



INFOS MEDECINS

Une belle victoire sur le temps de travail à Creil-Senlis... **mais une basse vengeance de la direction de l'hôpital !**

SOMMAIRE

**Temps de travail des
médecins : le moment est
venu de clarifier !** P 2

**Comité Hygiène, Sécurité
et Conditions de Travail :
pourquoi les médecins
hospitaliers sont aussi
concernés** P 4

**Mode d'emploi du Compte
Epargne Temps : ce qui
change à partir de 2013** P 6

La section des médecins CGT de Creil-Senlis avec notre collègue Loïc Pen, chef de service des urgences et président de la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS), a mené une belle bataille pour obtenir le maintien et l'amélioration de l'accord sur le temps de travail négocié à la suite des accords sur la RTT de 2002.

En effet, sous la pression des contraintes financières imposées par l'ARS, la directrice de l'établissement a brutalement remis en cause l'accord du décompte en heures pour les services en soins continus.

Nos collègues des services d'urgences de Creil et de Senlis ont alors menacé de refuser de travailler au-delà du volume d'heures légal, ce qui aurait abouti à l'absence de médecins en poste à partir du 10 avril. Après de multiples péripéties, un accord a finalement été signé le 9 avril à 22 h 30, intégrant l'ensemble des revendications, notamment la validation d'une durée maximale de travail hebdomadaire de 48 heures se décomposant en 40 heures de travail clinique et 8 heures de travail non clinique.

Belle victoire ! Mais la directrice, pressée par les autorités qui craignaient une plus grande médiatisation et une extension du conflit, n'a pu s'empêcher de démettre Loïc Pen de ses fonctions de chef de service sans l'accord de son chef de pôle, et ce, dès le lendemain de la signature de l'accord !

Cette décision est proprement scandaleuse à plusieurs titres. Même si la loi HPST autorise le directeur de l'établissement à prendre ce type de mesure, il doit cependant respecter les règles et obtenir au préalable l'avis du chef de pôle et du président de la CME. Par ailleurs, une telle décision s'apparente à un cas typique de discrimination syndicale. A l'hôpital, on ne pourrait être chef de service et responsable syndical !

Nous exigeons donc la réintégration immédiate de notre collègue dans ses fonctions de chef de service.

Dr Christophe Prudhomme
Commission exécutive
Fédération CGT de la santé et de l'action sociale

Temps de travail des médecins : le moment est venu de clarifier !

Contrairement au Droit du travail qui définit de manière relativement précise le temps de travail, sa durée annuelle, son encadrement, la compensation des contraintes spécifiques, les différents statuts des médecins restent très évasifs sur le sujet.

Le flou de la définition du temps de travail

Le statut de PH de 1982 qui sert de base à la définition des différents autres statuts apparus depuis cette date se contente d'une définition des obligations de service en «10 demi-journées», que le praticien doit effectuer entre le lundi matin et le samedi midi. Le contenu reste modulable en fonction des besoins.

A cette base minimale viennent s'ajouter les obligations de service liées à la permanence des soins (gardes) et les contraintes liées à la continuité de service (astreintes), ces dernières ne participant pas des obligations de service. Les autres statuts sont calqués, souvent en plus précaire, sur cette base.

Officiellement, aucun texte ne définit la durée d'une demi-journée. Tout au plus le statut de Praticien Hospitalier, consolidé par la transposition de la directive européenne de 2003, impose-t-il une durée maximale de service de 48 h par semaine, (sans que cela permette cependant d'en déduire une durée maximale de 4,8 h par demi-journée !). C'est cependant la durée «habituelle» que retient le plus souvent l'administration, en particulier en cas d'assignation qui couvre en général la période de 8 h 30 à 18 h 30.

Mais on a assisté dans certains cas (heureusement encore rares) à des retraits sur salaire pour service non fait lorsque le temps de présence était inférieur à 48 h!

