



## Lettre du SNAM-HP

Syndicat National des Médecins, Chirurgiens,  
Spécialistes et Biologistes des Hôpitaux Publics.

22 mars 2005

### >> INFO SNAM-HP - CMH NUMERO SPECIAL PROTOCOLE D'ACCORD

#### EDITO

Au terme de la négociation sur les astreintes, la mise en œuvre de la part variable complémentaire et divers sujets statutaires dont la retraite, nous vous adressons une nouvelle lettre d'information.

Nous vous joignons le texte que nous avons négocié pied à pied et qui vient d'être approuvé par le SNAM-HP et la CMH. Nous réfutons totalement la campagne de désinformation. Cette campagne mensongère à visée électoraliste sera certainement suivie d'autres initiatives du même type voire de volte face opportune.

Pour notre part, nous continuons à privilégier l'intérêt véritable des praticiens et de l'hôpital. Les hôpitaux sont malades de la suradministration et des restrictions budgétaires. Pour rétablir la légitimité médicale et défendre nos activités, nous devons être unis et agir en fonction des informations partagées.

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

### >> 10 ACQUIS PRINCIPAUX

#### LES ASTREINTES

- 1) Les indemnités de rémunération liées à l'astreinte sont intégrées à l'assiette de cotisation IRCANTEC dès 2005 et à 100% au plus tard en 2007
- 2) À compter du 1er janvier 2005, les astreintes de base opérationnelles et de sécurité sont fusionnées et réévaluées à 40 euros (taux au 1er janvier 2005)
- 3) L'astreinte forfaitisée est portée à 180 euros au 1er juillet 2005 accompagnant l'augmentation à 70 euros à partir du 2ème déplacement qui est mise en œuvre au 1er janvier 2005.

#### **PART VARIABLE COMPLEMENTAIRE**

- 4) Elle est de 5% de la rémunération, prioritairement en 2005 pour les chirurgiens et les psychiatres, et mise en place au plus tard au 1er juillet 2005.
- 5) Elle est ouverte à l'ensemble des spécialités médicales et pharmaceutiques dès 2006. Elle est portée à la limite de 10% au 1er juillet 2006 et 15% au 1er juillet 2007.
- 6) La prime d'exercice multi-sites est acquise pour les psychiatres et l'exercice territorial est déclencheur de part variable complémentaire pour les autres spécialités.

## STATUT ET RETRAITE

7) Le profil de poste qui décrit l'organisation du travail, les valences, la part variable complémentaire... n'est pas opposable au praticien et ne peut être utilisé à des fins disciplinaires.

8) " Comme aujourd'hui, la nomination continue de relever du ministre chargé de la santé. Les avis des instances locales habituelles sont requis dans les conditions actuelles. "

9) Aucune remise en cause des garanties statutaires n'est possible lors des redéploiements et restructurations.

10) Ouverture au 1er semestre 2005 d'une concertation sur le rapprochement des statuts temps pleins et temps partiels et la retraite IRCANTEC.  
Une négociation va s'ouvrir avant le 30 juin pour obtenir, enfin, l'intégration de la part hospitalière dans la retraite des PU-PH.

## >> LES REPONSES A 10 QUESTIONS

### 1) **Pourquoi la revalorisation des astreintes n'est-elle pas encore plus importante ?**

Cet accord est l'application d'un texte dit " plan chirurgie " cosigné par les 4 intersyndicales. Il prévoyait une négociation de revalorisation à partir d'une enveloppe majorée de 15% de la masse " astreinte ". Celle-ci est de 470 millions d'euros. La négociation a donc porté sur la répartition de 75 millions d'euros.

### 2) **Comme pour les plages additionnelles, ne peut-on penser que la part variable du revenu reste lettre morte au plan local ?**

C'est un risque et nous savons les efforts nécessaires pour faire appliquer localement les accords nationaux. Nous avons constaté le peu d'efficacité des comités de suivi. C'est pourquoi nous avons bataillé et obtenu la création d'un comité paritaire régional (ARH/ Syndicats) dont les compétences sont notamment la mise en place, le suivi et la régulation du nouveau régime de permanence des soins comme celui de la part variable complémentaire. Ce sera le lieu de recours et de soutien des équipes et des praticiens.

