

Réduction du temps de travail

Personnel médical hospitalier

LES FICHES TECHNIQUES

Octobre - Novembre 2001



Liberté - Égalité - Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

**Un droit social et une obligation
européenne**

**La directive européenne 93/104
concernant certains aspects de
l'aménagement du temps de
travail et l'arrêt de la Cour de
justice des communautés
européennes du 3 octobre 2000**

La mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail des praticiens hospitaliers présente la particularité de répondre à la fois au caractère d'application générale de la législation française sur la réduction du temps de travail, et aux exigences du droit européen en matière d'aménagement du temps de travail.

En effet, la France n'a pas transposé en droit interne la **directive européenne 93/104 du 23 novembre 1993**. Cette directive, qui a vocation à être appliquée à tous les secteurs d'activité, sous réserve de quelques exceptions, fixe des prescriptions minimales de sécurité et de santé en matière d'aménagement du temps de travail. Elle tend à régir, à l'échelle de l'Union européenne, les périodes de repos journalier, de repos hebdomadaire et de congé annuel, la durée maximale hebdomadaire de travail, certains aspects du travail de nuit, du travail posté et du rythme de travail. Ainsi, elle fixe en particulier la durée minimale du repos journalier à 11 heures consécutives (article 3) ; la période minimale de repos hebdomadaire (article 5) ; la durée maximale hebdomadaire de travail à quarante-huit heures, y compris les heures supplémentaires (article 6).

Un arrêt de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) du 3 octobre 2000, rendu à l'occasion d'un litige opposant le ministère de la santé de la province de Valence (Espagne) à un syndicat de médecins, a notamment confirmé les points clés suivants : l'activité de médecins relève bien du champ d'application de la directive ; le temps de garde entre dans la définition du temps de travail, et doit de ce fait être pris en compte pour le calcul des durées maximales de travail effectif ; en l'absence de transposition nationale, la directive est d'application directe.

Par conséquent, la France se trouve aujourd'hui dans l'obligation d'appliquer aux praticiens hospitaliers les dispositions de la directive 93/104. L'enjeu du protocole du 22 octobre 2001 ne se réduit donc pas à une extension du bénéfice de la législation française en matière de réduction du temps de travail aux personnels médicaux, mais comporte également l'application de la définition européenne du temps de travail. Or, l'organisation médicale actuelle et le système de rémunération des médecins hospitaliers résultent du fait que ceux-ci ne sont actuellement soumis ni au Code du travail ni au Statut de la fonction publique, qui comportent

Un défi technique et culturel, dont l'enjeu est l'amélioration des organisations hospitalières et de la qualité des soins

une définition du temps et de la durée du travail.

Ils sont en effet des agents publics régis par un statut sui generis, déterminé par voie réglementaire, qui fixe les obligations hebdomadaires de service auxquelles s'ajoute une obligation de participation à la permanence médicale. De ce point de vue, l'intégration du temps de garde dans le temps de travail et le respect du plafond hebdomadaire, conformément aux règles européennes, constituent pour les hôpitaux français une petite révolution culturelle et un défi dont l'enjeu est l'amélioration des organisations hospitalières et , à travers elles, celle de la qualité des soins.

Le protocole du 22 octobre 2001 a pour objet la réduction et la mise en conformité du temps de travail des médecins hospitaliers aux règles européennes.

Signé par les quatre organisations syndicales représentatives des médecins hospitaliers, la Confédération des hôpitaux généraux (CHG), la Coordination médicale hospitalière (CMH), l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH) et le Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (SNAM), le protocole d'accord du 22 octobre 2001 a pour objet d'une part la définition des modalités d'application aux praticiens hospitaliers de la réduction du temps de travail, d'autre part les conditions de mise en œuvre des dispositions de la directive 93/104 relative à certains aspects de l'aménagement du temps de travail dans les pays de l'Union européenne.

Ce protocole s'applique aux médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes hospitaliers. Il définit en son point 1 les bénéficiaires des mesures relatives à l'aménagement et à la réduction du temps de travail. Sont concernés : les praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiels, les praticiens adjoints contractuels, les praticiens contractuels, les assistants (y compris spécialistes et associés).

