enjeu pour les médecins dont certains souhaitent et peuvent continuer à travailler, alors que d'autres épuisés par la pénibilité et les conditions de travail aspirent soit à partir vite, soit à travailler sur des horaires aménagés.

Le challenge qui attend tout PH en fin de carrière, notamment ceux qui souffrent de la pénibilité du travail, c'est lever le pied sans trop y perdre, notamment en durée d'assurance nécessaire pour partir sans décote, sans oublier que c'est justement pendant ses dernières années d'exercice qu'il cotise le plus pour sa retraite.

Bien vieillir au travail ?

Avant de faire le tour des différentes possibilités et/ou revendications, il est nécessaire de rappeler la nécessité d'avancer sur la modularité de la carrière des PH : un des nœuds de l'attractivité des carrières n'est-il pas d'envisager des rythmes de travail et des centres d'intérêt différents selon les périodes de la carrière ? Bien vieillir au travail, n'est-ce pas pouvoir être moins exposé au travail de nuit et pouvoir se détacher vers des tâches cliniques ou non cliniques qui pour être moins fatigantes n'en sont pas moins très utiles à une structure hospitalière ? **Ce qui pose le problème des valences à contractualiser, valences cliniques et non cliniques qui pour-**

raient permettre la réalisation de projets personnels et l'épanouissement au travail tout le long de la carrière.

Le problème de la pénibilité et de sa compensation en fin de carrière est pour l'instant en suspens (comme tous les dossiers en cours traités avec le ministère, ce qui explique notre courroux actuel).

L'avis d'Avenir Hospitalier :

Dans le cadre de la réforme des retraites, Avenir Hospitalier est porteur de l'exigence que les avancées destinées aux salariés du libéral soient appliquées aux médecins hospitaliers soumis aux pénibilités reconnues par le Code du Travail : pour une exposition minimale de 20 ans, les points acquis permettraient l'acquisition de 8 trimestres de retraite, ou de 8 trimestres de réduction de temps de travail à mi-temps payé temps plein. **Le combat n'est pas fini, mais chacun peut compter sur notre mobilisation et notre investissement fort sur ce dossier.**

Quand se situe la fin de carrière d'un PH ?

Il faut différencier la limite d'âge et l'âge possible de départ à la retraite. (cf tableau ci-dessous).

Si le Code de la Santé Publique (CSP) fixe la limite d'âge à 65 ans, la loi portant réforme des retraites l'a augmentée progressivement selon les années de naissance. À ces âges, l'intéressé bénéficie d'une retraite à taux plein quelle que soit sa durée d'assurance (nombre de trimestres de cotisation au régime général d'assurance vieillesse).

Toutefois, certains PH conservent, sous certaines conditions, le bénéfice du départ à taux plein à 65 ans : ceux ayant interrompu leur activité professionnelle en raison de leur qualité d'aidant familial, les parents nés entre le 01/07/1951 et le 31/12/1955 d'au moins trois enfants, les parents d'enfants handicapés et ceux qui ont apporté une aide effective à leur enfant bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap.

Âge légal de départ à la retraite				Limite d'âge
Date de naissance	Âge minimum de départ à la retraite	Date possible de départ à la retraite	Durée d'assurance pour une retraite à taux plein	
En 1950	60 ans	01/01/2010	162 trimestres	
Avt le 01/07/1051	60 ans	01/01/2011	163 trimestres	65 ans
01/07/1951-31/12/1951	60 ans et 4 mois	01/11/2011	163 trimestres	65 ans + 4 mois
En 1952	60 ans et 9 mois	01/10/2012	164 trimestres	65 ans + 9 mois
En 1953	61 ans et 2 mois	01/03/2014	165 trimestres	66 ans + 2 mois
En 1954	61 ans et 7 mois	01/08/2015	165 trimestres	66 ans + 7 mois
En 1955	62 ans	01/01/2017	166 trimestres	67 ans
En 1956	62 ans	01/01/2018	166 trimestres	67 ans
En 1957	62 ans	01/01/2019	166 trimestres	67 ans
De 1958 à 1960	62 ans	01/01/2020	167 trimestres	67 ans
De 1961 à 1963	62 ans		168 trimestres	67 ans
De 1964 à 1966	62 ans		169 trimestres	67 ans
De 1967 à 1969	62 ans		170 trimestres	67 ans
De 1970 à 1972	62 ans		171 trimestres	67 ans
À partir de 1973	62 ans		172 trimestres	67 ans