### 3) **Le centre national de gestion : qu'est-ce que c'est ?**

La loi a désinvesti la DHOS de la gestion des praticiens. Le CNG sera un établissement public national sous tutelle du ministère. Les représentants des praticiens siègeront à parité dans son instance décisionnelle et seront associés à son fonctionnement.

### 4) **Que devient la commission nationale statutaire ?**

Elle garde toutes ses prérogatives et reste donc essentielle pour les nominations et la défense des praticiens. C'est dire l'importance des élections professionnelles prochaines.

### 5) **Le protocole aborde-t-il les créations de postes ?**

Le texte fait état des créations de 186 postes de PH dans le cadre du plan santé mentale et de 275 postes de PH pour la prise en charge des personnes âgées.

### 6) **Qu'en est-il des autres mesures du plan chirurgie ?**

La mise en œuvre des groupes de concertation sur " l'équipe opératoire " nous a été transmise pour remise des copies en juin. Le nombre d'internes en chirurgie pour 2005 a effectivement été porté à 550. Le Pr H Guidicelli a été missionné pour le plan

d'équipement des technologies des blocs opératoires. La commission concernant la formation des internes en chirurgie n'est toujours pas créée.

**7) Les directeurs vont-ils nommer ou affecter les PH ?**

En aucune façon. Même si certains en rêvent, cette affirmation est mensongère et relève d'une campagne de désinformation à visée électoraliste.

**8) Qu'est ce que la position en recherche d'affectation ?**

Dans cette position exceptionnelle, le praticien est rémunéré mais n'est pas affecté. Si cette nouvelle position statutaire peut aider à résoudre certaines situations transitoirement difficiles, la Commission Nationale Statutaire intervient pour assurer les garanties au praticien.

**9) Quand vont se mettre en œuvre ces mesures ?**

Nous attendons la signature de l'accord dans les jours à venir. Les arrêtés d'application correspondant sont d'ores et déjà préparés à la DHOS. Cela dit, il nous faut être très exigeants et, si les engagements ne sont pas respectés, nous engagerons avec vous une action nationale forte.

**10) Qu'en est-il des autres sujets ?**

Nous devons continuer notre engagement car ce protocole ne traite que d'une partie des préoccupations de la communauté médicale. Certains sujets tels que l'augmentation de la prime d'engagement de service public, le paiement des plages additionnelles, par exemple, feront l'objet d'actions particulières que nous vous proposerons prochainement. Mais un des grands sujets actuels est la crise financière de nos hôpitaux et la mise en place de la T2A. Sur ces sujets, une large union est nécessaire pour contester les mesures drastiques auxquelles sont soumis les hôpitaux.

## **>> PROJET DE PROTOCOLE D'ACCORD Version finale proposée à la signature**

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, pour la part qui les concerne, 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 exprimé, notamment, au travers des plans « psychiatrie et santé mentale », « chirurgie » et « personnes âgées » et dans la continuité des accords portant sur la mise en œuvre de l'ARTT médical à l'hôpital et de l'accord d'assouplissement du 13 janvier 2003. Il s'attache à :

- médicaliser la gestion, notamment en créant une nouvelle instance décisionnelle (le conseil exécutif) où siègeront des représentants de la communauté médicale à parité avec 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.

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et les organisations syndicales représentant les praticiens hospitaliers s'accordent pour rendre la carrière plus attractive et assurer la reconnaissance morale et financière des praticiens 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) doit être rénové pour mieux prendre en compte le degré de contrainte 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 conviendra d'encourager une approche territoriale, inter hospitalière, de l'organisation de la permanence des soins chaque fois que les circonstances s'y prêtent. Seules les astreintes indispensables sont maintenues.

Les signataires du présent protocole conviennent d'organiser ainsi qu'il suit le régime des astreintes à compter du **1<sup>er</sup> janvier 2005** et d'en déterminer les modalités d'indemnisation au niveau national. Il est créé :

- une indemnisation de participation à l'astreinte pour tous les praticiens concernés exerçant à l'hôpital. Dans ce cas, les astreintes de sécurité sont portées au tarif de l'astreinte opérationnelle revalorisée dans le cadre d'un dispositif visant la convergence à terme.
- une indemnisation complémentaire tenant compte du nombre de déplacements constatés et du niveau d'activité réalisé. Les modalités de prise en compte de l'activité seront définies, avec le comité national de suivi, au plus tard à la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2006. En attendant, cette indemnité complémentaire porte sur la revalorisation de l'indemnité du déplacement qui est de 62,11 € au 1<sup>er</sup> janvier 2005 pour le premier déplacement et qui passe à 70 € à compter du 2<sup>ème</sup> déplacement réalisé, soit une progression de 12,7%.

