

## >> INFO SNAM-HP - CMH NEGOCIATIONS - STATUT PH - RETRAITE - ASTREINTES

Cher(e) collègue,

Le protocole signé le 2 septembre 2004 par l'ensemble des intersyndicales prévoyait notamment :

- une négociation sur la revalorisation des astreintes et une modernisation du statut,
- une enveloppe de 15% (74 millions d'euros) de majoration de l'enveloppe actuelle des astreintes (495 millions d'euros).

Après 4 mois de tergiversations, le ministère de la santé a proposé une "négociation cadre" sur ces sujets.

Une première réunion a eu lieu le 6 janvier sous forme d'un tour de table. Le 7 janvier nous avons été destinataire d'une "proposition de départ, dite V1" de la part du ministère. Ce texte présenté comme "martyr par la DHOS" a servi de support à une réunion qui s'est déroulée toute la journée et une partie de la nuit du 10 janvier.

Alors que certains décidaient de quitter la table, le SNAM-HP et la CMH ont porté des propositions communes visant à améliorer fortement le système d'astreintes et à préserver l'indépendance professionnelle en modernisant le statut.

A l'issue de cette réunion, diverses versions ont circulé. Nous vous joignons la version V2 qui a été largement amendée sur la partie astreintes lors d'une discussion qui a eu lieu le mercredi 26 janvier 2004. La négociation doit se poursuivre lundi 31 janvier.

Dans la forme actuelle cette version V2 n'est pas acceptable à de nombreux points de vue. Nous vous joignons la plate forme commune SNAM-HP - CMH que nous défendons.

Il faut à la fois améliorer le statut unique tout en tenant compte des astreintes de nos différentes spécialités.

Il faut revaloriser la situation de celles et ceux qui participent à la permanence par astreintes et qui n'ont pas bénéficié des revalorisations des gardes.

Il nous faut ouvrir d'importants chantiers comme celui de la retraite (H et HU).

Notre objectif premier est de conserver à l'hôpital les moyens d'être un pôle d'excellence accessible à tous.

### **NOS PROPOSITIONS**

#### **Revalorisation des astreintes :**

Les propositions tiennent compte de l'enveloppe de 75 millions d'euros obtenue par l'accord du 2 septembre

- Intégration complète dès 2005 des indemnités d'astreinte au sein de l'assiette retraite IRCANTEC
- Convergence sur échancier court vers une indemnité unique de base alignée sur le tarif opérationnel amélioré (40 euros au moins, actuellement 25 et 32 euros).
- Amélioration de l'indemnité de déplacement, à 70 euros en 2005 (progression de 12% par déplacement).
- Forfaitisation volontaire entre 150 et 250 euros
- Dispense volontaire du travail de nuit après 60 ans dans le respect des impératifs de service
- Installation à la suite d'un arrêté officiel d'une commission paritaire (syndicats-ARH) régionale chargée d'évaluer le dispositif de la permanence des soins, de le

réguler et de le suivre. Cette même commission serait un relais pour les recours des PH, la conciliation, la prévention des conflits.

#### **Organisation et statut :**

- Concours national adapté pour favoriser l'intégration des chefs de clinique et assistants.
- Inscription sur liste d'aptitude nationale
- Publication des postes selon des procédures accélérées
- Nomination et première affectation par le Ministre dans le corps des Praticiens Hospitaliers (affectation après avis CME, Conseil exécutif).
- Mutations sur proposition de l'ARH, après l'avis local de la CME et du Conseil exécutif si les avis sont convergents. Si un litige apparaît, procédure d'externalisation via la commission nationale statutaire et le ministre.
- Renforcement des garanties du praticien dans les situations de restructuration.

#### **Pas de licenciement...**

#### **Attribution d'une part variable de rémunérations :**

- **Le statut unique est réaffirmé.** Il constitue le socle commun.
- Mise en place de compléments de rémunération pour un engagement collectif (contrat de service, contrat de pôle) notamment à l'engagement à l'accréditation défini selon les termes de la loi du 13 août réformant la sécurité sociale. Les montants restent à définir. Cette accréditation concerne les activités à risque judiciaires accrus, et a vocation à concerner progressivement toutes les spécialités, les contraintes d'exercice territorial ou en réseau. Le respect de l'article 95 du code de déontologie est bien entendu réaffirmé.
- Indemnité spécifique des responsabilités institutionnelles de Chef de Pôle et de Chef de Service.
- Possibilité de compensation du temps de travail ou de moyens consacrés à la Présidence de CME et à certaines activités transversales.

#### **Ouverture immédiate de négociations sur la retraite et la protection sociale des Praticiens Hospitalo-universitaires et pour l'IRCANTEC des Praticiens Hospitaliers.**

**Roland Rymer - Président du SNAM-HP**  
**François Aubart - Président de la CMH**

## **>> PROJET DE PROTOCOLE (version 1)**

Les signataires du présent protocole confirment leur engagement pour la modernisation de l'hôpital tant de son mode de financement que de son organisation.

Cette réforme vise à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des établissements et repose sur la responsabilisation des acteurs hospitaliers et, en tout premier lieu, des praticiens hospitaliers. L'adaptation du statut des praticiens hospitaliers est une étape importante de cette modernisation. Il s'agit d'assurer la cohérence entre les différents volets du plan de modernisation de l'hôpital : réforme de l'organisation interne, tarification à l'activité, réforme budgétaire et comptable. Cela se traduit par une plus grande implication des praticiens dans le pilotage et la gestion des établissements de santé. La recherche d'une plus grande capacité de réaction des établissements publics de santé et d'une meilleure adéquation entre les moyens et l'activité doit se traduire par les ajustements ci-dessous envisagés du statut des praticiens hospitaliers. Il convient donc d'engager la modernisation du statut des praticiens, la mise en œuvre d'outils de gestion plus dynamiques tels que l'introduction de parts variables de la rémunération des praticiens en fonction de critères de qualité, d'activité et de responsabilité, et de procéder à la revalorisation et à une nouvelle organisation des astreintes.