Mais, il ne faut pas confondre cette limite d'âge avec l'âge légal de départ en retraite. Un départ à la retraite avant cette limite d'âge est possible si la durée d'assurance en trimestres est atteinte. Dans le cas contraire, une décote est appliquée sur la retraite Sécurité Sociale et sur celle de l'IRCANTEC. Du fait de la longueur des études de médecine, les PH peinent à atteindre la durée d'assurance nécessaire pour une retraite à taux plein d'autant que les récentes réformes des régimes de retraite ont augmenté le nombre de trimestres nécessaires. De plus, c'est sur les échelons élevés que le PH cotise le plus pour l'IRCANTEC : plus tôt et plus longtemps il y sera et plus il accumulera de points IRCANTEC.

Le PH peut être tenté, voire obligé, de prolonger son activité au-delà de l'âge légal de départ à la retraite, voire de la limite d'âge. Des dérogations possibles à la limite d'âge existent et sont de deux types :

- Deux dérogations pour enfants, non cumulables, mais de droit, c'est dire que l'on ne peut pas lui refuser à condition que l'intéressé en fasse la demande au directeur général du CNG.
- Si le PH a encore un ou plusieurs enfants à charge (au sens des dispositions définies pour l'attribution des prestations familiales) lorsqu'il atteint la limite d'âge, il peut poursuivre son activité à raison d'un an supplémentaire par enfant dans la limite de trois ans. Aucun certificat médical d'aptitude n'est nécessaire.
- Ou si à la date de son 50^{ème} anniversaire, le PH était parent d'au moins 3 enfants vivants avec un lien de filiation directe (enfants légitimes ou naturels reconnus ou adoptifs), il peut poursuivre son activité professionnelle une année supplémentaire sous réserve d'un certificat médical d'aptitude.

(Attention les praticiens détachés ne peuvent bénéficier de ces dispositions car ils deviennent soumis aux dispositions inhérentes aux fonctions qu'ils exercent lors du détachement).

- La prolongation d'activité selon les

dispositions du décret n°2005-207 pris en application de l'article 135 de la loi n°2004-806 :

- Le PH, qui doit être en position d'activité au moment de sa demande à bénéficier des dispositions suivantes, peut être autorisé à prolonger son activité sur le même poste au-delà de sa limite d'âge par le directeur général du CNG sous réserve de la fourniture d'un certificat d'aptitude et des avis motivés du chef de pôle ou du responsable de la structure, du président de la CME, pour une période 6 mois à un an renouvelable par tacite reconduction sous réserve de la fourniture d'un nouveau certificat d'aptitude, sans dépasser au total 36 mois.
- Dans cette position, le PH continue à occuper son poste et reste soumis aux dispositions de son statut sauf en ce qui concerne ses droits à avancement et ses demandes de mutation. Entre autres, il continue à cotiser, au même niveau selon son échelon, pour sa retraite. Il peut demander à bénéficier d'une activité réduite.
- À l'issue de leur dérogation de droit pour enfants, les PH concernés peuvent aussi demander à bénéficier d'une telle prolongation d'activité, mais pas au delà de 70 ans selon l'article L.1237-5 du code du travail (CT).
- La retraite versée sera à taux plein avec surcote, et sera proportionnelle au nombre de points acquis pour ce qui concerne la partie IRCANTEC.

