

# MESURES D'ASSOUPPLISSEMENT DE L'AMENAGEMENT ET REDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL DES MEDECINS, PHARAMCIENS, BIOLOGISTES ET ODONTOLOGISTES HOSPITALIERS

*Version du 08/01/2003*

Accord entre

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Et

La réduction du temps de travail des personnels médicaux hospitaliers et l'intégration des gardes dans le temps de travail à l'hôpital public a fait l'objet d'un protocole signé le 22 octobre 2001 par toutes les organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers. Les dispositions arrêtées dans ce protocole ont fait l'objet d'une traduction réglementaire.

La Mission Nationale d'Evaluation de la RTT a constaté les grandes difficultés que rencontrent les établissements pour mettre en oeuvre ces dispositions. Sans remettre en cause les mesures prévues par le protocole signé le 22 octobre 2001, la MNE propose une mise en oeuvre progressive de celles-ci, compte tenu de l'ampleur des réorganisations à conduire et de l'importance des recrutements à effectuer, dans contexte de démographie médicale tendue.

A cet égard, une première mesure sera prise dès le premier semestre 2003 avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2003 pour la création d'un nouveau statut pour les praticiens hospitaliers attachés et attachés associés, qui bénéficiera d'un financement spécifique.

C'est pourquoi les signataires conviennent ensemble de la nécessité de mesures transitoires d'assouplissement. Ces mesures doivent garantir d'une part, le fonctionnement médical des établissements publics de santé pendant la phase de montée en charge des dispositifs et d'autre part, les droits acquis dès 2002 par les praticiens au titre de la RTT.

## **1. Bien affecter les crédits consacrés aux créations de postes**

La création d'emplois médicaux stables doit être prioritaire. L'attribution des crédits aux établissements concernés, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2003, pour la création d'emplois – tranches 2002 et 2003 – soit 2000 emplois, dont la moitié au moins d'emplois de praticien hospitalier – sera réalisée à l'occasion de la fixation des budgets primitifs pour 2003, en tenant compte des créations déjà autorisées, le cas échéant, en fin d'année 2002, au titre du protocole du 22 octobre 2001.

Il est rappelé que ce protocole prévoit, à échéance du 1<sup>er</sup> janvier 2005, la création de 3500 postes.

- Ces créations d'emplois bénéficient d'un financement **ciblé et** spécifique, à distinguer des crédits alloués ou redéployés au profit du temps additionnel et des indemnités de sujétion :

- **A/ en cas d'impossibilité de recrutement, les crédits attribués pour la création de postes médicaux au titre de la RTT sont utilisés pour assurer le financement du rachat ciblé de jours RTT ;**

- **B/ les indemnités pour temps de travail additionnel et les indemnités de sujétion sont financées par des crédits alloués spécifiquement à cet effet et par les redéploiements des crédits opérés à partir du budget « gardes et astreintes ».**

- Les crédits attribués pour la création de postes médicaux au titre de la RTT sont utilisés en cas d'impossibilité de recrutement pour assurer le financement du rachat ciblé de jours RTT.

- La répartition des 3500 créations d'emplois doit être **effectuée** assurée, dans chaque région, au profit de l'ensemble des disciplines, en fonction des besoins, **notamment pour les disciplines assurant le fonctionnement des plateaux médico-techniques et les disciplines liées aux services d'accueil des urgences (gynéco-obstétrique, pédiatrie, psychiatrie, urgentistes, .).**

## **2. Rendre à nouveau possible le rachat de jours RTT**

Sur la base de l'organisation **médicale** fixée par les instances de l'établissement et approuvée, lorsque le fonctionnement du service le justifie et que de réelles difficultés à couvrir les besoins en temps médical sont constatées, au vu du tableau de service, après avis du responsable de la structure concernée et du président de la CME, le directeur propose aux praticiens volontaires le rachat de jours RTT. Ce rachat peut aller jusqu'à 10 jours pour un temps plein.

Les jours ainsi rachetés seront payés forfaitairement 300 . par jour. Cette mesure pourra être reconduite, le cas échéant, au vu du résultat de l'évaluation qui sera faite en fin d'année 2003.

Un bilan de ce dispositif est présenté aux instances de l'établissement et comité de suivi local. Il sera transmis en fin d'année au directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation, pour établir une synthèse régionale qui sera présentée au comité de suivi régional.

Une synthèse nationale sera également présentée au comité de suivi national.

## **3. Rendre le compte épargne temps plus attractif et plus crédible**

Le principe de l'alimentation du compte épargne-temps sur la base du volontariat est réaffirmé.

Le compte épargne-temps constitue, dans la période de montée en charge des créations de postes et dans un contexte marqué par des difficultés de recrutement, un outil stratégique pour les établissements. Il doit être attractif et son financement

garanti.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 prévoit que le fonds pour l'emploi contribue au financement des droits à congé RTT affectés au compte épargne-temps. Ce financement apporte aux praticiens la garantie qu'ils pourront utiliser leur compte épargne-temps.