Le plan de modernisation de l'hôpital s'attache notamment à :

- créer une nouvelle instance décisionnelle (le conseil exécutif) où siègeront des représentants de la communauté médicale ;
- associer plus étroitement la commission médicale d'établissement au fonctionnement de l'établissement dans une composition rénovée ;
- recentrer l'organisation des activités autour des pôles ;
- nommer, au sein de chaque établissement, les responsables de pôles et les chefs de service après inscription sur une liste nationale d'habilitation garante de la maîtrise des qualités requises pour exercer ces fonctions.

Le présent protocole s'inscrit également dans le prolongement du relevé de décisions signé le 2 septembre 2004 concernant notamment la chirurgie publique et plus largement des protocoles signés depuis celui du 13 mars 2000.

Ces protocoles ont conduit en particulier à :

- mettre en place une carrière linéaire raccourcie et revalorisée en moyenne de 5,32 % au 1er novembre 2000 (86 M€) ;
- créer une indemnité pour exercice multi-établissement (21 M€) ;
- créer une indemnité d'engagement de service public exclusif (127 M€) dont les effets cumulés avec la nouvelle grille ont abouti à une augmentation moyenne de la rémunération des praticiens hospitaliers de 15,4 % entre mai 2000 et mai 2002 ;
- valoriser le recrutement sur postes prioritaires (31 M€) ;
- attribuer aux praticiens le bénéfice de l'aménagement et de la réduction du temps de travail : amélioration de l'indemnisation du déplacement (+ 21,6 % soit 23 M€), création de 3500 postes médicaux entre 2002 et 2005 (212 M€) pour compenser l'octroi de 20 jours de RTT et l'intégration des gardes dans le temps de travail, revalorisation des indemnités de permanence, le montant d'une permanence effectuée en temps de travail additionnel entre 2002 et 2005 connaissant une augmentation de plus de 89 % (182 M€).

Cela constitue, depuis la mise en œuvre statutaire il y a 20 ans, un effort sans précédent de 470 M€ hors la RTT, volume sans comparaison possible avec d'autres corps ou emplois financés par des cotisations sociales.

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et les organisations syndicales représentant les praticiens hospitaliers s'accordent sur les principes suivants qui guideront les travaux du comité de suivi constitué avec les signataires du présent protocole.

### **Revalorisation et forfaitisation de l'astreinte**

Le dispositif actuel d'astreintes et de déplacement, avec des taux spécifiques d'indemnisation (d'astreinte de sécurité, d'astreinte opérationnelle, de déplacement) se révèle à l'usage inadapté en ne permettant pas de prendre en compte le degré de contrainte relatif des astreintes selon les spécialités, le niveau d'activité et les effectifs concernés par la permanence à domicile. Par ailleurs, il n'est pas concevable de disposer dans tous les hôpitaux d'astreintes pour toutes les activités. Ceci conduit à privilégier une approche territoriale, inter-hospitalière, de l'organisation de l'astreinte.

L'objectif est d'aboutir à une majoration de 15 % de l'enveloppe des astreintes compensée par une diminution du volume des gardes et astreintes et par le regroupement des plateaux techniques ou la mutualisation des moyens. Le nouveau dispositif, qui se substitue aux indemnités de base et aux déplacements, reposera sur un forfait tenant compte des contraintes réelles.

Ces contraintes, sont définies selon les principes suivants :

- fréquence des astreintes par praticien ;
- fréquence par astreinte des déplacements obligés (actes non déléguables) ;
- durée des déplacements ;
- nombre d'appels.

Sur la base de ces critères les établissements définiront une typologie des astreintes lesquelles seront soit récupérées, soit rémunérées au sein d'une fourchette définie au niveau national. Cette fourchette est comprise entre 25€ et 175€.

La régulation et le suivi de la mise en œuvre du système sera assurée au niveau régional.

Les modifications conséquentes de l'arrêté du 30 avril 2003 seront élaborées en concertation avec les organisations signataires du présent protocole par le comité de suivi et seront opérationnelles au 1er octobre 2005.

## **Attribution de parts variables complémentaires collectives et individuelles**

L'attribution de ces parts variables complémentaires liées à l'activité est fondée sur deux principes, qui peuvent être cumulatifs :

- attribution selon la spécialité (contraintes spécifiques fortes) ;
- attribution selon des critères liés à l'engagement dans une démarche d'accréditation et à l'engagement institutionnel.

Deux dispositifs seront mis en place :

- part variable collective à effet individuel. Cette modulation s'articulera autour d'un engagement collectif des praticiens d'un pôle sur des objectifs précis de qualité des soins établis à partir de critères facilement identifiables : taux d'infection, respect des référentiels, qualité de la cotation des actes, etc. Chaque praticien bénéficiera, en fonction des résultats d'une part fixe équivalente
- part variable individuelle. Cette modulation permettra de valoriser :
  - o une démarche d'accréditation en lien avec les contraintes particulières attachées à certaines spécialités conformément aux dispositions de l'article L.4135-1 du code de la sécurité sociale (chirurgie, gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation) ainsi que des spécialités à contrainte forte telles que l'urgence ou la psychiatrie ;
  - o un engagement du praticien pour la qualité et un certain volume d'activité publique.

Les praticiens éligibles pourront percevoir une part variable individuelle égale au plus à .... % de leur rémunération statutaire au .... .. 2005. Elle pourra être portée à ....% en 2006 et à .... % en 2007.