Est-il possible de baisser le rythme du travail en fin de carrière ?

Ces possibilités de départ retardé ne peuvent concerner tous les PH, et ce n'est pas LA solution au creux démographique actuel. En effet, certaines spécialités soumises à une pénibilité certaine et à de grosses difficultés démographiques se demandent déjà s'ils pourront assurer le même rythme de travail jusqu'à leur fin de carrière, et n'envisagent en aucune manière de prolonger!

Ce qui pose la question de conditions de travail plus acceptables, mais aussi de la baisse du rythme de travail au delà d'un certain seuil de fatigue.

Des dispositions statutaires existent déjà. Malheureusement, pour la plupart d'entre elles, elles ont pour corollaire une diminution de la quotité de temps travaillé, une diminution des rémunérations, et une baisse de la retraite servie car les cotisations à l'IRCANTEC vont baisser surtout pour la tranche B, qui nous permet d'acheter le plus grand nombre de points, surtout en fin de carrière. Ainsi, lever le pied et changer de rythme risque de minorer fortement la future retraite, même si la durée d'assurance maintenue permet d'éviter la décote. Par ailleurs, ces dispositifs sont pour la plupart soumis aux avis du responsable de pôle, du président de la CME et du directeur de l'établissement et sous réserve des nécessités de service et de l'état des effectifs.

L'avis d'Avenir Hospitalier :

Ce dispositif intéresse un certain nombre de collègues, de toutes spécialités, et semble-t-il chaque année depuis 2005 de plus en plus de collègues (p ex, en 2013, 20 % des anesthésistes, des biologistes, des médecins, 26 % des radiologues, 29 % des psychiatres, 35 % des chirurgiens, ont obtenu une prolongation d'activité. Chiffres CNG). Mais le problème essentiel réside dans l'arbitraire de la décision du directeur, qui bien souvent refuse la prolongation d'activité pour des raisons pas toujours claires, mais bien souvent parce qu'il préfère payer un jeune médecin précaire et bon marché qu'un PH au 13^{ème} échelon. Le CNG peut arbitrer en cas de conflit, mais bien souvent le médecin renonce devant l'opposition locale et prend sa retraite sans en référer au CNG. **Avenir Hospitalier demande donc expressément que ce dispositif soit revu, et que seul le certificat d'aptitude soit exigé et transmis au CNG sans l'avis du directeur.**



Les dispositifs réglementaires qui peuvent être envisagés sont cités ci-dessous.

- **L'utilisation du compte épargne-temps (CET) pour un temps partiel :** l'article R.6152-813 du CSP précise : « *Lorsqu'un praticien, quelle que soit sa position au regard du statut qui lui est applicable, cesse définitivement d'exercer son activité, les jours accumulés sur son compte épargne-temps doivent être soldés avant la date de cette cessation. En pareil cas, la direction de l'établissement ne peut s'opposer à sa demande de congés.* » Au maximum 208 jours peuvent être stockés sur le CET ; c'est un droit de les utiliser avant sa cessation de fonction, sinon ils sont perdus. Seule l'utilisation unique en totalité ou étalée ou fractionnée est à négocier avec le responsable de pôle et le directeur de l'établissement. La rémunération reste ici identique, ainsi que les primes. Le PH au cours de des congés pris au titre du CET est toujours considéré en position d'activité et soumis à son statut ; à ce titre il lui est absolument interdit d'exercer toute autre activité rémunérée.
- **La dispensation de la participation à la permanence des soins :** l'article 10-C de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié relatif à la permanence des soins permet à un praticien à partir de 60 ans d'être dispensé de sa participation à la permanence des soins, mais sur sa demande, après avis du responsable de structure et avis de la COPS et

sous réserve des nécessités de service. Il peut également l'être, quel que soit son âge, après avis du médecin du travail si son état le nécessite. La perte de rémunération ne concerne ici que la perte de rémunération inhérente aux gardes et astreintes.

