



# Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

## Accord Cadre

Du

Relatif à

## L'exercice médical à l'hôpital (V 5)

Au cœur du système de santé, l'hôpital en assure la continuité et la permanence. Avec son fonctionnement 24 heures sur 24, 365 jours par an, il constitue un enjeu majeur au plan national parce qu'il doit répondre aux besoins croissant de santé, d'information et d'exigence de la population. Il doit s'adapter en permanence et optimiser continuellement sa performance pour garantir des soins de qualité et au meilleur coût.

Fort de ses professionnels de santé, il doit répondre aux impératifs nouveaux d'organisation liés à la croissance des maladies chroniques ainsi qu'à nombre d'obligations croissantes et parfois divergentes.

Cela induit une mutation profonde de la nature même de la médecine, de sa dispensation et de son organisation alors que la nécessaire maîtrise de la dépense publique s'inscrit dans la durée. L'hôpital public doit faire face à tous ces enjeux, il est aujourd'hui ouvert sur son territoire et centré sur le patient, et même le patient citoyen.

Ses professionnels de santé, et en particulier ses praticiens, formés et qualifiés, doivent être en mesure de répondre dans de meilleures conditions aux obligations renforcées que les nombreuses réformes voulues par nos concitoyens, ont accentué au fil du temps.

Ces évolutions s'inscrivent par ailleurs dans un environnement où la démographie médicale en France reste préoccupante.

Enfin, le poids ressenti de la charge administrative, le risque identifié de tensions psycho sociales et le sentiment de perte des repères institutionnels alimentent un malaise de plus en plus grand au sein de la communauté médicale.

Cette fragilité justifie aujourd'hui des mesures adaptées et motivantes pour réussir le double pari de demain, attirer les jeunes praticiens et fidéliser ceux qui sont déjà engagés dans le service public hospitalier.

Dans ce contexte mis en lumière par le rapport de la mission conduite par Danielle Toupillier sur l'exercice médical à l'hôpital remis en septembre 2011, le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, conscient de ces difficultés, a annoncé par courrier du 28 juillet 2011 adressé aux organisations syndicales représentatives des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers, l'ouverture d'une concertation.

Le présent accord cadre a notamment vocation à reprendre les principales avancées issues de cette réflexion, et à identifier les actions et le calendrier qui doivent les accompagner, afin de renforcer l'attractivité de la carrière médicale hospitalière pour maintenir l'accessibilité de tous aux meilleurs soins et mieux articuler les prises en charge notamment celles liées à la permanence des soins, aux maladies chroniques et aux conséquences du vieillissement.

C'est pourquoi les signataires du présent accord cadre, prenant en compte en particulier les tensions démographiques et les impératifs budgétaires et économiques, conviennent de donner un signal positif fort à la communauté hospitalière. Ils sont déterminés à engager une étape décisive du dialogue social fondé sur les quatre valeurs suivantes :

- L'engagement dans le service public,
- L'importance du travail médical en équipe,
- La qualité de l'exercice clinique auprès du patient,
- La prise de responsabilité professionnelle,

Déclinées autour des deux axes structurants de l'accord-cadre développés ci-après:

- Identifier, organiser, soutenir et valoriser les équipes médicales,
- Choisir, construire et adapter la carrière médicale du praticien à l'hôpital

## **I - IDENTIFIER, ORGANISER, ET VALORISER LES EQUIPES MEDICALES**

### **• Des praticiens engagés dans un projet d'équipe**

1) Sans remettre en cause l'organisation polaire des hôpitaux, la constitution et l'identification d'équipes médicales doit être encouragée en tant qu'unité de base de l'organisation médicale hospitalière, qu'elle soit définie autour d'une spécialité, d'une discipline, d'un organe ou d'une pathologie. Cette équipe intégrera tous les praticiens concourant à son activité quel que soit leur statut. L'identification de l'équipe médicale, sans méconnaître la place importante du personnel non médical, se développera en cohérence avec les structures internes du pôle, d'un établissement mais également au sein d'un territoire de santé.

2) Le chef d'équipe sera choisi par ses pairs et le chef de pôle, pour une période déterminée et en favorisant le renouvellement.