Contradictions et incohérences de la législation actuelle

Les textes réglementaires sont cependant pétris de contradictions, puisque les statuts fixent, comme pour tous les personnels, un droit à récupération liée à la réduction du temps de travail à 35 h, (prévue par les lois de 1983). Cette récupération est calculée sur le différentiel entre la durée maximale du travail hebdomadaire (officiellement 35 h) et sa durée effective; elle correspond pour les PH à 20 jours par an, ce qui permet d'en déduire que la durée effective reconnue est de 39 h par semaine ! Mais ces incertitudes ont pour conséquence concrète l'impossibilité de retenir un seuil de définition des heures supplémentaires, et a fortiori de déclencher leur paiement.

Le système palliatif du temps additionnel, inventé pour sortir de cette situation paradoxale est totalement insatisfaisant. D'abord parce qu'il est soumis à l'arbitraire des directions d'hôpitaux, et ensuite parce qu'il ne permet jamais la mise à plat des besoins réels, qui

permettrait une discussion sur le niveau des effectifs.

Les choses se compliquent lorsque l'on tente de définir les temps de travail en dehors de la journée «traditionnelle»; les projets de circulaires européennes sur la définition du temps de garde tentent d'introduire l'idée que la journée de travail serait divisée en 4 quartiers (deux demi-journées, une nuit et une nuit profonde), ce qui accrédite l'idée de demi-journées de 6 heures ! Quant aux astreintes, elles se transforment, selon le décret du 30 avril 2003, en temps additionnel à partir d'une durée de travail de 3 heures!

On notera enfin que le travail effectué le week-end n'est pas défini clairement (en dehors des gardes) : en effet, le décret du 30 avril 2003 ne définit comme obligations de service que les permanences de soins (gardes). Toute autre activité se trouvant hors obligation de service ne peut être qu'astreinte (si moins de 3h) ou temps additionnel sur la base du volontariat (si plus de 3 h). Dans de nombreux établissements, ce «vide réglementaire» a conduit à des habitudes tenaces de travail gratuit ou sous-rémunéré, qui commencent à faire l'objet de conflits locaux.

Une clarification et un encadrement du temps de travail sont nécessaires pour éviter une dégradation annoncée

Pour les médecins, il n'est bien entendu pas question de rigidifier une définition du temps et du contenu du travail dont la souplesse est nécessaire aux variations d'activité, ni celle des centres d'intérêt. Les modifications sociologiques du corps médical,

comme celles de son statut au sein de l'hôpital, imposent cependant de se questionner : si ce flou a pu correspondre pendant un temps à un mode spécifique de fonctionnement du corps médical, en période de compressions d'effectifs il devient une variable d'ajustement qui ne peut conduire à terme qu'à l'épuisement professionnel et au dysfonctionnement dans les services. Le statut de PH n'est-il

pas en train d'être progressivement grignoté, perdant son rôle protecteur et fédérateur? N'est-il pas nécessaire désormais, comme le souhaitent du reste de plus en plus de médecins, de donner une définition plus claire et plus précise des conditions d'exercice, comme doivent l'imposer les tableaux de service, tout en laissant sur le quadrimestre l'élasticité nécessaire aux contraintes du métier ? ■

Les propositions du Collectif Médecins de la CGT

Le temps de travail des médecins doit être :

- ✓ reconnu sous toutes ses formes ;
- ✓ mesurable pour avoir une image des besoins réels en effectifs médicaux ;
- ✓ valorisé quelle que soit l'activité qu'il recouvre (clinique ou non clinique). Pour cela, nous avançons les propositions suivantes :
- ✓ tous les médecins hospitaliers doivent bénéficier de tableaux de service et d'un relevé d'activité quadrimestriel ;
- ✓ le CHSCT doit être chargé du suivi de l'application de la réglementation du travail pour les médecins ;

Un certain nombre de règles de base doivent être impérativement respectées :