- **L'activité hebdomadaire réduite :** selon l'article R.6152-46 du CSP, le PH, à tout âge et après validation de son année probatoire, peut demander à exercer une activité hebdomadaire réduite, entre 5 à 9 ½ journées hebdomadaires. L'autorisation est accordée par le directeur de l'établissement après avis du chef de pôle et du président de la CME pour une période de 6 mois à 1 an renouvelable, et sous réserve des nécessités de service. Les droits à avancement et à formation demeurent inchangés. La rémunération, les cotisations à l'IRCANTEC, les droits à congés sont réduits au prorata de la quotité de travail réalisée. L'activité libérale au sein de l'établissement devient impossible, ainsi que toute autre activité privée lucrative.
- **La cessation progressive d'exercice :** selon l'article R.6152-94 du CSP, les PH, temps plein et en position d'activité, peuvent bénéficier d'un régime de cessation progressive d'exercice (CPE). Pour cela, ils doivent être âgés au moins de 57 ans, justifier de 25 ans de service public et de 33 ans (132 trimestres) de cotisations à un ou plusieurs régimes de base obligatoires d'assurance vieillesse. C'est le directeur de l'établissement qui admet l'intéressé à bénéficier d'une CPE, sous réserve des nécessités de service et de la situation des effectifs. En contrepartie, le PH s'engage à rester dans cette position au moins jusqu'à l'âge légal de départ en retraite et au plus tard jusqu'à la limite d'âge ; lorsque la CPE cesse, l'intéressé est automatiquement mis à la retraite. La quotité de travail hebdomadaire est diminuée, la rémunération, incluant les

primes, est supérieure au prorata du temps travaillé, mais pas les cotisations au régime de retraite qui restent au prorata du temps travaillé. Là aussi, pas d'activité libérale. Deux modalités existent :

%/exercice plein temps	%/rémunération « plein temps »	%/cotisation « plein temps »
Dégressive 80% pendant 2 ans, puis 60%	6/7e (≈ 87,5%) 70%	80% 60%
Fixe 50%	60%	50%

C'est la seule disposition qui permet de partir avant l'âge légal de la retraite sans décote et avec la nécessité de seulement 132 trimestres de cotisations.

- **La retraite progressive :** L'article L.351-15 du code de la sécurité sociale (CSS) permet à tout salarié, dont les PH, ayant au moins atteint l'âge légal de départ en retraite diminué de 2 ans sans être inférieur à 60 ans et totalisant 150 trimestres (37 ans et 2 mois) de cotisation de faire liquider une fraction de sa retraite de base et de sa retraite complémentaire tout en continuant à exercer une activité salariée à temps partiel. Le PH touche ainsi une rémunération au prorata de son temps d'activité, complétée par une fraction de sa pension de retraite calculée à taux plein (article R.351-41 du CSS) selon les dispositions suivantes :
 - 30 % de sa pension lorsque la durée de travail à temps partiel est au plus égale à 80 % et au moins égale à 60 % de la durée de travail à temps complet ;
 - 50 % de sa pension lorsque la durée de travail à temps partiel est inférieure à 60 % et au moins égale à 40 % de la durée de travail à temps complet ;
 - 70 % de sa pension lorsque la durée de travail à temps partiel est inférieure à 40 % de la durée de travail à temps complet ;

rieure à 40 % de la durée de travail à temps complet.

Le versement de cette fraction est suspendu si le PH reprend une activité à temps complet ou s'il exerce simultanément une autre activité à temps partiel (article L.351-16 du CSS). Il continue à cotiser sur sa rémunération sans tenir compte de la pension vieillesse et lors de son départ en retraite, cette pension sera recalculée. Cela suppose que le PH fasse initialement sa demande d'activité à temps réduit selon l'article R.6152-46 du CSP, puis celle de retraite progressive qui sera accordée par le directeur de l'établissement.