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.

L'effort national de revalorisation de l'enveloppe de la permanence des soins sera poursuivi en 2006 et 2007.

L'effort de réorganisation et de diminution du nombre des permanences médicales dans lequel les praticiens se sont engagés depuis 2002, une fois constaté, contribuera également à la revalorisation des tarifs d'indemnisation des astreintes, sous l'égide du comité national de suivi.

Le schéma des tarifs de ces indemnisations est fixé comme suit :

<b>Éléments du dispositif</b>	<b>Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2005</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Astreinte de sécurité	24,06 €	29,00 € (au 01/01)	36,00 € (au 01/07)	40,00 € (au 01/07)
Astreinte opérationnelle	36,78 €	40,00 € (au 01/01)	40,00 €	40,00 €
Revalorisation à partir du 2 <sup>ème</sup> déplacement	62,11 €	70,00 € (au 01/01)	70,00€	70,00 €
Diminution du nombre d'astreintes de sécurité	100 % = 2,6 M	- 2 %	- 25 %	- 22 %
Assiette IRCANTEC	0 %	1/3 au 01/07	1/3 au 01/07	1/3 au 01/07

**Ces chiffres correspondent à un montant brut salarié. L'ensemble de ces mesures s'élève à 84,2 M€. Le schéma proposé permet d'assujettir en totalité à l'IRCANTEC les indemnités liées à la permanence à domicile.**

Pour les régions qui ont déjà optimisé leur organisation de permanence des soins, la commission régionale paritaire devra tenir compte de l'effort antérieur de réorganisation ainsi que de contraintes démographiques particulières.

L'établissement définit sur proposition des équipes médicales concernées et après avis 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 opératoires dans les SAU ainsi que dans les établissements dont l'activité le justifie ou dans le cadre du redéploiement des crédits liés à la suppression des lignes de « gardes », si l'établissement et les équipes médicales concernées ont opté pour **un régime de forfaitisation de l'astreinte, celui-ci est fixé à 180 € brut salarié à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2005**, ce montant suivant l'évolution de la revalorisation des astreintes. Une évaluation du dispositif de forfaitisation est présentée annuellement à la commission régionale paritaire qui peut proposer des aménagements au directeur de l'ARH au vu des résultats de cette évaluation.

Les travaux d'évaluation et de synthèse des informations sont recueillis par les commissions régionales paritaires. Pour assurer la transparence des informations et faciliter leur recueil, les établissements devront s'attacher à faire évoluer leur système d'information hospitalier.

Les commissions régionales paritaires et le comité national de suivi s'assureront de la réalité des moyens ainsi dégagés depuis 2002 et de leur bonne affectation.

A partir de 60 ans, les praticiens hospitaliers pourront être dispensés du travail de nuit si les nécessités de service le permettent (tableau de service) et s'ils en ont fait expressément la demande. Cette dispense pourra s'appliquer aux femmes enceintes dès le troisième mois ainsi qu'aux praticiens dont l'état de santé le nécessite, sur avis du médecin du travail.

Les modifications conséquentes de l'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 dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes 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. Les dispositions de l'arrêté précité qui n'ont pas été modifiées par le présent protocole restent inchangées dès lors qu'elles ne sont pas en contradiction avec les dispositions du présent accord.

## **II - Part complémentaire variable**

**En application du point 6 de l'accord national signé unanimement le 2 septembre 2004, le principe de la mise en œuvre de l'attribution de part complémentaire variable s'entend pour l'ensemble des praticiens temps plein et temps partiel quelles que soient leur discipline ou spécialité. Cette part complémentaire variable constitue un complément de rémunération au-delà de la rémunération statutaire de base actuelle.** Elle ne doit pas remettre en cause l'indépendance professionnelle des praticiens hospitaliers garantie par les dispositions des articles R. 4127-5, R. 4127-95, R. 4127-97, R. 4127-249 et R. 4235-18 du code de la santé publique portant respectivement code de déontologie médicale, code de déontologie des chirurgiens-dentistes et code de déontologie des pharmaciens.