3) Le fonctionnement de l'équipe se fera autour d'un projet commun et partagé. Ainsi, les missions et activités de l'équipe seront définies et contractualisées, selon le type de structures (CHU, CH...) à la fois :

- par un contrat collectif d'équipe, intégré au contrat de pôle en cohérence avec le projet médical et le projet d'établissement. Les missions, activités et valences de l'équipe seront déclinées dans un tableau annuel prévisionnel d'activité (TAPA). En miroir un tableau annuel recensera les éléments constitutif du temps médical disponible (temps de travail, plages additionnelles, CET...)
- par un contrat individuel d'engagement passé par chaque praticien composant l'équipe et précisant ses droits et obligations au plan professionnel au sein de l'équipe comme, éventuellement les projets personnels.
  - ◆ **Action** : Un groupe de travail, regroupant notamment les organisations signataires, le CNG et les services concernés, sera chargé de définir les évolutions nécessaires, avec une adaptation éventuelle des textes, afin de définir de manière simple et souple la notion d'équipe, les modalités de nomination du chef d'équipe, et les conditions de son inscription dans une démarche de contractualisation de l'équipe avec le chef de pôle.
  - ◆ **Echéance** : Premier semestre 2012.

• **Des praticiens reconnus et valorisés dans leur exercice professionnel**

**1) Par le renforcement du dialogue social**

**a) Au niveau local**

- Un volet spécifique aux praticiens hospitaliers sera inséré dans le projet social des établissements publics de santé.
- En lien avec la CME, la thématique santé au travail (prévention des risques professionnels et psycho-sociaux...) et l'amélioration des conditions de vie au travail des praticiens tous statuts confondus, feront l'objet d'une démarche structurée, en lien avec les dispositifs existants.
- Une instance locale de médiation et de conciliation sera mise en place pour prévenir et gérer les éventuels conflits avec ou entre praticiens.

- Un référent médical désigné dans chaque pôle, sera chargé de suivre les praticiens dans la gestion de leur carrière, de veiller à ce que les conditions de vie au travail soient réunies pour permettre à chacun d'entre eux de s'accomplir dans son exercice et d'accompagner ces praticiens en cas de difficultés particulières. Dans ce cadre le rôle de la commission régionale paritaire (CRP) sera renforcé.
- L'élaboration d'un code de bonne conduite professionnelle par la commission médicale d'établissement (CME) avec définition d'un programme pluriannuel d'actions prioritaires évalué annuellement sera préconisée et fera l'objet d'un appui méthodologique national.

#### **b) Au niveau régional**

- La commission régionale paritaire devra être réunie par le directeur général de l'ARS au moins 2 fois par an pour proposer toute adaptation utile sur l'organisation et le fonctionnement des activités, sur la continuité et la permanence des soins, l'identification des situations à risque professionnel ainsi que le suivi budgétaire des emplois médicaux, en lien avec le comité consultatif national paritaire des praticiens hospitaliers.

#### **c) Au niveau national**

- Une facilitation du dialogue social, par l'instauration d'un dispositif clarifié de reconnaissance de droits et moyens syndicaux permettra une action plus efficace (décharges d'activité au niveau national et autorisations d'absence au plan national et régional, en particulier).
- Un ensemble d'indicateurs sociaux prioritaires pour les praticiens (gestion de l'absentéisme, du turn-over...). sera défini au niveau national et devra être suivi au plan local et régional.

◆ **Actions** : Le groupe de travail précité sera chargé de produire des recommandations et des propositions d'évolution de la réglementation.

◆ **Echéance** : fin 2012.

## **2) Par une valorisation spécifique de l'exercice hospitalier**

a) Le développement des coopérations entre professionnels de santé qui traduit de nouvelles modalités d'exercice des praticiens et des paramédicaux renforçant ainsi la cohésion des équipes et l'enrichissement de chacun de leurs membres, doit être encouragé et intensifié.

◆ **Action** : Sur la base des rapports et expérimentations existantes les organisations signataires seront sollicitées par les services concernés pour aider à la promotion des coopérations interprofessionnelles. Notamment un bilan annuel des modalités de coopérations menées sera réalisé et communiqué leur sera communiqué ainsi qu'au comité consultatif national paritaire des praticiens hospitaliers pour information et propositions..

◆ **Echéance** : Fin 2012.

b) Un dispositif d'intéressement tenant compte de la performance collective sur la base d'objectifs et de résultats valorisera les actions des équipes soignantes en matière d'amélioration de la qualité des soins et/ou des conditions de vie au travail, de participation à des travaux de recherches avec publication scientifique notamment.

◆ **Action** : Le groupe de travail sera chargé de préparer l'élaboration d'un projet de décret.

◆ **Echéance** : 2<sup>ème</sup> semestre 2012.

c) Une labellisation dans le cadre de la démarche qualité des équipes médicales sera portée par la Haute Autorité en Santé (HAS) et les services concernés pour attirer et fidéliser les praticiens à l'hôpital.