L'avis d'Avenir Hospitalier :

D'un point de vue réglementaire, les dispositions les plus intéressantes (outre l'activité réduite) pour limiter, minimiser toute décote ou baisse de la pension de retraite, reposent sur la prolongation d'activité allée à l'utilisation du CET, à la dispensation de la participation à la permanence des soins.

Pour les hôpitaux, ce n'est pas intéressant car le poste de PH reste occupé par un PH au dernier échelon, et à temps réduit, alors qu'un jeune coûterait moins cher et serait à temps plein. Les hôpitaux préféreront sûrement proposer un cumul emploi retraite et libérer le poste, sauf que avec le manque d'attractivité de la carrière de PH actuellement, le poste risque de rester vacant ... !

Le cumul emploi retraite.

Le PH peut bénéficier d'un cumul emploi-retraite pendant quelques années. En effet, depuis le 1er janvier 2009, un affilié peut cumuler entièrement sa retraite avec des revenus d'activité, dès lors qu'il remplit les trois conditions suivantes : la liquidation de la totalité des retraites personnelles de base et complémentaires, la

rupture du contrat lié à l'activité relevant de l'IRCANTEC (un nouveau contrat d'activité doit être établi), et le respect des conditions d'âge et de durée d'assurance. Se pose la question du cadre pouvant être proposé pour l'activité : actuellement sont proposés selon les établissements des postes de praticien attaché (échelon 1), mais avec limitation d'âge à 67 ans ; de praticien hospitalier contractuel, avec échelon de 1 à 4 + 10%, voire des contrats moins réglementaires. La participation à la permanence des soins fait partie de la négociation.

L'autre question, qui reste en suspens, est celle de la limite d'âge. Les aspects juridiques sont complexes, mais à l'heure d'aujourd'hui il semble que ce cumul ne soit pas possible après 67 ans, ce qui en limite fortement la portée pour les générations nées après 1955 !

L'avis d'Avenir Hospitalier :

La difficulté réside également dans le type de contrat proposé aux médecins : les contrats de praticien contractuel ou de praticien attaché pour nous ne sont pas acceptables en terme de grille salariale pour des médecins expérimentés, et pour un dispositif aménagé soi disant incitatif pour garantir la continuité des soins dans un contexte de tension démographique dans certaines spécialités.

Comment accepter le passage d'un 13^e échelon à un contrat de praticien attaché au 1^{er} échelon ? Si ce dispositif est la solution locale ou nationale aux problèmes de démographie, il va bien falloir accepter de payer les médecins à leur juste coût, même s'ils touchent en parallèle leur retraite !

En conclusion

Les fins de carrière des PH doivent être revues et améliorées tant d'un point de vue de protection et d'amélioration de la

retraite que d'un point de vue des conditions de travail. Les pistes à explorer doivent reposer entre autres sur :

- Un raccourcissement de l'évolution de la carrière, grâce à une progression rapide permettant d'atteindre un niveau supérieur plus rapide.
- Des négociations sur une cessation progressive d'activité plus attractive.
- La facilitation de la prolongation d'activité, sur postes mis en surnombre, et sans que ça soit soumis à l'appréciation du DG.
- La compensation de la pénibilité soit par le biais d'un avancement accéléré, et/ou par le biais d'un compte de pénibilité dont le but sera de raccourcir la durée d'assurance ou du moins de la faire atteindre plus rapidement.
- La normalisation des dispositifs de cumul emploi-retraite avec la prise en compte de l'ancienneté acquise avant la mise en retraite et des services rendus dans la rémunération, et la suppression de l'âge limite.

Temps de travail des praticiens hospitaliers

AVIS CONJOINT D'AVENIR HOSPITALIER ET DE LA CPH

Quelques principes fondamentaux

- Respect du principe nécessaire d'équité au sein du statut, quel que soit le mode de décompte du temps de travail.
- Respect du principe d'autonomie maximale, pour le respect des valeurs de la profession, mais équilibré à trouver pour s'adapter aux rythmes des équipes.
- Principe de transparence grâce aux tableaux de service.
- Principe de respect de la continuité du service public.

