



Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs Elargi

Membre adhérent et fondateur de l'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers, **INPH**

Membre adhérent de la Fédération Européenne des Médecins Salariés, **FEMS**

Membre de la Fédération de la Permanence des Soins Hospitaliers, **FPSH**

Docteur Nicole Smolski
Présidente

Docteur Bertrand Mas
Vice-Président

Docteur Yves Rébufat
Secrétaire Général

PENIBILITE DU TRAVAIL DE NUIT :

1. LE TRAVAIL DE NUIT, LE TRAVAIL POSTE, ONT DES CONSEQUENCES RECONNUES SUR LA SANTE.

- **TROUBLES DU SOMMEIL** : dette de sommeil, insomnies, fatigue, troubles de la vigilance.
- **STRESS ET TROUBLES NERVEUX** : irritabilité, agressivité, anxiété, asthénie, dépression, burn out, suicides. Abus de caféine, de nicotine, de somnifères. Alcoolisme, toxicomanie.
- **TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX** : troubles de l'appétit, troubles du transit, gastrite, colite, ulcère gastrique, ulcère duodéal. (incidence de l'ulcère gastrique chez les travailleurs de nuit : 2,38% vs 1,03% chez les travailleurs de jour ; ulcère duodéal : 1,37% vs 0,69%).
- **PRISE DE POIDS, EXCES PONDERAL** : relation entre le BMI et le nombre d'années travaillées (gain annuel de BMI + 0,07 à 0,12). Relation entre le nombre d'heures de sommeil en moins et l'augmentation du BMI.
- **SYNDROME METABOLIQUE** : hypertension artérielle, insulino-résistance, diabète, **dyslipidémie**, obésité abdominale.
- **HYPERTENSION ARTERIELLE** : la privation de sommeil inférieure à 5 heures augmente le risque de développer l'HTA de 60%.
- **DIABETE** : La prévalence du diabète est de 2,5 %, pour 0,9 % chez les travailleurs de jour. Les maladies endocriniennes et métaboliques ont une prévalence de 3,56% chez les travailleurs de nuit, de 1,5 % chez les travailleurs de jour, et de 2,8 % chez ceux qui ont arrêté le travail de nuit. La prévalence du diabète augmente de manière linéaire en fonction du nombre d'années de travail de nuit.
- La privation de sommeil est un facteur de risque indépendant pour l'hypertension et le diabète. Elle est associée à l'obésité, à l'intolérance glucidique et à la résistance à l'insuline, indépendamment de l'obésité.
- **INFARCTUS DU MYOCARDE** : selon les études, la probabilité de présenter un infarctus est multipliée par 1,4 à 2,32.

Service d'Anesthésie Réanimation
Hôpital de la Croix Rousse
69004 Lyon Cedex
tél. 06 88 07 33 14
tél. 04 72 07 10 17
✉ nicole.smolski@snphar.fr

Département d'Anesthésie Réanimation Pédiatrique
Hôpital de la Timone Enfants
264 rue Saint-Pierre, 13385 Marseille
tél. 06 62 00 60 11
tél. 04 91 38 68 47
✉ bertrand.mas@snphar.fr

Service d'Anesthésie Réanimation
Hôpital Laënnec - CHU de Nantes
44093 Nantes Cedex 1
tél. 06 86 87 62 76
tél. 02 40 16 53 04
✉ yves.rebufat@snphar.fr

- **TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE.**
- **TROUBLES NEURO-ENDOCRINIENS.**
- **CANCER DU SEIN** : le risque est multiplié par 1, 48%, indexé au nombre d'années de travail de nuit (risque augmenté de 2, 3 au-delà de 5 années de travail de nuit).
- **CANCER COLO-RECTAL** : le risque est multiplié par 1, 35 pour les travailleuses de nuit au-delà de 3 nuits par mois pendant plus de 15 ans.
- **CANCER DE L'ENDOMETRE** : le risque est multiplié par 1, 47 au-delà de 20 ans de travail de nuit.
- **CANCER DE LA PROSTATE** : le risque est multiplié par 3.
- **CONSEQUENCES SOCIALES ET FAMILIALES.**
- **ACCIDENTS DU TRAVAIL PLUS FREQUENTS.**

