



Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Direction générale de
l'offre de soins
Sous-direction des ressources
humaines du système de santé
Bureau des ressources
humaines hospitalières

Personnes chargées du dossier :
Isabelle COUAILLIER
Martine HEBRARD
tél. : 01 40 56 52 90
mél. : isabelle.couaillier@sante.gouv.fr
martine.hebrard@sante.gouv.fr

La ministre des affaires sociales, de la santé
et des droits des femmes

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Mesdames et Messieurs les préfets de
département

Mesdames et Messieurs les directeurs des
établissements publics de santé

INSTRUCTION N° xxx du xxx relative au référentiel national de gestion du temps de travail
médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire n°

Date d'application :

NOR : zone à remplir par le rédacteur après attribution du numéro par SDSGI/doc

Classement thématique : cette zone est à remplir par SDSGI/doc

Validée par le CNP, le xx xxxxx 2015 - Visa CNP 2015-xxx (si ARS concernées)

Visée par le SG-MCAS le

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : La présente circulaire a pour objectif de préciser, sous forme de référentiel, les modalités d'organisation du travail applicables dans les structures de médecine d'urgence

Mots-clés : personnels médicaux hospitaliers - temps de travail - structures de médecine d'urgence – Urgences – SAMU – SMUR – établissements de santé

Textes de référence :

- Directive européenne 2003/88/CE du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail
- Code de la santé publique (Articles R. 6123-1 à R. 6123-32-13)
- Code de la santé publique (Articles R. 6152-26 à 6152-28 pour les praticiens hospitaliers temps plein, R. 6152-221, R. 6152-223 et R. 6152-224 pour les praticiens des hôpitaux à temps partiel, R. 6152-407 et R. 6152-408 pour les praticiens contractuels, R. 152-504 et R. 6152-505 pour les assistants des hôpitaux, R. 6152-605 à R. 6152-607 pour les praticiens attachés)
- Décret n° 95-569 du 6 mai 1995 modifié relatif aux médecins et aux chirurgiens-dentistes recrutés par les établissements publics de santé, les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions fixées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique et l'Etablissement français du sang
- Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR

Diffusion : Les établissements ou organismes concernés doivent être destinataires de cette circulaire, par l'intermédiaire des services déconcentrés ou des ARS, selon le dispositif existant au niveau régional.

La circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences, SAMU et SMUR a affirmé trois principes complémentaires concernant l'organisation des activités et la gestion du temps de travail au sein de ces structures :

- la généralisation du principe du décompte horaire du temps de travail dans les structures de médecine d'urgence (urgences, SAMU et SMUR) ;
- la mise en place d'un référentiel national de répartition et de gestion du temps de travail permettant d'identifier, dans le respect du maximum de 48 heures hebdomadaires en moyenne par quadrimestre, un temps dédié au travail clinique posté de 39 heures et un temps réservé aux activités non cliniques à forfaitiser ;
- l'adaptation des organisations de l'urgence dans les territoires en vue d'une amélioration du service rendu au patient.

Un groupe de travail a été installé le 2 mars 2015 afin d'élaborer le référentiel national de répartition et de gestion du temps de travail applicable dans les structures de médecine d'urgence.

La version finale de ce document de référence figure en annexe de la présente instruction.

Il consacre l'organisation des activités au sein des structures de médecine d'urgence autour de deux composantes distinctes :

- le travail clinique posté, structurant pour l'activité du service, orienté autour de la prise en charge et de la coordination des soins autour du patient ainsi que des tâches qui y sont directement rattachées (contacts avec les familles, sollicitation d'avis spécialisés, renseignement du dossier médical par exemple),
- les activités non postées, cliniques ou non, activités à vocation majoritairement collective et institutionnelle qui demandent par nature à être programmées dans les tableaux de service afin que les praticiens puissent les assumer (participation à des réunions institutionnelles d'instances ou de groupes de travail, formations délivrées ou reçues par exemple).