- ✓ tout travail doit être rémunéré. Les astreintes doivent être incluses dans le temps de travail, donc dans les obligations de service; de même que l'activité réalisée le week-end sur les postes non à garde ;
- ✓ le temps de travail statutaire des médecins hospitaliers est de 39 heures par semaine, les heures effectuées entre 39 h et 48 h (lissées sur un quadrimestre) doivent être compensées ou rémunérées comme heures supplémentaires, ainsi que le prévoit le Code du travail ;
- ✓ selon les besoins de leur unité, les praticiens peuvent être amenés à choisir une organisation en heures ou

en demi-journées, mais ces dernières doivent faire l'objet d'une définition claire et bornée, respectant la définition précédente ;

- ✓ le temps de travail maximal hebdomadaire est de 48 heures, lissées sur un quadrimestre. Dans ces conditions, le temps additionnel, qui n'est que l'expression d'un déficit d'effectifs médicaux ou d'une organisation déficiente, n'a plus de raison d'être, et il doit faire l'objet de mesures dissuasives, voire de sanctions pour la structure hospitalière. La constatation d'un excédent de temps de travail sur les relevés d'activité doit conduire à un ajustement des effectifs.

Comités Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail (CHSCT) : pourquoi les médecins hospitaliers sont aussi concernés

Qu'est ce qu'un CHSCT?

Les CHSCT sont nés en 1982 (lois Auroux), élargissant le rôle, les missions et les droits des anciens CHS, créés en 1947 dans la foulée des lois mettant en place la Sécurité Sociale, mais aussi la médecine du Travail.

Les lois de 1982 sont complétées en 1991 par la transposition d'une directive européenne, mettant dans le champ des CHSCT la prévention des risques professionnels.

Les CHSCT sont des instances paritaires, où siègent des représentants des directions des hôpitaux et des représentants du personnel, désignés par les organisations syndicales au prorata de leur représentativité.

Quelle est la spécificité des CHSCT par rapport aux instances traditionnelles (CMEL, CME, CCM) ?

La loi attribue aux CHSCT un certain nombre de moyens pour la réalisation de leurs missions, en particulier la possibilité de faire appel à une expertise indépendante et la mise en place du droit d'alerte en cas de constat d'une cause de danger grave et imminent. Ceci permet aux CHSCT d'être compétents dans les domaines suivants:

- ▶ l'analyse des conditions de travail,

des risques professionnels, des risques des populations spécifiques (femmes enceintes...), et des facteurs de pénibilité,

- ▶ la surveillance de la mise en œuvre des règlements et mesures de prévention,
- ▶ l'analyse des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- ▶ la consultation avant tout aménagement ou modification importante des postes ou des organisations de travail
- ▶ Enfin, le CHSCT a toute qualité pour proposer des actions de prévention en matière de harcèlement sexuel ou moral.

Pourquoi des CHSCT pour les médecins?

Jusqu'alors, les CHSCT, même s'ils avaient vocation à s'intéresser à tous les personnels de l'hôpital, prenaient rarement en compte une population qui n'est pas directement représentée dans cette instance (puisqu'y siège au mieux un représentant de la CME). La tradition tenace d'exception médicale, qui voulait que les problèmes liés aux médecins soient tous traités dans l'espace spécifique et clos de la CME, aboutissait en fait le plus fréquemment à une négation de ces problématiques.

Le rapport Toupillier (2011), puis la mission Couty (Pacte de confiance,

2012) ont mis en évidence la nécessité de prendre en compte les conditions de travail des médecins, comme celles des autres personnels hospitaliers. Les modifications sociologiques du corps médical, l'aspiration des jeunes générations à la prise en compte de leur vie sociale et familiale sans préjudice pour leur carrière, ont mis sur le tapis les questionnements liés aux conditions de travail; les restructurations hospitalières, la course à la productivité ou à l'efficacité, et ont accentué largement ces problématiques.

Temps de travail, organisation du travail, facteurs de pénibilité de certains emplois, risques professionnels, prévention de la souffrance professionnelle et lutte contre le harcèlement sont devenus des thèmes sur lesquels les médecins doivent et peuvent s'exprimer.

Un ou deux CHSCT ?

La mission Couty a proposé la mise en place d'une commission spécifique aux médecins à l'intérieur des CHSCT existants pour les autres personnels hospitaliers, en bref deux CHSCT distincts.