L'attribution d'une part complémentaire variable liée à l'activité est fondée sur trois principes, qui peuvent être cumulés :

- dans un objectif d'engagement dans une démarche d'accréditation des praticiens et/ou d'engagement institutionnel ;
- dans un objectif d'efficience des soins et des actes médico-techniques ;
- dans un objectif d'engagement collectif à effet individuel.

L'engagement contractuel collectif est conclu entre l'équipe médicale concernée et l'établissement. Le contrat fixera des objectifs d'engagement en cohérence avec le contrat de pôle, assortis d'éléments de mesure qualitatifs et/ou quantitatifs élaborés selon des méthodes légalement définies. Le contrat est conclu pour une période de trois ans, renouvelable après évaluation. Une évaluation, sur la base des objectifs de la contractualisation, sera réalisée annuellement. Le résultat de ces évaluations est présenté au conseil exécutif et à la CME. Un groupe de travail national, associant des représentants des organisations syndicales représentatives des praticiens et des sociétés savantes concernées proposera au comité national de suivi les critères qualitatifs et /ou quantitatifs par discipline ou spécialité. La part complémentaire variable sera mise en place au plus tard au 1<sup>er</sup> juillet 2005 pour les praticiens engagés dans cette démarche et relevant en particulier des spécialités prioritaires chirurgie et psychiatrie. En cas de difficulté dans l'application de ce dispositif il sera fait appel à la commission régionale paritaire.

Les objectifs d'engagement portent sur :

### 1) Démarche d'accréditation, efficience des soins, engagement collectif à effets individuels

1-1) un engagement des praticiens dans une démarche d'accréditation liée aux conditions particulières d'exercice de certaines spécialités dans l'esprit de l'article L 4135-1 du code de la santé publique (chirurgie, gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, urgence, réanimation médicale, psychiatrie, radiologie dans les établissements SAU et/ou spécialités justifiant d'une activité importante).

La liste des spécialités retenues au titre de la démarche d'accréditation sera progressivement étendue, sur proposition du comité national de suivi.

1-2) un engagement des praticiens pour l'amélioration de l'efficacité des soins, notamment pour la pharmacie et la biologie qui ont initié cette démarche. Cet engagement est établi à partir d'indicateurs facilement identifiables portant sur la charge de travail et la diversité de l'activité publique, concertés avec le comité national de suivi. Cette démarche doit s'appuyer sur les guides de bon usage des soins et de recommandations des bonnes pratiques professionnelles élaborés par la Haute autorité de santé.

1-3) un engagement des praticiens dans une dynamique territoriale : activités en réseau, activités partagées, activités multi-sites pour la psychiatrie, actions de coopération, exercice isolé, exercice en zone prioritaire.

1-4) un engagement des praticiens dans une démarche d'enseignement et de recherche clinique en lien avec le dispositif hospitalo-universitaire.

**En 2005 pour se conformer à l'accord national unanime du 2 septembre 2004 en faveur de la chirurgie publique et au plan national psychiatrie et santé mentale, les praticiens des disciplines concernées pourront percevoir une part complémentaire variable individuelle égale à 5% de leur rémunération statutaire à compter du 01/07/05. Elle pourra varier dans la limite de 15 % à compter du 01/07/07. Pour la psychiatrie, l'attribution de la prime multi-sites peut se substituer à la part variable pour les praticiens effectuant un nombre significatif de demi-journées fixé par voie réglementaire ou pour les praticiens affectés dans les zones prioritaires, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2005.**

A partir de 2006 et au plus tard en 2007, ce dispositif sera étendu progressivement à l'ensemble des disciplines dans le cadre d'un financement mutualisé et de la mise en place de la tarification à l'activité et/ou de l'effort de réorganisation des activités médicales et pharmaceutiques.

## 2) Engagement institutionnel

Les responsables de pôle perçoivent une indemnité de 200 € bruts mensuels à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2005 pour tenir compte de la responsabilité qu'ils prennent dans la contractualisation interne, notamment au regard des délégations qui leur sont conférées.

L'engagement attaché aux fonctions de président de la CME, de responsable de pôle ou aux fonctions transversales font l'objet d'une compensation en temps 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).

Les frais de déplacement et de mission des praticiens, en qualité de représentants institutionnels, font l'objet d'une prise en charge par l'établissement dans le respect des dispositions réglementaires en vigueur sur la base d'un ordre de mission.