Quelques remarques importantes

Le décompte en temps médical continu s'applique aux « activités assurées indifféremment le jour et la nuit » (arrêté 30 avril 2003). Cette définition s'applique réglementairement aux activités de médecine d'urgence, anesthésie réanimation, obstétrique avec plus de 2 000 accouchements par an.

Le temps médical continu est un mode de décompte du temps de travail en heures, qui n'a rien à voir avec le champ du « travail posté », dont la définition est autre (« forme d'organisation du travail où les équipes se relaient au même poste les unes après les autres ») et n'est pas décliné dans la réglementation statutaire. Toutes les activités organisées en permanence des soins ambulatoires (PDS) rentrent dans la définition du travail posté, puisque aucun médecin ne quittera son poste s'il n'est pas relevé par son collègue de la nuit (garde ou astreinte). Mais pour

autant, toutes ne rentrent pas dans les critères de temps médical continu.

L'instruction sur le temps de travail de janvier 2015 introduit une autre notion du travail posté, qui correspond plus à du travail consacré au cœur de métier, ou activités incontournables ou incompréhensibles pour le fonctionnement de l'hôpital, sans forcément la notion de relais au même poste (par exemple, une activité de consultation peut être du travail posté au sens de l'instruction, alors qu'elle ne justifie pas d'attendre une quelconque relève pour s'interrompre).

Toute activité médicale ou pharmaceutique comprend une part « cœur de métier » incompressible (le terme activité clinique est restrictif puisque ne s'adresse qu'aux cliniciens), et une part moins strictement cœur de métier, plus loin du soin, dédiée à des activités transversales ou organisationnelles ou autres (enseignement recherche etc). Ces activités doivent être respectées car constituent une plus value en termes d'attractivité des carrières. Ces activités sont toutes du travail et doivent être incluses dans les obligations de service.

Toutefois, il ne doit pas y avoir de hiérarchie de valeur entre les activités dites « postées » et les autres : selon les temps dans la carrière, selon les profils de poste, la répartition temps « posté » et temps « non posté », cœur de métier ou plus éloigné du cœur de métier, peut varier, sans que le PH en soit pénalisé. Donc attention : permettre, reconnaître et faciliter le temps non clinique au sein des obligations de service ne doit pas pénaliser les activités des médecins qui ne veulent ou ne peuvent effectuer que du travail clinique, « cœur de métier » ou posté.

Le temps de travail est borné à 48 heures hebdomadaires maximum moyennées sur 4 mois, que les PH soient en temps continu ou en décompte horaire (DETT, Conseil d'Etat, arrêté 8 novembre 2013). Au-delà des 48 heures ou des 10 demi-journées (DJ), le temps de travail est du temps additionnel, soumis à volontariat. À partir de 39 heures, les obligations de service sont respectées.

Le temps médical continu est un mode de décompte du temps de travail en heures, qui n'a rien à voir avec le champ du « travail posté », dont la définition est autre.

Propositions d'Avenir Hospitalier et de la CPH

Principe du décompte horaire accepté pour les équipes qui en font la demande.

L'organisation en demi-journées permet de la souplesse organisationnelle en fonction de l'activité, mais n'est pas toujours adaptée, notamment en cas de travail en plateaux techniques avec longues durées de présence. Chaque équipe est donc juge de ce qui est le mieux pour respecter la santé au travail et l'activité.

Le dimensionnement des équipes et le

tableau de service prévisionnel seront réalisés en fonction de cette organisation, et le tableau de service réalisé sera établi sur un mode déclaratif quotidien ou hebdomadaire. Cette organisation doit être validée par le chef de service, le chef de pôle, faire l'objet d'un avis de la CME et la décision finale doit être prise par le directeur. Elle s'impose à tous les praticiens de l'équipe.