Si cette proposition a la faveur de certaines organisations catégorielles de médecins, on comprend facilement pourquoi. Le Collectif Médecins de la CGT se prononce au contraire pour un CHSCT unique à l'hôpital.

Nous ne pouvons pas être d'accord avec un montage qui consisterait à traiter dans des lieux différents et peut-être de manière différente des problématiques qui concernent tous les personnels de l'hôpital à l'identique, médecins compris. Par ailleurs, il

serait probablement contraire à la loi. En effet, dans les structures de droit privé, les médecins sont des cadres comme les autres et sont représentés à ce titre dans les différentes instances de représentation du personnel par des élus désignés lors des élections professionnelles. Cela ferait

persister en outre un déséquilibre de représentation (sans rapport avec le poids numérique de chaque catégorie), et permettrait toutes les manœuvres qui consistent à opposer une catégorie de personnel à une autre. ■

Ce que propose la CGT :

- la CGT demande la mise en place rapide de CHSCT représentant tous les personnels de l'hôpital, sans distinction de profession ou de fonction, avec le même type de représentation ;
- la base de répartition des postes doit tenir

compte, comme le prévoit la réglementation du travail, des résultats aux élections nationales, qui, pour les médecins hospitaliers, sont les élections au CNG. Seule cette configuration, qui, rappelons-le, est la norme légale pour les autres personnels, permettra aux syndicats non catégoriels de faire entendre la voix de tous les personnels, et en particulier de toutes les catégories

médicales, sans que soient écartés ou sous-représentés les statuts précaires ou les professions minoritaires ;

- les CHSCT doivent avoir les moyens, dès 2013, de prendre en compte tout ce qui concerne les conditions de travail et les risques professionnels des médecins et des sages-femmes, quel que soit leur statut ou leur emploi.

Bulletin de contact

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Age : _____ Profession : _____

Tél : _____ Portable : _____ E-mail : _____

Etablissement (nom et adresse) : _____

Je souhaite prendre contact me syndiquer



A retourner à : Fédération CGT Santé Action Sociale
Secteur Qualité de vie syndicale 263 rue de Paris - Case 538
93515 MONTREUIL CEDEX - orga@sante.cgt.fr



Mode d'emploi du Compte Epargne-Temps (CET) : ce qui change à partir de 2013

Le décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 modifie les règles d'utilisation du compte-épargne-temps (CET). L'essentiel des dispositions de ce texte concerne la suppression de la limite de validité des jours épargnés, le plafonnement du nombre de jours épargnés annuellement et au total et surtout, la possibilité de se faire payer une partie du CET.

Il serait judicieux, dans un fonctionnement hospitalier normal, que les médecins puissent faire confiance aux administratifs pour gérer leur CET afin de se concentrer sur leur métier de soignant. Malheureusement, le très grand nombre de demandes d'adhérents en litige avec leurs directions pour le paiement, le solde ou le transfert du CET témoigne d'une grande insuffisance des DRH des hôpitaux en ce domaine.

Il nous semble donc essentiel d'informer nos adhérents des modalités d'utilisation du CET afin de préserver au mieux leurs intérêts. Vous trouverez ici des informations sur les modalités d'épargne et d'utilisation du CET, sous forme de questions-réponses les plus fréquemment posées par les adhérents.

Dois-je faire une démarche pour ouvrir un CET ?

Avant 2013, il fallait demander l'ouverture d'un CET au directeur d'établissement. Le décret du 27 décembre 2012 a supprimé cette démarche. Désormais, le directeur doit ouvrir un CET pour chaque praticien quel que soit son statut afin d'y déposer les jours épargnés.

Comment le CET est-il alimenté ?

Le CET est alimenté, dans la limite de 20 jours maximum par an, par :

1. les jours de congés non pris dans la limite de 5 par an (il est obligatoire de prendre 20 jours minimum)
2. les jours de RTT sans limite (20 jours maximum)
3. les jours de temps additionnel qui n'ont pas fait l'objet d'indemnisation.