2. L'ALTERATION DE LA SANTE PEUT ATTEINDRE LES TRAVAILLEURS VIEILLISSANTS, MAIS SE REVELE EN GENERAL APRES LA RETRAITE.

On peut distinguer deux types de pénibilité au travail. La première *joue sur l'espérance de vie sans incapacité et/ou la qualité de vie au grand âge*, avec des risques à long terme, associés à un temps de latence parfois long. La deuxième est la *pénibilité vécue au travail*, qui entraîne souvent des incapacités ou handicaps irréversibles et sévères.

Le travail de nuit est reconnu pénible aux deux titres.

3. LA PENIBILITE NE SE MESURE PAS AU HANDICAP CONSTATE AU COURS DE LA PERIODE ACTIVE.

Les effets à long terme du travail de nuit sont plus difficiles à prouver par les études épidémiologiques, du fait du biais « travailleur sain », car ce sont les plus résistants qui restent dans ces métiers, même si les effets indéniables sur la santé sont largement différés.

La proposition de réforme des retraites 2010 mélange pénibilité et incapacité de travail, pénibilité et handicap, pénibilité et invalidité, qui sont des concepts différents. Cette proposition ne règle que la pénibilité lié au port de charges lourdes, pas celle du travail de nuit ni celle liée aux substances cancérigènes. Le travail de nuit peut être bien supporté sans stigmate détectable par un médecin, alors qu'il produit des effets à retardement sur la santé.

4. LE TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE DE 20% PROPOSE PAR LA REFORME EST UNE ABERRATION POUR TOUS LES MEDECINS DU TRAVAIL.

Les conséquences du travail reconnu pénible se jouent à un terme incertain, imprévisible, qui ne peut en aucun cas être confondu avec la constatation avant la retraite d'un handicap ou d'une maladie professionnelle. Une confusion est délibérément créée qui mélange atteinte grave à la santé (20% de handicap), et exposition à des facteurs de risque à long terme.

Les travailleurs bénéficiant d'une IPP de 20% sont déjà de fait en incapacité de travailler, et justifient d'autres modes de prise en charge sociale de leur handicap. Les incapacités moyennes les plus importantes ne dépassent 15% que dans moins de 1% des maladies. Par exemple, il faut qu'une personne atteinte d'insuffisance respiratoire chronique ait besoin d'oxygène pour justifier une incapacité de 20% !

5. IL EST DIFFICILE DE FIXER SCIENTIFIQUEMENT UN SEUIL AU DELA DUQUEL LA SANTE EST ALTEREE, MAIS L'EXPOSITION AU RISQUE DOIT ETRE MESUREE POUR CHACUN VIA UN CURRICULUM LABORIS.

Une estimation de l'exposition à la pénibilité due au travail de nuit est nécessaire à travers une reconstitution schématique des parcours professionnels. A l'hôpital, un curriculum laboris doit être prospectivement et rétrospectivement bâti à partir des indemnités de gardes, de déplacements en astreintes, ou les primes de nuit. Ainsi, la pénibilité est mesurée et objective. Actuellement, pour les médecins hospitaliers qui sont engagés dans la permanence des soins, **le travail de nuit représente au minimum cinq années de leur vie professionnelle.**

La reconnaissance de la pénibilité doit donc être **globale par métier**, puis **individuelle par mesure de l'exposition au risque.**

6. UN DISPOSITIF DE BONIFICATION OU DE CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE DOIT COMPENSER LA BAISSSE PREVISIBLE DE L'ESPERANCE DE VIE SANS INCAPACITE.

Une réforme juste doit permettre à chacun l'espoir d'une retraite de qualité et de durée comparable.