Le protocole ne s'applique ni aux praticiens hospitalo-universitaires ni aux internes

Le cas des praticiens hospitalo-universitaires, jusqu'à présent non concernés par la mise en œuvre de la réduction du temps de travail à l'instar de l'ensemble des personnels enseignants de l'Education nationale et de l'Université, et celui des internes, médecins en formation, pour lesquels la directive 93/104 n'est applicable qu'en 2004 (avec une possibilité de période transitoire de 9 ans), seront traités ultérieurement et de manière spécifique.

Une nouvelle définition du temps de travail, des modalités souples de mise en œuvre, un objectif d'amélioration de l'organisation médicale

Le protocole se présente comme un cadrage national fixant, pour les professionnels précités :

- La nouvelle définition du temps de travail.
- Les modalités d'application de la réduction du temps de travail.
- Les modalités techniques et de rémunération de l'intégration des gardes dans le décompte du temps effectif de travail.
- Les moyens humains et financiers dégagés pour mettre en œuvre l'aménagement et la réduction du temps de travail.
- Les modalités de suivi de la mise en œuvre de la réforme.
- Les objectifs généraux en matière d'amélioration de l'organisation médicale.

Une nouvelle durée annuelle de travail de référence : 207 jours.

A l'instar de ce qui est appliqué aux personnels d'encadrement dans l'ensemble des secteurs d'activité, le temps de travail des praticiens hospitaliers est appréhendé de façon globale en raison du niveau de leurs responsabilités et de l'autonomie dont ils disposent pour l'accomplissement et l'organisation de leur travail.

A compter du 1^{er} janvier 2002, le temps de travail annuel de référence est de 207 jours (soit 414 demi-journées).

Actuellement, avant application des dispositions du protocole, le temps annuel de travail théorique des praticiens hospitaliers est de 227 jours, ainsi calculé :

$$365 - 104 (\text{jours de week-end}) - 9 (\text{jours fériés}) - 25 (\text{congés annuels}) = 227$$

Un forfait de 20 jours de congé annuel au titre de la réduction du temps de travail

Les praticiens hospitaliers bénéficient donc, au titre de la réduction du temps de travail, d'un forfait de 20 jours de congé supplémentaires par an (point 2).

La définition actuelle des obligations hebdomadaires de service, fixées à dix demi-journées, est maintenue. Le contenu horaire de la demi-journée demeure non précisé. Ce choix s'explique par la diversité des conditions d'exercice médical selon les spécialités et les modes d'organisation en vigueur. Sont incluses dans ces obligations de service hebdomadaires :

Le maintien d'une obligation de service hebdomadaire de 10 demi-journées, incluant l'activité libérale à l'hôpital.

- les activités d'intérêt général ;
- les contrats d'enseignement et de recherche ;
- les activités s'inscrivant dans le cadre de coopérations, réseaux et interventions sur sites multiples effectuées au titre du service hospitalier ;
- l'activité libérale à l'hôpital (deux demi-journées maximum) ;
- les périodes de formation continue.

**Le cas particulier des services ou
activités organisés en temps médical
continu**

Le décompte de la durée hebdomadaire de travail doit être adapté aux activités en temps continu. Pour ces dernières, le protocole (point 2, alinéas 3 et 5) prévoit :

- que les tableaux de service validés par la commission médicale d'établissement constituent le moyen de référence de décompte du temps de travail ;
- que lorsqu'il est décidé de faire fonctionner certains services ou activités sur la base d'un temps médical continu, l'activité médicale est organisée par des tableaux de service établis en plages horaires, sans discontinuité.

**La durée hebdomadaire du travail
désormais limitée à 48 heures**

Enfin, conformément aux dispositions de la directive européenne 93/104, la durée hebdomadaire de travail, temps de garde compris, ne peut dépasser 48 heures, en moyenne lissée sur quatre mois. Cette limite ne constitue cependant pas une durée légale de travail, mais un plafond moyen. En effet, la directive européenne stipule, en son article 6-2 : "*La durée moyenne de travail pour chaque période de sept jours n'excède pas quarante-huit heures, y compris les heures supplémentaires*" ; en son article 16-2 : "*Les états membres peuvent prévoir...pour l'application de l'article 6 (durée maximale hebdomadaire de travail), une période de référence ne dépassant pas quatre mois*".