Afin de permettre cette extension du décompte horaire, la définition juridique des activités en temps continu doit être élargie aux autres spécialités, sous réserve d'une validation par les instances de l'établissement, ce qui suppose une réécriture de l'arrêté relatif à la permanence des soins.

Décompte en demi journées pour les autres

Cela n'est envisageable qu'avec un décompte horaire auto-déclaratif au sein des demi journées, afin de vérifier que la barre des 48 heures n'est pas franchie. Le tableau de service prévisionnel sera réalisé en DJ, mais le tableau de service réalisé fera cohabiter le décompte en DJ et le décompte horaire en auto-déclaratif.

Mesures d'équité au sein du statut entre les PH en temps continu et les PH en demi journées :

● Identification d'une 5^{ème} plage de fin de jour ou de début de nuit.

Cela est fondamental car les PH en temps continu effectuent la moitié de leurs obligations de service quand ils font une garde de 24 heures, alors que ceux en DJ ne valident que 4 DJ sur 10. Un PH en temps continu valide ses obligations de service en deux fois 24 heures, alors que les autres ne valident que 8 DJ sur les 10 hebdomadaires. (20 % d'écart).

Cette 5^{ème} plage permettrait également de donner de la souplesse aux organisations des plateaux techniques avec longue durée d'ouverture, qui pour l'ins-

tant pénalisent les PH en décompte à la DJ (2 DJ pour 12 heures de travail !). Elle permettrait également d'afficher une politique de prévention de la pénibilité du travail de nuit, qui serait valorisée en temps, notamment pour les PH qui font des gardes toutes leurs carrières (proposition de 5 plages au-delà de 30 PDS annuelles).

Cette organisation doit se mettre en place concomitam-

ment avec celle des groupements hospitaliers de territoire (GHT), prévus dans la Loi de santé, et déboucher sur des restructurations issues d'un projet médical de territoire validé par une CME commune au GHT.

Toutefois, si cette réorganisation tarde à se mettre en place, il ne faut pas soumettre le principe de ces 5 plages à une réorganisation territoriale dont nous ne sommes pas maîtres (influence des politiques et des directions allant dans un sens contraire aux avis des professionnels) ou qui ont déjà eu lieu ou encore qui ne sont pas possibles : ce dispositif pour les astreintes a été un échec et les 2 types d'astreintes n'ont pas été fusionnées en raison de restructurations insuffisantes.

● Identification de 2 DJ hebdomadaires pouvant être consacrées au travail non posté.

Sur le principe de l'instruction faisant apparaître au delà des 39 heures jusqu'à 48 heures (20 % du temps) du temps « posté » non clinique ou non « cœur de métier », et par soucis d'équité, il faut par équité permettre de dédier deux DJ sur les 10 au temps non clinique ou non



« cœur de métier » pour les praticiens en décompte à la DJ, sous réserve des nécessités de service. Cette disposition a pour objet de rendre aux praticiens une part d'autonomie personnelle dans l'organisation de leur travail.

● Pas de hiérarchie de valeur entre le temps « posté » et le temps non posté.

Par mesure d'équité, les 20 % du temps pouvant être consacrés (via une possible contractualisation) aux activités non postées, non cliniques ou non « cœur de métier » doivent figurer sur le tableau de service et au bilan d'activité des pôles.

Le statut Hospitalo-Universitaire est-il compatible avec l'informatisation du temps médical ?

RAPHAËL BRIOT

La gestion informatisée du temps médical est en pleine expansion dans les hôpitaux. Quelques fournisseurs de logiciels (Chronos®, GFI®, Equitime®...) se partagent actuellement ce marché juteux (entre 300 000 et 500 000 Euros pour un CHU de taille moyenne).