◆ **Action** : Concertation à conduire notamment avec la HAS.

◆ **Echéance** : 2<sup>ème</sup> semestre 2013.

## **II - CHOISIR, CONSTRUIRE ET ADAPTER LA CARRIERE MEDICALE A L'HOPITAL**

Prenant en compte les évolutions législatives nationales et européennes, intégrant la nécessaire valorisation du temps médical, décidés à promouvoir les pratiques et les responsabilités médicales, les signataires s'accordent sur :

**1) Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences rendue indispensable par l'évolution démographique sera mise en place au niveau territorial, régional et national.**

**◆ Actions :**

- Mise à disposition annuellement du directeur d'établissement, du président de la CME et des chefs de pôles et d'équipes des données démographiques nationales, voire européennes, (études DGOS, DREES, Observatoires nationaux, Ordres professionnels et CNG...), régionales (ARS) et locales (EPS).

- Elaboration à partir du retour d'expérience de la GPEC mise en place pour les personnels relevant de la FPH, d'une méthodologie adaptée à la GPEC des emplois médicaux.

**◆ Echéance :** Un plan de développement et de mise en œuvre sur 3 ans sera établi par le groupe de travail.

**2) Une négociation statutaire sera ouverte pour moderniser et adapter les statuts médicaux à l'hôpital.**

D'ores et déjà comme annoncé par le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé dans sa lettre du 28 juillet 2011, des avancées sensibles au travers d'une évolution des cadres réglementaires existants, porteront sur :

- L'attribution de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) aux praticiens des hôpitaux à temps partiel et aux praticiens attachés à temps plein.
- L'extension de l'assiette IRCANTEC pour les praticiens des hôpitaux à temps partiel et aux praticiens attachés à temps plein.
- Une amélioration du dispositif de retraite sur-complémentaire pour les personnels enseignants et hospitaliers titulaires tenant compte de leur valence hospitalière.

◆ **Actions** :

Publication des projets de décret et des projets d'arrêté d'application, relatifs à l'IESPE (voir annexes).

Publication d'un projet de décret modificatif du décret du 29 septembre 2010 pour l'élargissement de l'assiette IRCANTEC (voir annexes).

Publication d'un projet de décret modificatif du décret 5 avril 2007 relatif à la retraite complémentaire des praticiens à statut hospitalier et universitaire (voir annexes).

◆ **Echéance** : Publication au plus tard à la fin du premier trimestre 2012.

Au-delà de ces publications réglementaires, la modernisation de la carrière hospitalière fera l'objet de l'ouverture d'une négociation statutaire débutant au premier semestre 2012. Il s'agira notamment :

**a)** De développer les conditions de mise en œuvre pratique d'une carrière modulable afin :

- D'attirer les jeunes praticiens à l'hôpital,
- D'encourager l'engagement des praticiens dans l'ensemble des activités ouvertes au sein de leur équipe ou dans l'établissement en valorisant à la fois notamment les soins l'enseignement et la recherche, l'expertise et le management.
- De valoriser la fin de carrière en optimisant les expériences acquises notamment par le tutorat et le consultanat.
- D'évaluer dans le cadre de bilans prospectifs et rétrospectifs les étapes de la vie professionnelle.

**b)** de définir un socle statutaire commun géré par le CNG adaptant la grille des rémunération afin de revaloriser les débuts de carrières, limiter le nombre d'échelons et permettre des redéfinitions des quotités de travail.

**c)** de définir les conditions statutaires de reconnaissance contractuelle des engagements au sein de l'équipe d'exercice.

**d)** de réaliser la fusion des statuts de temps plein et temps partiel

Ce cadre statutaire unique devrait permettre d'offrir aux praticiens une modularité de leur temps de travail et une adaptabilité de leur carrière en fonction de leur projet professionnel et personnel, en cohérence avec le projet collectif.

e) De la même façon une réflexion sur l'harmonisation, le rapprochement voire l'unification des différents statuts de praticiens contractuels (praticiens attachés, praticiens adjoints contractuels, praticiens contractuels, praticiens cliniciens) à l'exception de celui des assistants, sera conduite pour mettre fin à la trop grande disparité des modes de recrutement et de rémunération.

◆ **Echéance** : début de la négociation statutaire au premier semestre 2012

### **3) L'optimisation de la gestion du temps de travail médical à l'hôpital.**

a) Mieux identifier le temps de travail médical disponible.