Plus précisément, le protocole portant cadrage national prévoit en son point 2, alinéa 3, que "la durée hebdomadaire de travail, gardes comprises, **ne peut dépasser 48 heures en moyenne lissée sur quatre mois...**"

**L'intégration du temps de garde à
l'hôpital dans le décompte effectif du
temps de travail : portée et délais**

En pratique, l'intégration des gardes dans le décompte d'un temps de travail plafonné (quarante-huit heures en moyenne lissée sur quatre mois) exige à la fois la création de postes supplémentaires, la possibilité de pourvoir ces postes, et, en tout état de cause, un aménagement des organisations médicales. Les délais nécessaires à la mise en œuvre de ces réorganisations et au recrutement effectif de praticiens, en particulier dans les disciplines où la démographie médicale est aujourd'hui insuffisante, imposent de prévoir une période transitoire.

**1^{er} janvier 2002 : droit à réduction du
temps de travail et limitation de la
durée hebdomadaire de travail
1^{er} janvier 2003 : intégration de la
garde dans le temps effectif de travail**

Le protocole comporte de ce fait deux dates de mise en vigueur. Dès le 1^{er} janvier 2002 : droit à réduction du temps de travail (forfait annuel de vingt jours de congé) et limitation de la durée hebdomadaire de travail (quarante-huit heures en moyenne lissée sur quatre mois, hors gardes en 2002). A compter du 1^{er} janvier 2003 : intégration de la garde dans le temps effectif de travail.

Avant le 1^{er} janvier 2003, les établissements hospitaliers devront avoir adopté les réorganisations nécessaires (voir fiche technique 2.9) à la mise en œuvre de la réforme. A compter du 1^{er} janvier 2003, l'intégration de la garde dans le temps effectif de sera de droit (point 4). En 2002, le système actuel des gardes est donc maintenu. En outre, dans les faits, il est probable que dans nombre de cas l'intégration des gardes dans le temps de travail ne se concrétisera que de façon progressive, au rythme des aménagements d'organisation médicale mis en place dans les hôpitaux (en principe dans le courant de l'année 2002) et des créations d'emploi (voir fiche technique 2.7).

En 2002 pour des raisons juridiques, et dans un certain nombre de cas au-delà du 1^{er} janvier 2003 pour des raisons pratiques, l'application du principe de limitation à quarante-huit heures de la durée hebdomadaire de travail (temps de garde compris) connaîtra un certain nombre de dérogations. Le protocole du 22 octobre 2001 prévoit expressément cette possibilité de dérogation à titre transitoire, sous la forme d'un "*temps additionnel*".

La notion de temps additionnel

Est considéré comme temps de travail additionnel toute plage de travail effectuée au-delà du plafond hebdomadaire de quarante-huit heures (en moyenne lissée sur quatre mois) ou au-delà du plafond de dix demi-journées.

Le recours au temps de travail additionnel est soumis par le protocole au régime du volontariat. Cela signifie, d'un point de vue juridique, qu'un praticien ne peut en principe être contraint à travailler au-delà du plafond de quarante-huit heures. En pratique, l'exigence d'assurer la permanence des soins contraindra dans nombre de cas les médecins à effectuer un temps additionnel. Toutefois, le protocole stipule expressément (point 4, alinéa 5) "*qu'aucun médecin, pharmacien, biologiste ou odontologiste ne pourra être contraint d'effectuer plus de 24 heures de travail en continu, dans le cadre des organisations en place*".

Une rémunération forfaitaire du temps additionnel

La rémunération du temps additionnel sera forfaitaire, et pourra revêtir deux formes :

- Soit 300 euros par plage de deux demi-journées (ou douze heures) effectuée au-delà des obligations de service.
- Soit une journée de congé par plage de deux demi-journées (ou douze heures).