Ce dispositif fera l'objet d'un contrat proposé par le conseil exécutif et négocié entre le praticien et le directeur de l'établissement.

## **Implication**

## **institutionnelle**

Les responsabilités institutionnelles seront indemnisées forfaitairement ainsi qu'il suit, sous réserve des adaptations qui seraient nécessaires, avec une montée en charge sur 3 ans, de 2005 à 2007 à raison de 1/3 par an :

- à compter du 1er octobre 2005 : présidence de CME (200 € bruts mensuels) ;
- à compter du 1er octobre 2005 : responsabilité d'un pôle (200 € bruts mensuels) ;
- à compter du 1er juillet 2006 : responsabilités transversales prévues réglementairement (100 € bruts mensuels).

Les modalités de mise en œuvre de ce dispositif, seront arrêtées après concertation avec les organisations signataires du présent protocole.

Ce poste représente une enveloppe de 18 à 20 millions d'euros susceptibles d'être redéployés sur la mesure part variable.

## **Modernisation du statut**

Les signataires du présent protocole s'accordent sur la nécessité de faire évoluer le statut afin de :

- simplifier les procédures,
- mettre en place une véritable politique des ressources humaines,
- rendre la carrière plus attractive.

## *Création d'un centre national de gestion (CNG)*

Un centre national de gestion est créé. Il permettra la mise en place d'une véritable gestion des ressources humaines. Il disposera, pour la gestion du personnel médical, de relais régionaux, en lien avec les ARH.

Il assurera la gestion des praticiens titulaires à temps plein et à temps partiel. Il sera doté d'une délégation de gestion et agira par délégation du ministre. Les organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers seront associées à son fonctionnement. Il définira les orientations stratégiques et formulera des propositions au ministre en matière de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Son directeur, nommé par le ministre, assurera la conduite générale du CNG.

Le CNG assurera notamment :

- l'organisation du concours national ;
- la publication des postes ;
- le suivi et la gestion des carrières ;
- l'organisation de la médecine du travail ;
- la gestion des praticiens en recherche d'affectation et le reclassement des praticiens devenus inaptes à l'exercice de leurs fonctions ;

- la gestion des procédures statutaires (discipline et insuffisance professionnelle) ;
- la gestion du contentieux individuel ;
- la formation ;
- l'évaluation ;
- l'organisation des commissions nationales statutaires.

#### *Simplification du concours*

Les signataires du présent protocole estiment que le concours dans sa forme actuelle reste trop académique, s'attachant à vérifier les connaissances professionnelles du candidat dans l'exercice de sa spécialité plutôt qu'à permettre de s'assurer qu'il pourra faire face aux différentes missions attachées au service public hospitalier (continuité des soins, travail en équipe, qualité d'accueil des patients, etc.).

Le concours sera organisé ainsi qu'il suit :

- type I : inscription sur la liste nationale d'aptitude acquise de droit sur demande de l'intéressé : pour les anciens CCA et anciens assistants spécialistes depuis moins de 5 ans ;
- type II : examen par le jury du dossier titres, travaux et services rendus ; pour les anciens CCA et anciens assistants spécialistes depuis 5 ans et plus et pour les anciens internes ;
- type III : examen du dossier titres, travaux et services rendus, épreuve orale et entretien avec le jury pour les autres candidats ;
- suppression de la détermination du nombre de places ouvertes au concours (responsabilisation du jury qui fixe le seuil en deçà duquel les candidats ne seront pas admis) ;
- regroupement de certaines spécialités ;
- limitation de la durée de validité de la liste d'aptitude à 3 ans.

#### *Gestion des emplois*

- publication. Actuellement, les vacances de poste font l'objet d'une publication annuelle au Journal Officiel par décision du ministre pour les praticiens à temps plein et par décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour les praticiens à temps partiel. Le CNG sera chargé de la publicité, accessible par internet, des emplois vacants ou susceptibles de l'être sous la responsabilité des directeurs chefs d'établissement demandeurs, selon une fréquence régulière.
- suppression de l'activité. Le praticien dont l'emploi est supprimé peut :
  - o soit demander à être placé en position de recherche d'affectation ;
  - o soit bénéficier immédiatement d'une indemnité de départ.

#### *Simplification de la procédure de nomination et d'affectation*

- la décision d'inscription sur la liste nationale d'aptitude est prise par le ministre et vaut nomination dans le corps ;
- le praticien, après avoir déposé candidature sur un poste vacant, est affecté dans une structure de soins par décision conjointe du directeur et du président de la CME après avis du conseil exécutif et de la CME.

#### *Profil de poste*

- élaboré localement, il est communiqué au praticien lors de sa candidature ;
- l'acte de candidature du candidat vaut engagement du praticien sur les actions à mener et les objectifs à atteindre contenus dans le profil de poste ;
- il fixe les caractéristiques des fonctions, notamment la quotité de temps de travail, les valences exercées par le praticien, les contraintes particulières (exercice sur plusieurs sites par exemple) ;
- il précise les conditions de mise en œuvre de la part variable collective ou individuelle [ainsi que les fonctions de responsabilités exercées par le praticien donnant lieu à indemnisation]
- le document indique la périodicité selon laquelle le profil de poste est rediscuté avec le praticien.

#### *Rôle de la commission statutaire nationale (CSN)*

L'importance du rôle de la CSN est réaffirmé.

Ses attributions sont recentrées sur l'examen des situations nécessitant un arbitrage. Ce dispositif allégé permettant ainsi de fluidifier les recrutements

Elle intervient :

- lorsque les autorités locales ont un avis divergent sur un recrutement ;
- avec un rôle renforcé s'agissant de la mise en position «en recherche d'affectation».