La capacité pour les praticiens exerçant dans ces structures de pouvoir consacrer une partie de leur temps de travail à des activités non postées est essentielle à l'attractivité dans la durée de leur exercice professionnel, à la qualité des soins, à l'amélioration continue de leur pratique ainsi qu'à leur implication dans la vie institutionnelle, compte tenu des sujétions liées à la prédominance d'activités en travail clinique posté et en permanence de soins.

Ce référentiel appelle, sur la base de la décomposition présentée ci-dessus et de l'analyse des besoins médicaux à satisfaire par les structures urgences, SAMU et SMUR de l'établissement, à un processus exigeant visant à redéfinir l'organisation la plus pertinente des activités médicales au sein de ces structures et à optimiser la ressource en compétences de médecins urgentistes.

Cette démarche repose sur les maquettes d'organisation des activités médicales, définissant le besoin en temps clinique posté, ainsi que sur les missions contractualisées avec chaque praticien, liées à ses activités non postées.

La déclinaison et la mise en œuvre transparentes, opérationnelles et équilibrées de ce référentiel nécessitera l'implication de l'ensemble des instances et responsables médicaux, comme des équipes, concernés au sein de chaque établissement.

Un autre groupe de travail, chargé de décliner de façon opérationnelle l'organisation territoriale des activités de médecine d'urgence, poursuit par ailleurs ses travaux ; ils seront éclairés par le rapport demandé sur ce même sujet au Docteur Jean Yves GRALL, directeur général de l'agence régionale de santé Nord Pas-de-Calais.

Les objectifs de ces deux démarches sont fortement complémentaires et leur mise en œuvre doit s'envisager de manière coordonnée. Elles sont fondatrices, à l'échelle de l'établissement comme du territoire, d'une nouvelle approche de l'organisation des structures de médecine d'urgence, garantissant à la population l'accès aux soins urgents, optimisant l'utilisation des ressources humaines médicales disponibles et créant les conditions d'un exercice professionnel soutenable pour les professionnels de l'urgence.

Les chefs des établissements publics de santé, en association étroite avec les présidents de commission médicale d'établissement, sont invités, en concertation avec les équipes concernées et les instances de l'établissement, à engager dès réception de la présente instruction le processus nécessaire à la mise en œuvre des nouvelles modalités relatives à l'organisation et à la gestion du temps de travail applicables dans les structures de médecine d'urgence, en cohérence avec les démarches de territorialisation des organisations liées à l'urgence qui seront engagées sous l'égide des agences régionales de santé, conformément aux orientations qui seront prochainement données par les pouvoirs publics.

Les commissions médicales d'établissement seront invitées à se prononcer sur les modalités de mise en œuvre dans l'établissement de ces dispositions et à procéder à leur évaluation. Elles s'assureront de la primauté du projet médical comme élément structurant de l'organisation des activités médicales.

Un bilan portant sur l'ensemble des éléments relevant de la mise en œuvre du référentiel sera réalisé chaque année sous la responsabilité de la commission de l'organisation de la permanence des soins et présenté devant la commission médicale d'établissement de chaque établissement.

Toute difficulté qui pourrait survenir dans l'application de la présente instruction devra être signalée aux services compétents de la Direction générale de l'offre de soins.

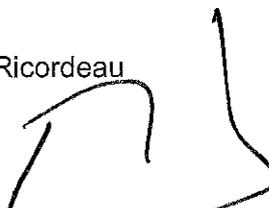
Pour la ministre et par délégation,

J. Debeaupuis



Directeur général de l'offre de soins

P. Ricordeau



Secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales

<p style="text-align: center;">Référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence</p>
--

Le présent document structure et organise la gestion du temps de travail des professionnels médicaux exerçant dans les structures de médecine d'urgence dont l'activité est autorisée au sens de l'article R6123-1 et suivants du code de la santé publique, conformément aux principes généraux décrits dans la circulaire du 22 décembre 2014.