Il est convenu de favoriser l'articulation entre les différents outils réglementaires et organisationnels afin de permettre l'interface et la cohérence entre le descriptif des activités figurant au TAPA et l'organisation du temps de travail médical sur la période considérée.

b) L'allègement des charges administratives.

Il apparaît nécessaire d'objectiver les composantes de la charge dite administrative (traitement de l'information, gestion administrative ou logistique...) et de recentrer les praticiens sur leur cœur de métier.

◆ **Action** : Un groupe de travail sera mis en place avec en appui la prestation d'un cabinet de conseil.

◆ **Echéance**: 2<sup>ème</sup> semestre 2012.

c) Mieux maîtriser la gestion des comptes-épargne temps (CET)

Le bilan dressé au terme de 10 années de mise en œuvre des CET des personnels médicaux montre la nécessité d'adapter le cadre réglementaire existant en ouvrant les conditions d'un droit d'option volontaire permettant l'utilisation des jours épargnés :

- soit par prise de congés,
- soit par indemnisation,
- soit encore par prise en compte au titre d'un régime de retraite de sur-complémentaire.

Ce nouveau dispositif apportera des réponses adéquates au traitement du « stock » et du « flux » de jours CET.

◆ **Action** : Publication du nouveau dispositif réglementaire apportant les modifications nécessaires au code de la santé publique et organisation de son dispositif d'évaluation.(voir annexes)

◆ **Echéance** : Au plus tard fin du premier trimestre 2012.

**d)** Promouvoir la mise en place de procédures et d'outils qui garantissent la cohérence d'ensemble de la gestion du temps médical, sera assurée.

◆ **Actions** :

La réalisation de tableaux annuels prévisionnels des activités (TAPA) et du temps médical disponible (Hôpital : équipe, pôle ; ARS : commissions paritaires régionales - CPR).

L'organisation de temps de concertation sur la gestion du temps de travail au sein des pôles et des établissements et sur la base d'un recueil d'informations, au niveau régional dans le cadre des commissions régionales paritaires placées auprès des agences régionales de santé chargées d'une réflexion en vue d'une harmonisation régionale

Un bilan des modes d'organisation du temps de travail introduits depuis la mise en place de l'ARTT et de l'intégration des gardes dans le temps de travail, et des mises en perspective à l'aune de la réglementation européenne.

Un bilan annuel de synthèse de l'évolution du temps médical et des CET sera réalisé et présenté à la commission nationale paritaire du CNG.

◆ **Echéance** : 2012

#### **4) Un accompagnement plus personnalisé des carrières médicales.**

##### **a) Au niveau local et territorial**

- La qualité de l'accueil et la définition claire de la place du jeune praticien au sein de l'équipe sera priorisée.
- La recherche d'une adaptation des conditions de vie au travail sera privilégié (accès aux crèches, garderies, restauration, information, prise en compte de la pénibilité ...)
- Le développement professionnel continu (DPC) devra être mis en place et intensifié pour permettre l'enrichissement et l'actualisation des connaissances et l'évolution des pratiques professionnelles.

- La promotion de la recherche clinique et des publications scientifiques sera encouragée et développée.

◆ **Action** : Groupe de travail national chargé de produire des recommandations et éventuellement évolution réglementaire.

◆ **Echéance**: 2012.

#### **b) Au niveau national**

- Un accompagnement individualisé de la carrière sera développé par le CNG qui aura également à charge de constituer vivier national de praticiens désireux de s'inscrire dans des parcours professionnels diversifiés.
- Pour rapprocher l'offre de la demande, sur la base de profils de poste précis, une CV-thèque sera organisée par le CNG, dans le cadre de la bourse à l'emploi mise en place.
- Des passerelles professionnelles hospitalières permettant un parcours adapté aux attentes individuelles des praticiens en cours de leur carrière, seront facilitées par la DGOS/CNG en lien avec les ordres professionnels et les universités.

◆ **Action** : Un travail sera engagé sur ces deux dernières préconisations par le ministère chargé de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

◆ **Echéance** : 2012

### **III- CREATION D'UN COMITE DE SUIVI**

Il est créé un comité de suivi du présent accord-cadre, composé de la directrice générale de l'offre des soins ou ses représentants, de la directrice générale du Centre national de gestion ou ses représentants ainsi que des représentants des organisations syndicales représentatives des praticiens, signataires de l'accord-cadre qui par ailleurs, participeront à l'ensemble des groupes de travail qui seront constitués pour accompagner la mise en œuvre des préconisations du présent accord-cadre. Le comité de suivi se réunit en tant de que de besoin à la demande des parties signataires et au moins une fois par an.