### **Traitement des situations individuelles particulières**

- *Création d'une position en recherche d'affectation.* Les dispositifs d'insuffisance professionnelle, de discipline et de détachement d'office ne permettent pas de régler un certain nombre de situations spécifiques. Enfin, certains praticiens peuvent solliciter l'appui du CNG et leur mise en position en recherche d'affectation en cas de suppression de leur activité par exemple.
- cette position est demandée soit par le praticien, soit par l'établissement ;
  - o mise en position « en recherche d'affectation » par décision ministérielle sur demande conjointe du directeur et du président de la CME après avis de la CSN. Cette position donne des garanties au praticien déterminées par le statut (durée, conditions de maintien de la rémunération, droits à congés, protection sociale, etc.)
  - o le praticien momentanément privé d'emploi bénéficie d'une prise en charge spécifique adaptée : aide à la mobilité, formation, etc.
  - o le CNG a l'obligation de proposer des emplois au praticien (3 propositions) ;
  - o le praticien qui n'aurait pas été recruté à la fin de la deuxième année dans cette position est soit licencié avec indemnités, soit placé en disponibilité d'office.
- *Evolution des procédures disciplinaires, d'insuffisance professionnelle et de détachement dans l'intérêt du service.* Les signataires du présent protocole réaffirment la nécessité de mieux définir et de faire évoluer ces procédures. Ils s'engagent à faire aboutir au cours de l'année 2005, les travaux engagés à la suite du protocole d'accord du 13 mars 2000.

### **Attractivité de la carrière – reprises d'ancienneté**

Il convient sans désavantager les praticiens qui ont consacré la totalité de leur carrière à l'hôpital public, de rendre l'exercice public plus attractif. Ce dispositif peut être appliqué à des praticiens ayant un parcours professionnel reconnu, ou acceptant d'exercer dans des zones géographiques déficitaires ou consécutivement à des restructurations hospitalières, dans les conditions suivantes :

- prise en compte de tout ou partie de la durée des services effectués dans les pays européens et/ou dans le cadre d'une activité privée (notamment en cas de reprise d'activité) ;
- meilleure prise en compte des demi-journées réalisées dans le cadre du nouveau statut de praticien-attaché ;
- prise en compte du temps passé comme vacataire départemental de psychiatrie.

### **Valences d'enseignement**

Le ministre réaffirme son soutien en faveur de l'engagement des praticiens hospitaliers pour l'enseignement.

L'enveloppe spécifique prévue au budget du ministère de l'éducation nationale par la circulaire conjointe éducation nationale/santé du 4 avril 2002 doit être pérennisée afin de permettre aux UFR de médecine de recruter des praticiens hospitaliers en qualité d'attachés d'enseignement et de chargés d'enseignement.

De même, le décret du 20 septembre 1991 relatif aux personnels associés des centres hospitaliers et universitaires dans les disciplines médicales et odontologiques devra être modifié afin de permettre le recrutement de praticiens hospitaliers en qualité d'enseignant associé à temps partiel.

Enfin, il sera rappelé par circulaire que pour les praticiens dont le nombre d'heures d'enseignement ne dépasse pas 30 heures par an, il n'est pas nécessaire de recourir au dispositif d'activité d'intérêt général, dès lors que le praticien a été autorisé à exercer cette activité.

### **Conseiller général des hôpitaux (CGH)**

Il est créé un statut d'emploi de conseiller général des hôpitaux auprès du ministre chargé de la santé.

Des missions essentielles au fonctionnement des établissements publics de santé leurs sont confiées (audit opérationnel, accompagnement, médiation, études sur le fonctionnement hospitalier).

Les conseillers généraux seront désignés parmi les personnels enseignants et hospitaliers, les praticiens hospitaliers, les directeurs d'établissement, les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation, et les fonctionnaires ayant occupé de hautes responsabilités dans le domaine sanitaire. Les praticiens hospitaliers, nommés dans l'emploi de CGH seront placés en position de détachement.



Un régime indemnitaire sera attribué en fonction des missions confiées. A titre personnel, le conseiller général qui percevait, à la date de sa nomination dans cet emploi, une rémunération supérieure à celle qui lui sera servie, conserve le bénéfice de sa rémunération précédente.

### **Commission régionale**

Afin de suivre la montée en charge du dispositif et la mise en place des dispositions du présent protocole, il est créé auprès de chaque ARH une commission régionale composée à parité de représentants des organisations syndicales et de représentants de l'administration désignés par le directeur de l'ARH.

Cette commission aura à connaître de la mise en place du nouveau régime des astreintes et des modalités d'attribution de la part variable.

### **Comité national de suivi**

Un comité national de suivi constitué par les signataires du présent protocole se réunira au moins 2 fois par an.

Il sera consulté sur l'élaboration de l'ensemble des dispositions réglementaires découlant du présent protocole. Ces dispositions feront l'objet d'une évaluation annuelle.

Le ministre chargé de la santé engagera par ailleurs une démarche auprès du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la fonction publique pour étudier les mesures nécessaires à une meilleure prise en compte de la protection sociale sur la part hospitalière des personnels hospitalo-universitaires dans le prolongement du protocole du 16 mai 2003. Ce travail associera l'ensemble des organisations syndicales concernées. Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et les organisations syndicales représentant les praticiens hospitaliers signataires du présent protocole s'accordent pour reconnaître les sujétions et les responsabilités liées à l'exercice hospitalier et affirment que l'évolution de l'organisation interne et du financement de l'hôpital requièrent un engagement fort des praticiens hospitaliers.