Puisque toutes les études montrent une altération de « l'espérance de vie sans incapacité »,

Puisque le travail de nuit à l'hôpital, service public par excellence, est irréductible car nécessaire à la société,

Puisque les pénibilités se cumulent (travail de nuit, travail posté, horaires dépassant largement les horaires réglementaires),

la réforme des retraites doit proposer un dispositif de bonification ou de cessation anticipée d'activité pour tous les personnels hospitaliers pouvant prouver l'exposition au risque « travail de nuit ».

LES PROPOSITIONS DU SNPHAR-E

1. Constitution d'un **curriculum laboris**, prospectif et rétrospectif, qui prenne en compte les permanences sur place, et les déplacements en astreinte. Il est nécessaire de **fixer un seuil de pénibilité du travail de nuit**, à partir duquel il existe un risque sur la santé, et qui permette d'individualiser les vrais médecins de la pénibilité, qui toute leur carrière travaillent la nuit et souvent passent au minimum 4 années de leur carrière à l'hôpital, la nuit.

Pour les médecins qui travaillent de nuit, les modes d'organisation font qu'il s'agit de **travail posté**. En effet, le médecin effectue, de manière alternée du travail de jour et du travail de nuit sur une semaine. C'est seulement depuis 2003 que le repos post garde a été mis en place, toutes les gardes effectuées avant 2003 constituaient une double peine car nous devions enchaîner travail de jour, travail de nuit, et encore travail de jour. Les gardes ne sont incluses dans l'assiette de cotisation que depuis 1996, tout le travail de nuit effectué avant est gommé de nos cotisations.

2. **Au-delà de 1000 nuits travaillées sur une carrière, gardes ou déplacements en astreintes, on ne doit pas pouvoir imposer plus de 160 trimestres de cotisation au médecin qui s'estime usé physiquement par le travail de nuit.**
3. A partir de 60 ans, le médecin qui s'estime usé par le travail de nuit ne peut se voir imposer de travailler la nuit.
4. Au-delà de 1000 nuits travaillées, le médecin qui continue à être exposé au risque doit obtenir des compensations : doublement des cotisations IRCANTEC sur la rémunération de nuit, part salariale et part employeur.

5. Aménagements des fins de carrière : toutes les possibilités de travail à temps réduit doivent pouvoir être possibles, avec proratisation des cotisations. Un profil de carrière doit pouvoir permettre des reconversions vers des travaux moins usants pour la santé si le médecin le désire.
6. Suivi actif en médecine du travail, dont nous ne bénéficions pas.

BIBLIOGRAPHIE (NON EXHAUSTIVE) :

- 1- Segawa K, et al. Peptic ulcer is prevalent among shift workers. *Dig Dis Sci* 1987.
- 2- Shigeta H. Lifestyle, obesity, and insulin resistance. *Diabetes Care* 2001.
- 3- Vorona R. Overweight and obese patients in a primary care population report less sleep than patients with a normal body mass index. *Arch Intern Med.* 2005
- 4- Shahrad Taheri. Short Sleep Duration Is Associated with Reduced Leptin, Elevated Ghrelin, and Increased Body Mass Index. 2004.
- 5- Wolk R. Sleep apnea & hypertension : Physiological bases for a causal relation : Sleep and the metabolic syndrome. *Exp Physiology* 2007.
- 6- Koller M. Field studies of shift work at an Austrian oil refinery. I. Health and psychosocial wellbeing of workers who drop out of shift work.
7. Mikuni E. Glucose intolerance in an employed population. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine* . 1983.
8. Kawachi I. Prospective study of shift work and risk of coronary heart disease in women. *Circulation* 1996.
9. Bøggild H, Knutsson A. Shift work, risk factors and cardiovascular disease. *Scand J Work Environ Health* 1999
10. Gangwisch JE. Short sleep duration as a risk factor for hypertension: analyses of the first National Health and Nutrition Examination Survey. *Hypertension* 2006
11. Kitamura T . Circadian rhythm of blood pressure is transformed from a dipper to a non-dipper pattern in shift workers with hypertension. *J Hum Hypertens* 2002
12. Megdal S P. Night work and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer.* 2005
13. Eva S. Schernhammer. Night-Shift Work and Risk of Colorectal Cancer in the Nurses' Health Study. *Journal of the National Cancer Institute* 2003
14. Viswanathan A N. Night shift work and the risk of endometrial cancer. *Cancer Res.* 2007
15. Tatsuhiko Kubo. Prospective cohort study of the risk of prostate cancer among rotating-shift workers: findings from the Japan collaborative cohort study. *Am J Epidemiol.* 2006
16. Simon Folkard and Philip Tucker. Shift work, safety and productivity. *Occupational Medicine* 2003.
17. O. A. Meretoja. We should work less at night. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009; 53: 277-279
18. Fujino Y. A prospective cohort study of shift work and risk of ischemic heart disease in Japanese male workers. *Am J Epidemiol* 2006.