La conjugaison du mécanisme d'intégration des gardes dans le temps de travail à durée plafonnée d'une part, et des règles relatives aux périodes de repos journalier et de repos hebdomadaire d'autre part (directive européenne 93/104 et arrêté du 14 septembre 2001 relatif à la mise en place du repos de sécurité), conduira par ailleurs, à compter du 1^{er} janvier 2003 à distinguer le temps de travail effectué durant les plages de jour et le temps de travail effectué durant la nuit, le week-end et les jours fériés.

Pour mémoire, il est rappelé que :

- la directive 93/104 impose une période minimale de repos journalier de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures, et une période minimale de repos hebdomadaire de vingt-quatre heures sans interruption par période de sept jours ;

**Une indemnité forfaitaire de sujétion
spéciale**

– l'arrêté du 14 septembre 2001 prévoit notamment, pour les activités de service continu, une période de repos de sécurité de onze heures après chaque garde effectuée, et, pour les autres activités, une interruption de toute activité clinique en contact avec le patient après chaque garde de nuit (le texte de cet arrêté est appelé à être adapté aux dispositions conjuguées de la directive et du protocole ; la date de mise en œuvre de ces dispositions est fixée au 1^{er} octobre 2003, sauf mise en œuvre anticipée volontaire).

En pratique, lorsque les gardes seront intégrées dans le temps de travail, les plages de nuit, de week-end (samedi après-midi, nuit du samedi, dimanche) et de jours fériés donneront lieu à une indemnité de sujétion spéciale, d'un montant forfaitaire de 250 Euros par plage.

**Une nouvelle notion d'astreinte au
regard du temps de travail**

La notion d'astreinte est elle aussi appelée à évoluer au regard de la notion de temps de travail. La directive 93/104 stipule en effet que le temps de travail s'entend (article 4-1) de "*toute période durant laquelle le travailleur est au travail, à la disposition de l'employeur et dans l'exercice de son activité ou de ses fonctions*". Les périodes où le médecin est d'astreinte à domicile n'entre donc dans le temps effectif de travail que lorsqu'elle donnent lieu à des interventions relevant de l'exercice de ses fonctions, c'est-à-dire à un déplacement et à une activité médicale. Toutefois, les impératifs de la permanence des soins rendront nécessaire, dans certaines situations, le maintien d'un dispositif d'astreintes en complément de l'organisation d'un travail de nuit, de week-end et de jours fériés. Dans cette hypothèse, le protocole prévoit une rémunération spécifique, distincte du système de rémunération du temps de travail ordinaire, additionnel ou pour sujétion spéciale.

**Une rémunération des astreintes
revalorisée**

En premier lieu la rémunération des périodes d'astreintes ne donnant pas lieu à intervention reste inchangée. En second lieu, la rémunération forfaitaire du temps de déplacement et de soins effectués pendant les périodes d'astreinte est portée de 50,16 Euros à 61 Euros (le temps correspondant étant intégré dans le temps de travail sur le modèle du dispositif actuellement en vigueur).

**Un système de rémunération
complété par des indemnités
nouvelles**

A compter du 1^{er} janvier 2003, du fait de l'intégration de la garde dans le temps de travail, l'indemnité pour garde disparaît. En revanche, sont instituées : une indemnité pour temps de travail additionnel (temps de travail consenti au-delà des obligations légales de service) ; une indemnité de sujétion spéciale, versée en contrepartie des plages de travail effectuées la nuit, le week-end et les jours fériés, au titre des obligations de service.

Le régime des primes et indemnités complémentaires (au-delà des émoluments hospitaliers, variables selon l'ancienneté et le statut) des médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes des hôpitaux publics se déclinera donc, à partir de 2003, de la façon suivante :

Indemnité pour temps de travail additionnel
(tous statuts)

Indemnité de sujétion spéciale
(tous statuts)

Indemnité pour astreinte
(tous statuts)

Indemnité de service public exclusif
(PH à temps plein)

Prime "multi-établissements"
(PH à temps plein, PH à temps partiel, PAC, Assistants)

Prime liée aux postes à recrutement et à maintien prioritaire
(PH à temps plein, PH à temps partiel)

Valorisation des fonctions d'assistant

En outre afin de favoriser l'orientation de jeunes diplômés vers l'hôpital public et afin de les inciter à poursuivre une carrière hospitalière, le protocole prévoit deux mesures indemnitaires particulières au bénéfice des assistants :

– Une prime de 5 000 Euros, versée au moment du recrutement, en contrepartie d'un engagement de deux ans dans un établissement, en qualité d'assistant.