Auparavant, on pouvait déposer jusqu'à 30 jours par an sur le CET (20 jours de RTT + 5 jours de CA non pris + 5 jours de temps additionnel). Comme on ne peut plus déposer plus de 20 jours par an, il devient indispensable de veiller à prendre au moins la totalité des jours de congés.

Le total de nombre de jours que l'on peut déposer sur son CET est de 300. A partir de 2016, cette limite supérieure sera ramenée à 208 jours. Il existe une procédure qui permet, avec l'accord du directeur de l'ARS, de débloquer cette limite de 20 jours, lorsque les services sont en difficulté particulière (art R6152-807-4 du Code de la santé Publique).

Comment puis-je utiliser les jours épargnés sur mon CET ?

Vous pouvez les utiliser comme jours de congés ou en faire indemniser une partie (voir le paragraphe suivant «Comment puis-je faire indemniser des jours de CET ?»).

Les jours de CET se gèrent désormais par le praticien comme des jours de congés ordinaires, de la même manière que les autres jours de congés. Lors d'une demande de congé, il peut comme il l'entend utiliser des jours de CA, de RTT ou de CET. Les jours de CET n'ont plus de limite de validité. Ils peuvent donc rester sur le CET pendant toute la carrière du praticien. Il n'est plus nécessaire non plus d'observer comme naguère un délai de prévenance en fonction du nombre de jours de CET pris. Toutefois, les congés sont toujours soumis à l'accord du directeur en fonction des nécessités du service, organisés sur proposition du chef de pôle. Il existe cependant un certain nombre de cas de droit où le directeur n'a pas le droit de refuser d'accorder les jours de CET, même pour nécessité de service. Voir la question «Peut-on me refuser (ou limiter) les jours de CET que je souhaite poser?»

En pratique, et du fait qu'on a l'obligation de prendre au minimum 20 jours de CA par an et que le nombre de jours épargnés chaque année ne peut dépasser 20, nous recommandons de toujours utiliser ses congés dans cet ordre :

1. les jours de CA,
2. les jours de RTT,
3. les jours de CET.

Comment puis-je faire indemniser des jours de CET ?

Les 20 premiers jours restent sur le CET. Il est possible de les utiliser sous forme de congés mais pas de les faire indemniser. Lorsque le solde du CET dépasse 20 jours, il devient possible de demander l'indemnisation des jours supplémentaires. Les jours sont indemnisés à raison de 300€ bruts par jour indemnisé.

Pour les PH, l'indemnisation est intéressante financièrement jusqu'au 10e échelon inclus.

A partir du 11e échelon, il devient plus intéressant de prendre les jours sous forme de congés, car le salaire brut dépasse 300€ par jour travaillé.

Pour les jours épargnés avant le 31 décembre 2012 : voir tableau ci-contre.

ATTENTION !

Si vous souhaitez être indemnisé de jours épargnés entre 2003 et 2012, vous devez impérativement vous manifester auprès de la direction de votre hôpital avant le 1^{er} juin 2013. Passé ce délai, vous ne pourrez plus demander l'indemnisation et les jours devront obligatoirement être pris sous forme de congés.

Peut-on me refuser (ou limiter) les jours de CET que je souhaite poser ?

Oui, mais seulement pour nécessité de service. Le refus doit donc pouvoir être motivé. En outre, aucun refus ne peut être opposé dans les cas suivants :

- à l'issue d'un congé-maternité, de paternité, d'adoption,
- à l'issue d'un congé de solidarité familiale,
- à l'issue d'un congé-maladie d'une durée supérieure ou égale à 3 mois.
- en cas de cessation de fonction quel qu'en soit le motif, si le report des droits à congés doit entraîner un report de la date de cessation de fonction.

Que devient mon CET si je change de statut sans changer d'établissement ?

Les droits sont conservés pour tout praticien qui change de statut hospitalier à temps plein ou temps partiel, de praticien contractuel, praticien attaché, assistant des hôpitaux.

Ils sont conservés également en cas de mise en disponibilité ou de congé parental.