I. Professionnels concernés

Sont concernés par l'application du présent référentiel :

- les praticiens hospitaliers temps plein, praticiens des hôpitaux à temps partiel, assistants, assistants associés, praticiens attachés, praticiens attachés associés, praticiens contractuels et praticiens adjoints contractuels
- affectés au sein des structures de médecine d'urgence.

Les modalités de gestion des obligations de service et du temps de travail des personnels hospitalo-universitaires étant régies par des dispositions réglementaires différentes, le présent référentiel n'est pas applicable à cette catégorie de professionnels exerçant dans les structures de médecine d'urgence.

Leur activité hospitalière est cependant comptabilisée dans les ressources médicales de la structure, contribuant à satisfaire le besoin en temps clinique posté défini au 2^{ème} alinéa du III présent référentiel.

II. Les composantes du travail dans les structures de médecine d'urgence

Le temps de travail des professionnels concernés, mentionnés au titre précédent, est décomposé en un temps dédié au travail clinique posté et en activités non postées, cliniques ou non.

La capacité pour les praticiens exerçant dans ces structures de pouvoir consacrer une partie de leur activité à des activités non postées est essentielle à l'attractivité dans la durée de leur exercice professionnel, à la qualité des soins, à l'amélioration continue de leur pratique ainsi qu'à leur implication dans la vie institutionnelle, compte tenu des sujétions liées à la prédominance d'activités en travail clinique posté et en permanence de soins.

A. Le travail clinique posté

Le travail clinique posté est consacré à la prise en charge médicale des patients dans le cadre de l'occupation d'une fonction faisant l'objet d'une relève organisée.

Cela correspond, pour les professionnels concernés par l'application du référentiel, à la présence au sein de l'établissement entièrement dédiée :

- à l'accueil, à la prise en charge et à la coordination des soins autour du patient aux urgences et en unités d'hospitalisation de courte durée rattachées aux services d'urgences (contacts avec les familles, sollicitation d'avis spécialisés, renseignement du dossier médical par exemple),
- à la régulation médicale au SAMU,
- à la disponibilité pour la réalisation des missions du SMUR.

B. Les activités non postées, cliniques ou non

Les activités non postées comprennent :

1. des missions, à vocation majoritairement collective et institutionnelle, confiées aux praticiens visant notamment à :
 - assurer la coordination des soins (staffs, réunions pluridisciplinaires, organisation des filières d'aval par exemple)
 - suivre et analyser l'activité à partir des données codées,
 - contribuer à l'organisation et à la gestion du service et à la vie institutionnelle, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement,
 - participer à des démarches collectives qualités – risques – vigilances comme d'évaluation et d'amélioration des pratiques, au sein du service ou de l'institution,
 - participer aux démarches de préparation des gestions de crises,
 - contribuer aux travaux de recherche et d'enseignement universitaires.

Le temps consacré à la fonction de chef de service n'est pas inclus dans ces missions.

Le temps consacré à l'exercice de mandats syndicaux fait par ailleurs l'objet d'une comptabilisation et d'un suivi distincts.

2. les démarches relatives à la satisfaction par les praticiens de leur obligation d'actualisation de connaissances, d'amélioration des pratiques et de formation médicale continue que comporte l'obligation de DPC.

III. Les obligations de service

Les obligations de service se répartissent entre le temps de travail clinique posté et les activités non postées, cliniques ou non. Elles se situent dans la limite de 48 heures hebdomadaires maximum en moyenne par quadrimestre.

La nature et l'organisation du travail clinique posté et des activités non postées doivent être définies, dans chaque structure, en fonction des besoins en temps clinique posté issus des maquettes d'organisation des activités médicales et des spécificités propres au service et à son environnement.

Le besoin en temps clinique posté issu des maquettes d'organisation des activités médicales permet en particulier de définir, sur la base des obligations de service définies ci-après, l'effectif médical cible calculé à l'échelle des structures de médecine d'urgence de l'établissement et du territoire.

L'organisation des activités médicales est proposée par le chef de service, après concertation avec l'équipe médicale du service, et validée par le chef de pôle.

Les maquettes d'organisation des activités médicales constituent une annexe au contrat de pôle.