– Une prime de 10 000 Euros, en contrepartie d'un engagement à servir quatre ans dans le service public hospitalier.

Le bénéfice de cette prime est conservé en cas de nomination de l'intéressé en qualité de PH avant le terme de l'engagement.

Le compte épargne temps : la possibilité d'épargner jusqu'à trente jours de congé rémunéré par an pendant des périodes successives de sept ans

Une formule de compte épargne temps (CET) a été conçue afin de permettre aux praticiens hospitaliers entrant dans le champ d'application du protocole d'accord sur l'aménagement et la réduction du temps de travail (PH) temps plein, PH à temps partiel, praticiens adjoints contractuels, praticiens contractuels, assistants) de choisir les modalités et le rythme d'utilisation de leurs droits à congé rémunéré, en leur permettant de les consommer de façon différée et sur une longue période. Afin que les praticiens puissent user de leurs droits à congé rémunéré dans des conditions satisfaisantes aussi bien pour eux-mêmes que pour l'organisation hospitalière, la possibilité leur est donnée de conserver sur leur CET, en vue d'une utilisation ultérieure, une partie des jours de congés non consommés auxquels ils ont droit.

Peuvent ainsi être épargnés via le CET :

- Les jours acquis au titre de la réduction du temps de travail et non utilisés au cours de l'année au cours de laquelle le droit à ces jours a été ouvert.
- Les congés annuels non utilisés dans la limite de dix jours.
- Les jours de congés compensant le travail additionnel non indemnisé.

Il est possible d'épargner au maximum trente jours de congé rémunéré par an. Cette épargne de temps de congé, constituée annuellement sur le CET, est cumulable pendant une période de sept ans, période au terme de laquelle le CET doit être remis à zéro et les jours de congé épargnés doivent être consommés.

En fin de carrière, des dérogations aux limites de cumul de l'épargne temps

Toutefois, deux dérogations à cette règle sont expressément prévues par le protocole :

- A partir de 55 ans, il est possible de conserver les jours épargnés annuellement sous forme d'un congé rémunéré utilisable avant la retraite.
- A titre transitoire, un praticien âgé de 48 ans ou plus en 2002, a la possibilité de cumuler les jours épargnés de deux CET successifs, ce qui lui permettra de bénéficier de deux ans de congé rémunéré avant sa retraite.

Un besoin estimé à 3500 emplois supplémentaires, dont 2000 seront créés sur deux ans, en 2002 et 2003

Le nombre d'emplois médicaux dont la création, à l'échelle nationale, est nécessaire pour mettre en œuvre la réduction du temps de travail, l'intégration des gardes dans le temps de travail et le plafonnement de la durée hebdomadaire de travail, selon les modalités définies par le cadrage national, est estimé à 3 500 (en équivalent temps plein).

La création de ces 3 500 emplois sera l'occasion d'un plan pluriannuel de recrutement dont la première tranche portera sur les années 2002 et 2003, années au cours desquelles sera créé un total de 2000 emplois, dont la moitié concernera des praticiens ayant le statut de PH. D'ores et déjà, 1500 places ont été ouvertes au concours de recrutement des praticiens hospitaliers.

Une proportion accrue d'assistants

Dans l'ensemble, les emplois créés pour faire face aux besoins engendrés par l'aménagement et la réduction du temps de travail concerneront à la fois des praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel et des assistants. A cette occasion, l'objectif de l'Etat est d'augmenter la proportion d'assistants recrutés dans le cadre de ce plan pluriannuel de recrutement. Cette catégorie statutaire devrait représenter 30 % de l'ensemble des recrutements liés au protocole.