Le décret qui doit être pris en application de la loi sera soumis à la concertation des signataires du présent accord.

Deux mesures seront prises dès le début de l'année 2003 :

- Le plafond de temps cumulé pour le CET passera de 7 ans à 10 ans, ce qui permettra à un praticien de pouvoir bénéficier d'un droit cumulé de 1 an et 6 mois s'il verse la totalité de ses jours épargnables pendant ces 10 années.
- Les jours de RTT épargnés dans le CET pendant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2005 seront bonifiés à hauteur de 10% du temps épargné, avec application d'une règle d'arrondi à l'entier supérieur ou inférieur selon que le résultat obtenu est égal, supérieur ou inférieur à ½ journée et selon les modalités décrites ci-après : le gestionnaire du CET constate en fin d'année n le nombre de jours RTT qui ont alimenté le CET au cours de cette année n, déduction faite des jours pris et des bonifications constatées au titre de l'année précédente. Il applique à ce nombre le taux de 10% en tenant compte de la règle d'arrondi à l'entier supérieur ou inférieur précitée. L'année suivante, il appliquera le taux de 10% aux seuls jours RTT ayant alimenté le CET durant l'année n+ 1, dans les mêmes conditions que l'année précédente, les jours épargnés l'année précédente ne faisant pas l'objet d'une bonification.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004, les jours pris qui ne seront ni pris ni payés seront versés au CET.

Les droits ainsi acquis figureront, à titre de garantie, sur le bulletin de salaire.

Les dispositions du décret du 18 novembre 2002 seront en conséquence adaptées. La concertation ouverte à cette occasion permettra d'explicitier la notion de nécessités de service.

#### **4. Organiser la permanence des soins et contractualiser le temps de travail additionnel.**

Dans le respect des lois et règlements en vigueur, les organisations médicales seront définies au niveau local en fonction de la nature et du volume des activités concernées au regard des missions de l'établissement.

- La classification des activités s'effectue selon qu'elles relèvent ou non d'une activité médicale continue nécessitant une présence médicale permanente sur place.

- Lorsque l'activité médicale est continue et que le fonctionnement du service nécessite un temps de travail additionnel, appréciée sur un cycle de travail de quatre mois, celui-ci est rémunéré à hauteur de 300 . par période de deux demi-journées.

Dans tous les autres cas, le recours à l'astreinte devra être privilégié.

Dans chaque établissement, la commission des gardes et astreintes désormais appelée commission de l'organisation et de la permanence médicale et pharmaceutique formulera les propositions d'organisation qui seront soumises aux instances de l'établissement.

Compte tenu des difficultés de recrutement et afin d'assurer une bonne visibilité de l'organisation médicale, le responsable de la structure concernée, peut proposer au praticien la contractualisation de l'organisation du temps de travail médical additionnel sur la base des tableaux annuels prévisionnels de service. Ces tableaux sont transmis pour accord au directeur. Pendant la période de montée en charge, à titre transitoire cette possibilité de contractualisation doit être encouragée. Elle s'organise sur la base du volontariat. Dans ce cadre, les praticiens peuvent effectuer des périodes de temps de travail additionnel au-delà de leurs obligations statutaires de service.

L'arrêté appelé à remplacer l'arrêté relatif à l'organisation et à l'indemnisation des gardes et à la mise en place du repos de sécurité dans les établissements publics de santé sera soumis à la concertation avec les organisations syndicales signataires du présent accord dès le début de janvier 2003.

Dans le souci de la qualité et de la sécurité des soins, conformément aux dispositions du protocole du 22 octobre 2001, la logique d'établissement devra être complétée d'une approche de l'organisation des soins par territoire ou bassin de santé notamment en organisant un exercice partagé et une mutualisation des moyens. Les directeurs d'ARH solliciteront les comités régionaux de suivi sur les projets d'organisation, lesquels pourront également faire des propositions de coopération ou d'organisation. De plus, les établissements s'engageront dans une réorganisation interne de leur système de permanence des soins.

**Dans le cadre des enveloppes allouées de cette nouvelle approche inter-établissement et compte tenu de l'évaluation qui sera réalisée en 2003,**

A la fin de 2003, une évaluation de l'ensemble du dispositif sera réalisée. Au vu de ses résultats et compte tenu des moyens ainsi dégagés, une revalorisation **forfaitaire** du taux des astreintes pourra être mise en oeuvre.

## **5. Assurer le suivi de la mise en oeuvre du présent accord.**

La DHOS est chargée du suivi et de l'évaluation de la mise en oeuvre du dispositif et procèdera aux corrections et ajustements nécessaires **notamment en ce qui concerne le travail de nuit.**

Elle s'appuiera sur les avis émanant :

- au niveau national, du comité de suivi, présidé par le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, composé des organisations syndicales signataires du cadrage national et du présent accord ;
- au niveau régional, du comité régional de suivi, présidé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et composé de représentants des organisations syndicales ainsi que des conférences de directeurs et de présidents de CME et de la FHF.