Lorsque le praticien est nommé dans un corps enseignant et hospitalier, le CET doit être soldé de droit avant la date de nomination.

Moins de 20 jours :	Les jours restent sur le CET.
De 21 à 100 jours :	Vous pouvez demander l'indemnisation de 80 jours maximum, versés en 4 fractions annuelles d'un nombre égal de jour, c'est-à-dire au maximum 20 jours par an pendant 4 ans. Par exemple, si vous demandez l'indemnisation de 20 jours, vous serez indemnisé de 5 x 300€ = 1500€ par an en 2013, 2014, 2015 et 2016.
De 101 jours à 300 jours :	Vous pouvez demander l'indemnisation de 80 jours maximum comme indiqué ci-dessus, l'excédent restant sur le CET. Si vous faites partie de ceux qui ont plus de 220 jours, vous veillerez à utiliser les jours excédentaires les années suivantes de manière à ne pas dépasser la limite de 208 jours à partir de 2016. Les jours qui excéderont 208 au 1 ^{er} janvier 2016 seront perdus.
Pour les jours épargnés à partir de 2013 :	A compter du 1 ^{er} janvier 2014, vous devrez faire connaître avant le 1 ^{er} mars de chaque année à votre direction le nombre de jours dépassant 20 que vous souhaitez faire indemniser. Le choix est irrévocable. Passé ce délai, si vous n'avez pas fait connaître votre choix, les jours sont maintenus sur le CET et vous ne pourrez pas demander d'indemnisation avant l'année suivante

⇒ Que se passe-t-il si je démissionne de mon poste ?

En cas de démission, les jours accumulés sur votre CET doivent être soldés avant votre départ.

Dans ce cas particulier, la direction ne peut s'opposer à la demande de congé, même pour raison de service (*art R6152-807 et R6152-813 du code de la santé publique*).

La période de congé peut se confondre avec votre préavis.

Par exemple, un praticien contractuel temps plein démissionnaire ayant 40 jours sur son CET. Son préavis est de deux mois; il doit cesser ses fonctions immédiatement, sinon, l'utilisation de ses droits entraînerait un report de la date de cessation de fonction. Il continue à être salarié pendant 8 semaines en position de congé et ne peut occuper un nouvel emploi qu'à l'issue de ce congé.

Vous ne pouvez pas prétendre à être indemnisé, sauf dans les cas suivants :

- vous êtes praticien hospitalier, placé en recherche d'affectation;
- vous êtes en congé maladie;
- vous êtes nommé dans un corps enseignant et hospitalier;
- pour des impératifs de continuité des soins attestés par le directeur.

Que devient le CET en cas de mutation dans un autre établissement ?

Les établissements ont l'obligation de provisionner tous les jours épargnés sur un compte spécial intitulé «provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte-épargne-temps».

Ainsi, en cas de mutation le passif est transféré dans l'établissement. Votre CET vous suit donc dans votre nouvel établissement, y compris si vous changez de spécialité. Cette obligation remonte à 2006 et est sans rapport avec les modifications introduites par le décret du 27 décembre 2013. Tous les jours de CET doivent donc être transférés, que votre mutation ait eu lieu avant ou après cette date.

Là non plus, il n'existe aucune disposition qui permettrait de rémunérer le CET plutôt que de le transférer au nouvel établissement. A l'inverse de la démission, la mutation ne vous donne pas la possibilité de solder votre CET de droit avant de quitter l'établissement d'origine. ■

Bibliographie et liens vers des textes de référence :

Code de la santé publique ; articles R6152-802 à R6152-813 ;

Décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 modifiant

certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels des personnels médicaux, pharmaceutiques et

odontologiques des établissements publics de santé (NOR:

AFSH1240451D)

Arrêté du 27 décembre 2012 pris en application du décret n° 2012-

1481 du 27 décembre 2012 (NOR :

AFSH1240473A)



15 juin 2013



Pour joindre l'UFMICT :
01 55 82 87 57
ufmict@sante.cgt.fr

**Montrons notre
attachement à un
exercice professionnel
de qualité !**