Des recrutements prioritaires

Les emplois de praticiens hospitaliers créés seront pourvus en priorité par recrutement de personnels médicaux à statut plus précaire et exerçant déjà dans les hôpitaux : praticiens à temps partiel désirant exercer à temps plein, praticiens contractuels, praticiens adjoints contractuels, assistants, attachés.

**Des instances de suivi à la fois
nationale, régionales, locales**

Chargée du pilotage, de la supervision et de l'évaluation de la mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail, et, plus particulièrement, de l'application du protocole du 22 octobre 2001, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins s'appuiera sur les avis et observations de différentes instances associées au suivi de la mise en place de la réforme.

- A l'échelon national : un comité de suivi, présidé par le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, et composé des représentants des organisations syndicales signataires du protocole portant cadrage national.
- A l'échelon régional : des commissions régionales de suivi, présidées par les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation, et composées de représentants des organisations syndicales signataires, de représentants des conférences de directeurs et de présidents de CME, de représentants de la Fédération hospitalière de France (FHF).
- A l'échelon local : dans chaque établissement de santé, un comité local émanant de la direction et de la CME.

Le mode général de fonctionnement de ces instances sera prochainement défini en concertation avec le comité national de suivi.

**Un enjeu majeur pour les
établissements de santé :
l'amélioration de leur organisation
médicale**

La recherche de l'amélioration des organisations médicales en vigueur est à la fois une conséquence inéluctable et une contrepartie indispensable des avancées sociales réalisées en faveur des médecins hospitaliers et des efforts consentis à cette occasion par la collectivité nationale. L'intégration des gardes dans le temps de travail de référence, conjuguée au plafonnement du temps hebdomadaire de travail, va placer les hôpitaux dans l'obligation de réfléchir aux moyens d'améliorer l'organisation de leurs activités médicales, tant du point de vue de leur coordination interne que du point de vue de leurs relations avec les établissements environnants.

En effet, la répartition des milliers d'emplois médicaux dont la création est prévue ne pourra être effectuée de manière appropriée et équitable que si elle s'appuie sur une analyse du dispositif de gardes et astreintes existant et sur une réflexion portant, à l'échelon de chaque établissement, sur la manière d'optimiser l'utilisation des moyens nouveaux sollicités, en particulier via :

- Une meilleure coordination des différents services médicaux internes.
- Une approche d'ensemble de l'aménagement du temps de travail des médecins et des personnels soignants.
- Une meilleure coopération entre médecine hospitalière et médecine de ville
- Une mise en commun de démarche et de moyens partagés, à l'échelle d'un bassin sanitaire, afin d'assurer une permanence et une qualité de soins de haut niveau.

**Objectif : un projet de
réorganisation médicale dans
chaque établissement en 2002,
intégré au contrat d'objectif et de
moyens**

Dans cette perspective, le cadrage national prévoit que chaque établissement devra avoir élaboré, au plus tard le 30 juin 2002, un projet de réorganisation prenant en compte les modalités du protocole. Ce projet de réorganisation, qui devra avoir été soumis à la CME et au conseil d'administration, sera le préalable à une négociation avec l'ARH sur les modalités de

mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail, et donc sur l'affectation des moyens en personnels médicaux nouveaux.

Après négociation avec l'ARH, le projet de réorganisation sera intégré au contrat d'objectifs et de moyens.

Les établissements le souhaitant pourront recevoir, en vue de l'élaboration de leur projet, les conseils de la mission nationale d'appui et de la mission d'explication et de conseil, composées de professionnels hospitalier, et constituées en vue de faciliter la mise en œuvre dans les hôpitaux de l'aménagement du temps de travail et des réorganisations qu'il engendre.

Enfin, à l'échelle nationale, l'accord de cadrage national prévoit que les évaluations prévues par le protocole du 13 mars 2000, notamment pour la mise en place de la prime "multi-établissements" et du dispositif des postes à recrutement prioritaire, permettront d'envisager les évolutions de nature à renforcer, dans les régions, la cohérence de certaines organisations médicales ou de certaines modalités particulières d'exercice.