Acteurs essentiels de la prise en charge des patients à l'hôpital, les praticiens hospitaliers sont impliqués par son juste coût tout en étant les garants de la qualité des soins. Dans ce cadre, le présent protocole vise à affirmer, dans le respect de l'unicité du statut, la nécessaire valorisation de ces responsabilités en termes de contrainte, de qualité, d'activité et d'engagement institutionnel.

## **>> PROJET DE PROTOCOLE (version 2)**

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et les organisations syndicales représentant les praticiens hospitaliers signataires du présent protocole s'accordent pour reconnaître les sujétions et les responsabilités liées à l'exercice hospitalier et affirment que l'évolution de l'organisation interne et du financement de l'hôpital requièrent un engagement fort des praticiens hospitaliers.

Les signataires du présent protocole réaffirment leur attachement à l'hôpital en tant que service public essentiel ayant des objectifs de santé publique à atteindre dans le cadre de missions d'intérêt général.

Acteurs indispensables à la prise en charge des patients à l'hôpital, les praticiens hospitaliers, garants de la qualité et de la sécurité des soins, sont engagés pour sa meilleure efficacité dans le respect de la déontologie médicale et des missions de service public hospitalier. Cet engagement s'inscrit dans le plan de modernisation de l'hôpital qui s'attache à :

- médicaliser la gestion, notamment en créant une nouvelle instance décisionnelle (le conseil exécutif) où siègeront des représentants de la communauté médicale aux côtés des représentants de l'administration ;
- associer plus étroitement la commission médicale d'établissement au fonctionnement de l'établissement dans une composition renouvelée ;
- recentrer l'organisation des activités autour des pôles sur la base de projets médicaux ;
- nommer, au sein de chaque établissement, les responsables de pôles et les chefs de service après inscription sur une liste nationale d'habilitation garante de la maîtrise des qualités requises pour exercer ces fonctions.

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et les organisations syndicales représentant les praticiens hospitaliers s'accordent sur les principes suivants qui guideront les travaux du comité national de suivi constitué avec les signataires du présent protocole.

## **I - Revalorisation de l'astreinte**

Le dispositif actuel d'astreintes et déplacement, avec des taux spécifiques d'indemnisation (d'astreinte de sécurité, d'astreinte opérationnelle, de déplacement) se révèle à l'usage inadapté en ne permettant pas de prendre en compte le degré de contrainte relatif des astreintes selon la nature et le niveau d'activité et les effectifs concernés par la permanence à domicile.

Par ailleurs, il n'est pas nécessaire en terme de santé publique de disposer dans tous les hôpitaux d'astreintes pour toutes les activités. Il est préférable de privilégier une approche territoriale, inter-hospitalière, de l'organisation de l'astreinte.

Les signataires du présent protocole conviennent d'organiser ainsi qu'il suit le régime des astreintes à compter du 1er janvier 2005. Il est créé :

- une indemnisation de participation à l'astreinte identique pour tous les praticiens hospitaliers dont l'astreinte à domicile est considérée comme absolument nécessaire. Dès lors, seules les astreintes indispensables sont maintenues. Dans ce cas, les astreintes de sécurité sont portées progressivement au tarif de l'astreinte opérationnelle. L'organisation des astreintes les moins mobilisées, qu'il s'agisse des astreintes opérationnelles ou de sécurité, est supprimée.
- une indemnisation complémentaire tenant compte du nombre de déplacements constatés et du niveau d'activité réalisé. Pour 2005, cette indemnité complémentaire intéresse la revalorisation de l'indemnité du déplacement qui est portée de 62,11 € à 70 € dès le 2ème déplacement, soit une progression de 12,7%.

Conformément aux dispositions du protocole du 2 septembre 2004, l'objectif est de procéder à une réforme du régime des astreintes et à leur revalorisation significative et progressive dès lors qu'elles sont nécessaires. Pour cela et dès 2005, une majoration de 15 % de l'enveloppe des astreintes est mise en œuvre suivant le tableau annexé. Par ailleurs, les redéploiements de crédits rendus disponibles par l'effort régional de regroupement et de mutualisation des « gardes » et des astreintes, une fois constatés, viendront prioritairement revaloriser l'indemnité de participation à l'astreinte et, le cas échéant, l'indemnité complémentaire liée à la contrainte effective.

L'effort de réorganisation et de diminution du nombre des permanences médicales dans lequel les praticiens s'engagent abondera pour les années 2005 et 2006 la revalorisation supplémentaire de l'indemnité complémentaire, sous l'égide du comité régional de suivi.

L'établissement définit sur proposition de la commission de la permanence des soins, les modalités d'indemnisation des astreintes, soit forfaitisées, soit à l'activité réelle. Pour les activités liées au fonctionnement des blocs opératoire dans les SAU ou dans le cadre du redéploiement des crédits liés à la suppression des lignes de « gardes », si l'établissement a opté pour un régime de forfaitisation de l'astreinte regroupant l'indemnité de participation à l'astreinte et l'indemnité complémentaire celle-ci est fixée au deux tiers du tarif de la permanence sur place.

L'ensemble du dispositif portant sur l'indemnité de participation à l'astreinte et l'indemnité complémentaire ne pourra toutefois excéder le montant de la permanence sur place.

Les travaux d'évaluation et de synthèse des informations sont recueillies par les commissions régionales paritaires. Sur cette base le comité national de suivi pourra définir les indicateurs d'activité nécessaires à cette revalorisation, notamment en vue de compléter l'indicateur de déplacement

Les commissions régionales paritaires et le comité national de suivi s'assureront de la réalité des moyens ainsi dégagés et de leur bonne affectation.

Les modifications conséquentes de l'arrêté du 30 avril 2003 seront élaborées en concertation avec les organisations signataires du présent protocole par le comité national de suivi pour être mises en œuvre aux dates susmentionnées.