19. Jeffrey M. Rothschild. Risks of Complications by Attending Physicians After Performing Nighttime Procedures. *JAMA*. 2009;302(14):1565-1572.
20. Marianna Virtanen. Long Working Hours and Cognitive Function. The Whitehall II Study. *American Journal of Epidemiology* 2009 169(5):596-605
21. Roger Collier. Sleepless in the surgical ward. *CMAJ* May 26, 2009
22. Markus Rauchenzauner. Arrhythmias and increased neuro-endocrine stress response during physicians' night shifts: a randomized cross-over trial. *Eur Heart J* (2009) 30 (21): 2606-2613
23. European working directive faces challenges. Tiago Villaneuva *CMAJ* 26 novembre 2009
24. Diane Kelsall. Doit-on continuer de priver les résidents de sommeil? *CMAJ*. 2009 mai.
25. Nyssen, A S. Stress and burnout in anaesthesia. *Current Opinion in Anaesthesiology*: June 2008 -
26. John K. Iglehart. Revisiting Duty-Hour Limits — IOM Recommendations for Patient Safety and Resident Education. *NEJM*. 2008.
27. Gander P. Sleep loss and performance of anaesthesia trainees and specialists. *Chronobiology International*, 2008)
28. B. Malmberg. Physiological restitution after night-call duty in anaesthesiologists: impact on metabolic factors. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007; 51: 823-830
29. Kevin G. Mortality Among Patients in VA Hospitals in the First 2 Years Following ACGME Resident Duty Hour Reform. *JAMA*. 2007;298(9):984-992.
30. Howard. Simulation Study of Rested Versus Sleep-deprived Anesthesiologists. *Anesthesiology*: June 2003 - Volume 98 - Issue 6 - pp 1345-1355
31. Alexander. Cause-specific Mortality Risks of Anesthesiologists. *Anesthesiology*: October 2000
32. Berry, Arnold J. M.D. Cause-specific Mortality Risks of Anesthesiologists: New Evidence for the Existence of Old Problems. *Anesthesiology*: October 2000.
33. Stephen L. Ambulatory Blood Pressure and Holter Monitoring of Emergency Physicians before, during, and after a Night Shift. *Academic Emergency Medicine*, 1998.
34. L M Carpenter. Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants. *Occup Environ Med*. 1997.
35. Nishi M. Life span of Japanese male medical doctors. *J Epidemiol*. 1999.
36. Bonnnet F. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psycho-actives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale. *AFAR* 2005.
37. HORAIRES ATYPIQUES ET CONTRAINTES DANS LE TRAVAIL : une typologie en six catégories
Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. *DARES* 25 Mai 2009
38. Debrand T., Lengagne P. PENIBILITE AU TRAVAIL ET SANTE DES SENIORS EN EUROPE. *Questions d'économie de la santé IRDES* n° 120. Mars 2007
39. CONCLUSIONS DE LA MISSION D'INFORMATION PARLEMENTAIRE SUR LA PENIBILITE AU TRAVAIL. 27 Mai 2008
40. Lafargues G. DEPARTS EN RETRAITE ET « TRAVAUX PENIBLES ». L'USAGE DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES SUR LE TRAVAIL ET SES RISQUES A LONG TERME POUR LA SANTE.