Le déploiement et le paramétrage de ces logiciels dans chaque hôpital est l'objet de multiples débats et négociations. Un des sujets les plus épineux est : comment prendre en compte l'activité hospitalo-universitaire ?

À l'université, maîtres de conférences et professeurs de toutes les disciplines scientifiques non médicales (y compris les pharmaciens) ont un service d'enseignement très précisément défini.

À l'hôpital, nos confrères PH mono-appartenants ont également des obligations de service bien décrites en demi-journées (ou en heures pour les activités en temps continu).

Les médecins hospitalo-universitaires (PU-PH et MCU-PH) ont un statut « bi-appartenant » régit par un décret spécifique (décret n° 84-135) dont l'article 4 prévoit en théorie qu'un arrêté (jamais publié !) « déterminera les obligations de service (...) ainsi que leur répartition entre les différentes fonctions... ». Seul le texte relatif à la permanence des soins (arrêté du 30 avril 2003), commun aux deux statuts mono (H) et les bi-appartenant (H-U), définit le nombre de gardes et d'astreintes exigibles par mois pour un H-U.

Le plus grand flou existe donc quant aux différentes missions dévolues précisément aux Hospitalo-Universitaires, ce qui peut être source d'incompréhensions, voire de rancœurs dans les équipes.

La mise en place d'un logiciel de description et de comptabilisation du temps médical peut être l'occasion de remettre à plat, dans

un service, les différentes missions des uns et des autres. Telle matinée passée en consultations ou à faire la visite dans le service pourra être principalement décrite comme une demi-journée « hospitalière » ; telle après-midi passée à lire, écrire, faire des cours, sera décrite comme « universitaire ». Ce découpage est assez facile pour des activités « postées » évidentes (bloc opératoire, consultations,...). Il est beaucoup moins évident pour les journées où « tout ce mélange un peu » et pour les tâches administratives des responsables de structures.

La réflexion sur la description des tâches est structurante pour les équipes et peut aider à mieux connaître les activités de chacun.

Néanmoins le passage à l'outil informatique est inéluctable pour une gestion rigoureuse et fluide des congés et des éléments variables de paye (gardes, astreintes...). Cela requiert une réflexion d'équipe en amont du déploiement d'un logiciel pour décrire les activités de chacun au sein d'une structure. C'est un effort, parfois « pédagogique », pour expliquer les tâches de chacun, et c'est parfois l'occasion de repréciser le temps qui doit être consacré aux différentes fonctions H&U.

Les résistances principales résident dans la crainte du « flicage » des médecins et

des tentatives de normalisation excessive de toutes les activités médicales.

Cependant, les discussions suscitées lors du déploiement du logiciel, autour de la description des tâches, sont structurantes pour les équipes et peuvent aider à mieux connaître les activités de chacun.

S'engager dans cette démarche peut relancer la publication de l'arrêté fantôme évoqué ci-dessus ? Peut-être l'université précisera-t-elle aussi le volume et le type d'enseignement qu'elle attend de la part des enseignants médicaux ? Cela conduira à une formalisation plus rigoureuse des contrats temporaires d'enseignement pour les participants extérieurs à nos enseignements ; voire à une valorisation d'heures complémentaires pour les H-U statutaires.

Un des enjeux de cette « description vertueuse » du temps médical est très certainement la reconnaissance de la masse de temps de travail hospitalier générée par les H-U. Ce temps hospitalier nécessite absolument une clarification (sans occulter les points obscurs comme l'activité libérale) afin de revendiquer l'obtention de droits statutaires sur cette activité hospitalière (RTT ; TTA ; CET) dont le prorata reste à préciser. Les émoluments hospitaliers des H-U pourront enfin être un « salaire hospitalier », soumis aux cotisations sociales obligatoires pour la maladie et la retraite comme pour le salaire universitaire, ce qui n'est toujours pas le cas aujourd'hui.

L'appropriation des outils informatiques de gestion du temps médical sont probablement un levier pour porter ce type de revendications.