## **II - Rémunérations complémentaires et parts variables**

L'attribution de parts variables liées à l'activité est fondée sur trois principes, qui peuvent être cumulatifs :

- attribution selon des critères liés à l'engagement dans une démarche d'accréditation et à l'engagement institutionnel ;
- attribution selon l'activité ;



- attribution collective à effet individuel dans le respect des dispositions de l'article 97 du code de déontologie médicale.

Deux dispositifs seront mis en place :

#### **Effets individuels d'un engagement collectif d'une équipe**

L'engagement contractuel collectif conclu entre le pôle et les praticiens de tout ou partie de ses structures internes se fera sur des objectifs précis, assortis d'indicateurs de mesure et selon des méthodes scientifiquement reconnues :

- une démarche d'accréditation en lien avec les contraintes particulières attachées à certaines spécialités conformément aux dispositions de l'article L.4135-1 du code de la santé publique ainsi que des activités à contrainte forte (chirurgie, gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, urgence, réanimation médicale, psychiatrie, radiologie dans les établissements SAU);  
La liste des spécialités retenues au titre de la démarche d'accréditation sera progressivement étendue à partir de 2006.
- un engagement des praticiens pour l'amélioration de la qualité des soins établi à partir d'indicateurs facilement identifiables (réduction du taux d'infection, respect des référentiels, évaluation des pratiques professionnelles et du bon usage des soins, qualité de la cotation des actes, etc.), concertés avec le comité national de suivi, permettant notamment de mesurer cette amélioration. Cette démarche doit s'appuyer sur les guides de bon usage des soins et de recommandations de bonne pratique élaborés par la Haute autorité de santé (art. L. 161-37 du code de la sécurité sociale). De même, l'évaluation des pratiques professionnelles devra s'appuyer sur les procédures établies et mises en œuvre par la Haute autorité.
- un certain volume d'activité publique tenant compte des autres activités (enseignement, existence de responsabilité institutionnelle, etc.) ;
- un engagement dans l'exercice territorial (activité en réseau, multi-établissement, etc.).

Les praticiens éligibles pourront percevoir une part variable individuelle égale au plus à ... % de leur rémunération statutaire au ..... 2005. Elle pourra être portée à ... % en 2006 et à ...% en 2007.

En 2005, la priorité sera donnée à la chirurgie et à la psychiatrie dans le cadre de la revitalisation indispensable de ces activités à l'hôpital public, comme cela a été fait précédemment pour des activités jugées également prioritaires (urgence, anesthésie-réanimation, néonatalogie, ...) ou, depuis le protocole du 22 octobre 2001, pour d'autres activités à temps continu (anesthésie-réanimation, ...). Une évaluation sur la base des objectifs de la contractualisation sera réalisée annuellement par le président de la CME et le directeur avec, le cas échéant, le responsable du pôle.

Les modalités de mise en œuvre des revalorisations, de leur chiffrage et de leur déroulement pluriannuel seront étudiées avec le comité national de suivi.

Ce dispositif fera l'objet d'une démarche contractualisée avec l'établissement.

#### **Implication institutionnelle**

les responsabilités institutionnelles de responsable de pôle seront indemnisées forfaitairement à compter du 1er octobre 2005 à raison de 200 € bruts mensuels ;

Les modalités de mise en œuvre de ce dispositif, seront arrêtées après concertation avec les organisations signataires du présent protocole.

L'engagement attaché aux fonctions de président de la CME ou aux responsabilités transversales peut faire l'objet d'une compensation en temps de travail complémentaire (cf guide relatif au régime juridique des CME de novembre 2001 et circulaire n° 609 du 29 octobre 1999 relative aux activités d'intérêt général contractualisées et aux valences).

#### **III - Modernisation du statut**

Les signataires du présent protocole s'accordent sur la nécessité de faire évoluer le statut afin de :

- simplifier les procédures,
- mettre en place une véritable politique des ressources humaines,
- rendre la carrière plus attractive.

#### **Création d'un centre national de gestion (CNG)**

Un centre national de gestion est créé. Il est commun aux praticiens hospitaliers et aux directeurs d'hôpital et comporte deux branches de gestion distinctes. Il permettra la mise en place d'une véritable gestion des ressources humaines. Il disposera, pour la gestion du personnel médical, de

relais régionaux, en lien avec les ARH, qui recueillent en tant que de besoin l'avis d'un comité régional de suivi.

Il assurera la gestion des praticiens titulaires à temps plein et à temps partiel.

Il sera doté d'une délégation de gestion et agira par délégation du ministre. Les organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers seront associées à son fonctionnement.

Il définira les orientations stratégiques et formulera des propositions au ministre en matière de gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et des spécialités, notamment pour les activités transversales.

Son directeur, nommé par le ministre, assurera la conduite générale du CNG.

Le CNG assurera notamment pour les praticiens hospitaliers :

- l'organisation du concours national ;
- la publication des postes ;
- le suivi et la gestion des carrières ;
- la définition des besoins de médecine du travail et de prévention ;
- la gestion des praticiens en recherche d'affectation et le reclassement des praticiens devenus inaptes à l'exercice de leurs fonctions sur la base des dispositions législatives ou réglementaires ;
- la gestion des procédures statutaires (discipline et insuffisance professionnelle) ;
- la gestion du contentieux individuel ;
- l'organisation des commissions nationales statutaires ;
- la maintenance et l'évolution du système d'information.

### **Simplification du concours**

Les signataires du présent protocole estiment que les modalités du concours doivent être simplifiées.