A. Les obligations de service liées au travail clinique posté

Elles sont fixées à 39 heures hebdomadaires en moyenne par quadrimestre pour un praticien à temps plein. Ce temps de travail clinique posté est calculé sur cette base au prorata de la quotité de temps de travail pour les praticiens n'exerçant pas à temps plein.

B. Les obligations de services liées aux activités non postées

Elles sont forfaitisées et comprennent des missions contractualisées avec chaque praticien, en lien avec les activités du service, parmi les activités décrites au II. B. 1. ci-dessus ainsi, que les démarches relatives à l'actualisation des connaissances mentionnées au II.B. 2. du présent référentiel.

Au même titre que les activités cliniques postées, elles figurent dans les tableaux de services prévisionnels et réalisés.

Un contrat, de principe annuel, détermine en fonction des priorités établies par le chef de service, en lien avec le chef de pôle, les activités non postées définies par missions propres à chaque praticien après concertation avec celui-ci.

Ces missions sont définies de manière à permettre la satisfaction par le praticien de son obligation d'actualisation des connaissances mentionnée au II.B.2. du présent référentiel et à ce que son temps de travail ne dépasse pas 48 heures hebdomadaires maximum en moyenne par quadrimestre.

Le contrat est signé entre le praticien et le chef de service, visé par le chef de pôle et par le directeur de l'établissement.

Les obligations de service du praticien sont réputées accomplies dès lors qu'il est attesté par le chef de service, à la fin de chaque quadrimestre, que les 39 heures hebdomadaires en moyenne de travail clinique posté et les missions définies contractuellement ont été réalisées par le praticien.

Au-delà de l'approche individuelle décrite ci-dessus, reposant sur une répartition égalitaire du temps de travail clinique posté et des activités non postées entre les praticiens d'une équipe, des modalités différentes d'organisation et de répartition du temps de travail peuvent être envisagées, privilégiant une approche collective.

Dans le cadre du temps médical affecté à la structure, la répartition du temps clinique posté et des activités non cliniques peut varier entre praticiens, si cela permet de mieux répondre aux besoins collectifs et aux aspirations individuelles.

La mise en place de modalités alternatives est proposée, après concertation avec l'équipe médicale du service et accord des praticiens concernés, par le chef de service et validée par le chef de pôle et le directeur.

IV. Valorisation du temps de travail additionnel

Le temps de travail additionnel qu'un praticien peut réaliser ne peut être déclenché qu'après que ce dernier a rempli l'ensemble de ses obligations de service, telles que définies au III. ci-dessus et conformément aux dispositions en vigueur en matière de temps de travail additionnel.

Les heures de travail clinique posté réalisé au-delà de 39 heures en moyenne par quadrimestre sont cumulées par plages de cinq heures et converties en demi-périodes de temps de travail additionnel. Elles sont, au libre choix du praticien, soit rémunérées chacune à hauteur d'une demi-période de temps de travail additionnel de jour, soit récupérées.

Lorsque l'effectif médical cible mentionné au 3^{ème} alinéa du III est atteint, la mise en œuvre des principes posés par le présent référentiel ne doit pas générer, hors circonstances exceptionnelles, de temps de travail additionnel.

V. Modalités particulières d'application dans les structures de médecine d'urgence à faible activité

Le présent référentiel ne s'applique dans les structures de médecine d'urgence à faible activité que lorsqu'elles sont intégrées dans une équipe médicale de territoire.

Dans le cas de figure où le référentiel ne s'applique pas, le calcul de l'effectif médical cible des structures concernées doit être réalisé de manière à permettre aux praticiens de satisfaire leur obligation d'actualisation des connaissances mentionnée au II.B.2. du présent référentiel et d'assurer les missions de représentation institutionnelle à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement.

Les directeurs généraux des agences régionales de santé sont invités, dans le cadre de la démarche de contractualisation avec les établissements auxquels appartiennent ces structures, après consultation des comités techniques régionaux des urgences, à mettre en œuvre des équipes de territoire.