Le concours sera organisé ainsi qu'il suit :

- type I : inscription sur la liste nationale d'aptitude acquise de droit sur demande de l'intéressé, notamment pour les CCA, les AHU et les assistants spécialistes de plus de 2 ans et pour les anciens CCA, AHU et assistants spécialistes ayant quitté leurs fonctions depuis moins de 5 ans ;
- type II : examen par le jury du dossier titres, travaux et services rendus, notamment pour les anciens CCA, AHU et anciens assistants spécialistes depuis 5 ans et plus et pour les anciens internes et résidents de médecine générale ;
- type III : examen du dossier titres, travaux et services rendus, épreuve orale pour les autres candidats ;

Le jury inscrit sur la liste d'aptitude les candidats dont l'aptitude et les compétences ont été vérifiées.

La décision d'inscription sur la liste nationale d'aptitude est prise par le ministre chargé de la santé. La durée de validité de cette liste d'aptitude est limitée à 3 ans.

### **Gestion des emplois**

-publication

Actuellement, les vacances de poste font l'objet d'une publication annuelle au Journal officiel par décision du ministre pour les praticiens à temps plein et par décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour les praticiens à temps partiel.

Le CNG sera chargé de la publicité, accessible par internet, des emplois vacants ou susceptibles de l'être sous la responsabilité des directeurs chefs d'établissement demandeurs, selon une fréquence régulière.

- Redéploiement de l'activité

Dans le cas de restructuration d'une activité médicale, l'emploi du praticien hospitalier supprimé est redéployé et le praticien demeure affecté sur son emploi ainsi transféré (art. L. 6122-16 du CSP).

Si le transfert de cet emploi n'est pas réalisable, ou si le praticien ne consent pas à son transfert, il peut à sa demande :

- soit être placé en position de recherche d'affectation ;
- soit bénéficier immédiatement d'une indemnité de départ.

Cette demande est soumise à l'avis de la commission statutaire nationale.

## **Simplification de la procédure de nomination et d'affectation**

Le principe d'une plus grande responsabilisation des instances locales dans la procédure d'affectation des praticiens hospitaliers est établi.

Dans ce cadre, trois procédures sont proposées :

- La première nomination : l'EPS propose au ministre, via le DARH, de nommer le candidat (inscrit sur la liste nationale d'aptitude) retenu de façon convergente par les instances locales (conseil exécutif, CME). Le ministre nomme le candidat proposé dans le corps des praticiens hospitaliers. Le praticien ainsi nommé est ensuite affecté localement dans l'établissement. Toutefois, le ministre peut ne pas nommer le candidat. Dans ce cas, il ne procède à aucune autre nomination.
- La mutation dans un autre établissement : l'EPS propose au DARH d'affecter le praticien hospitalier en mutation, retenu de façon convergente par les instances locales. Il est ensuite affecté localement dans l'établissement. En cas d'avis divergents des instances locales, le DARH peut affecter le candidat après avis de la commission statutaire nationale. Toutefois, le DARH peut ne pas affecter le candidat. Dans ce cas, il ne procède à aucune autre affectation.
- La mutation interne : le praticien hospitalier est affecté localement dans une autre structure de l'établissement.

La commission statutaire nationale n'est saisie qu'en cas d'avis divergents des instances locales.

## **Profil de poste**

Le profil de poste, validé par le conseil exécutif après avis de la CME, est proposé par le pôle en liaison avec ses structures internes sur la base du projet médical approuvé. L'acte de candidature vaut engagement du praticien sur les actions à mener et les objectifs à atteindre contenus dans le profil de poste.

Celui-ci fixe les caractéristiques des fonctions dans le cadre du contrat passé entre l'équipe d'affectation et le responsable de pôle (organisation du travail, valences exercées par le praticien, contraintes particulières - exercice sur plusieurs sites par exemple).

Il précise les conditions de mise en œuvre de la part complémentaire.

## **Rôle de la commission statutaire nationale (CSN)**

L'importance du rôle de la CSN est réaffirmée.

Ses attributions sont recentrées sur l'examen des situations nécessitant un arbitrage. Ce dispositif allégé permet de fluidifier les recrutements. Elle intervient lorsque les autorités locales ont un avis divergent sur un recrutement.

Son avis est requis préalablement à la mise en position de recherche d'affectation. Elle constitue une voie de recours en cas d'avis divergents lors d'une nomination de chef de service.

## **Traitement des situations individuelles particulières**

- Mise en recherche d'affectation

Les dispositifs d'insuffisance professionnelle, de discipline et de détachement d'office ne permettent pas de régler un certain nombre de situations spécifiques. Certains praticiens peuvent solliciter l'appui du CNG et leur mise en situation de recherche d'affectation en cas de suppression de leur activité par exemple.

Présentation de la procédure :

- elle est demandée soit par le praticien, soit par l'établissement ;
  - la mise en situation « de recherche d'affectation » est prononcée par décision ministérielle après avis de la CSN, sur demande conjointe du directeur et du président de la CME après avis de la CME. Cette position donne des garanties au praticien déterminées par le statut (durée, conditions de maintien de la rémunération, droits à congés, protection sociale, etc.) ;
- le praticien momentanément privé d'emploi bénéficie d'une prise en charge spécifique adaptée : aide à la mobilité, formation, etc. ;
- le CNG a l'obligation de proposer des emplois au praticien (3 propositions) ;
- le praticien placé dans cette situation pour un délai maximum de deux ans peut, à tout moment et à sa demande, soit être placé en disponibilité d'office, soit être licencié avec indemnités ;
- en dehors des restructurations ou des réorientations d'activité, le praticien dans cette situation qui n'aurait pas été recruté à la fin de la deuxième année est, selon son choix, soit placé en disponibilité d'office, soit licencié avec indemnités.
- Evolution des procédures disciplinaires, d'insuffisance professionnelle et de détachement dans l'intérêt du service.

Les signataires du présent protocole réaffirment la nécessité de mieux définir et de faire évoluer ces procédures.

Ils s'engagent à faire aboutir dans le délai d'un an à compter de la signature du présent protocole, les travaux engagés à la suite du protocole d'accord du 13 mars 2000.

### **Attractivité de la carrière – reprises d'ancienneté**

Il convient sans désavantager les praticiens qui ont consacré la totalité de leur carrière à l'hôpital public, de rendre l'exercice public plus attractif. Ce dispositif peut être appliqué à des praticiens ayant un parcours professionnel reconnu, ou acceptant d'exercer dans des zones géographiques déficitaires ou consécutivement à des restructurations hospitalières, dans les conditions suivantes :

- prise en compte de tout ou partie de la durée des services effectués dans les pays européens et/ou dans le cadre d'une activité privée (notamment en cas de reprise d'activité) ; la reprise des services privés doit tenir compte de la quotité accomplie en référence à l'exercice à temps plein selon des modalités qui seront définies dans le décret statutaire.
- meilleure prise en compte des demi-journées réalisées dans le cadre notamment du nouveau statut de praticien- attaché ou autres catégories à définir dans la modification du décret statutaire.

### **Valences d'enseignement**

Le ministre réaffirme son soutien en faveur de l'engagement des praticiens hospitaliers pour l'enseignement.

Les dispositions fixées par la circulaire conjointe éducation nationale/santé du 4 avril 2002 et financée dès la rentrée universitaire 2002 par l'enveloppe spécifique prévue au budget du ministère de l'éducation nationale doivent être confirmées et leur financement pérennisé, afin de permettre aux UFR de médecine et de pharmacie de recruter des praticiens hospitaliers en qualité d'attachés d'enseignement et de chargés d'enseignement, conformément aux dispositions du décret n° 2003-919 du 19 septembre 2003 modifiant le décret n° 86-555 du 14 mars 1986 relatif aux chargés d'enseignement et aux attachés d'enseignement dans les disciplines médicales et odontologiques. De même, le décret du 20 septembre 1991 relatif aux personnels associés des centres hospitaliers et universitaires dans les disciplines médicales et odontologiques devra être modifié afin de permettre le recrutement de praticiens hospitaliers en qualité d'enseignant associé à temps partiel. Enfin, il sera rappelé par circulaire que pour les praticiens dont le nombre d'heures d'enseignement ne dépasse pas 30 heures par an, il n'est pas nécessaire de recourir au dispositif d'activité d'intérêt général, dès lors que le praticien a été autorisé à exercer cette activité.

### **Conseiller général des hôpitaux (CGH)**

Il est créé un statut d'emploi de conseiller général des hôpitaux auprès du ministre chargé de la santé.

Des missions essentielles au fonctionnement des établissements publics de santé leurs sont confiées (administration provisoire, audit opérationnel, assistance technique, médiation, études sur le fonctionnement hospitalier).

Les conseillers généraux seront nommés par arrêté du ministre chargé de la santé parmi les personnels enseignants et hospitaliers, les praticiens hospitaliers, les directeurs d'établissement, les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation, et les fonctionnaires ayant occupé de hautes responsabilités dans le domaine sanitaire. Les praticiens hospitaliers seront placés en position de détachement sur cet emploi.

Un régime indemnitaire sera attribué en fonction des missions confiées.

### **Comité régional de suivi**

Il est créé auprès de chaque ARH, un comité régional composé de représentants des organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers, de représentants institutionnels et de représentants de l'administration désignés par le directeur de l'ARH. Ce comité est présidé par le directeur de l'ARH ou son représentant.

Ces compétences sont notamment les suivantes :

- mise en place, suivi et régulation du nouveau régime de permanence des soins hospitalière et de l'organisation territoriale de la permanence des soins ;
- mise en place et suivi du régime de contractualisation relatif à la part variable de rémunération ;
- propositions au centre national de gestion, prévention des conflits et conciliation en matière de gestion des praticiens hospitaliers.

### **Comité national de suivi**

Un comité national de suivi constitué par les signataires du présent protocole se réunira au moins 2 fois par an.

Il sera consulté sur l'élaboration de l'ensemble des dispositions réglementaires découlant du présent protocole. Ces dispositions feront l'objet d'une évaluation annuelle. Le présent protocole s'inscrit également dans le prolongement du relevé de décisions signé le 2 septembre 2004 concernant notamment la chirurgie publique et plus largement des protocoles signés depuis celui du 13 mars 2000, qui ont permis une amélioration significative de la carrière. Cela constitue un effort sans précédent de 470 M€ hors RTT, montant sans comparaison possible avec d'autres corps ou emplois financés par des cotisations sociales pour l'amélioration globale du statut des praticiens hospitaliers.

Enfin, au moment où l'hôpital s'engage dans la nouvelle gouvernance, les signataires du présent protocole, conscients de la responsabilisation de ses acteurs qu'elle implique, reconnaissent la nécessité de faire évoluer les dispositifs statutaires, tant pour les praticiens hospitaliers que pour les personnels enseignants et hospitaliers, dans une perspective globale de modernisation. Pour ce faire, une réflexion approfondie doit s'attacher à traiter de façon conjointe, dans une perspective équilibrée, l'ensemble des questions relatives à la retraite complémentaire, au statut des praticiens temps plein et temps partiel, à l'activité libérale et aux évolutions des CHU afin d'améliorer le fonctionnement général des hôpitaux.

Cette concertation élargie s'engagera au 1er semestre 2005. Des propositions de mesures étalées dans le temps seront faites au ministre avant la fin de l'année 2005 sur la question des retraites hospitalières des praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires prises en charge par l'IRCANTEC.

## **>> PROJET DE PROTOCOLE (version 3)**

En cours de négociation.