Les modalités d'application de ces dispositions ainsi que leur calendrier de mise en œuvre seront étudiées et révisées avec le comité national de suivi.

En complément de l'accord d'assouplissement de l'ARTT médical du 13 janvier 2003, les signataires s'accordent pour examiner dès 2005 les conditions de rachat des jours



RTT qui ne pourront être pris au titre de l'année en cours, après avis des organisations signataires du présent protocole.

### **III - Adaptation du statut**

Les signataires du présent protocole s'accordent sur la nécessité de faire évoluer le statut afin de rendre la carrière plus attractive, notamment afin de :

- mettre en place une véritable politique des ressources humaines et son volet social,
  - simplifier les procédures et les rendre plus transparentes,
- sans remettre en cause les principes du statut ni l'emploi du praticien hospitalier dans le cadre de la restructuration nécessaire à l'évolution du système du santé.

Les acquis des décrets statutaires de 1984 et 1985 relatifs aux praticiens sont confirmés dans le respect des présentes dispositions. Il ne s'agit en aucun cas de la transformation du statut national en un contrat à durée déterminée ou indéterminée. L'adaptation proposée repose d'une part, sur un assouplissement des règles de recrutement et d'autre part, sur une gestion plus individualisée des praticiens.

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

Conformément aux missions stratégiques qui lui sont dévolues, l'administration centrale du ministère chargé de la santé (DHOS) conserve :

- la conception et le pilotage des politiques publiques (démographie, déontologie, conditions d'exercice, statuts, rémunérations et régime indemnitaire, politique de formation, analyse de gestion) ;
- le suivi des moyens mis en œuvre au service de ces politiques ;
- l'évaluation et le contrôle.

Pour réaliser pleinement ses missions, elle doit déléguer les actions opérationnelles à un organisme spécifique.

A cet effet, un centre national de gestion est créé pour assurer les opérations de gestion relatives aux praticiens hospitaliers, sous la tutelle du ministre chargé de la santé. 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'une commission régionale paritaire. Quelle que soit la forme juridique adoptée, le principe d'une représentation paritaire des personnels gérés par le CNG est retenu concernant l'instance décisionnelle. Les organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers seront associées à son fonctionnement. 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. Il définira les orientations stratégiques et formulera des propositions au ministre en matière de concours et de gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et des spécialités, notamment pour les activités transversales. Il analysera les données relatives aux emplois et aux praticiens par région, par territoire, par discipline, par spécialité et par activité, afin de dresser une cartographie nationale. 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 ;
- l'information sur le dispositif réglementaire du régime de retraite ;



- le suivi au niveau régional de la mise en œuvre de la médecine du travail et de prévention, en permettant aux praticiens de recourir à des services extérieurs à l'établissement ;
- la gestion des praticiens en recherche d'affectation ;
- le reclassement des praticiens devenus inaptes médicalement 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 d'un système d'information et de gestion des médecins hospitaliers, tel que SIGMED.

Le CNG garantit des actions de formation en lien avec les orientations définies par le CNFMCH.

#### Commission statutaire nationale (CSN)

L'importance du rôle de la CSN est réaffirmée. Le secrétariat de la CSN est assuré par le CNG.

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

Elle intervient lorsque les instances 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 et de responsable de pôle.

#### **Commission régionale paritaire (CRP)**

**Il est créé, par arrêté ministériel, auprès de chaque ARH, une commission régionale paritaire composée d'une part, de représentants des organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers désignés par celles-ci et d'autre part de représentants institutionnels et de représentants de l'administration désignés par le directeur de l'ARH. Cette commission est présidée par le directeur de l'ARH ou son représentant qui, en cas de partage égal des voix, a voix prépondérante.**

Ses compétences sont notamment les suivantes :

- mise en place, suivi et régulation du nouveau régime de permanence hospitalière des soins et de l'organisation territoriale de cette permanence ;
- mise en place et suivi du régime de contractualisation relatif à la part complémentaire variable de rémunération ;
- propositions au centre national de gestion, prévention des conflits et conciliation en matière de gestion des praticiens hospitaliers en lien avec le CNG ;
- suivi financier de la ressource médicale ;
- adaptation et redistribution des emplois médicaux au sein de la région, en lien avec le CNG ;
- suivi financier de la ressource médicale.

#### **Simplification du concours**

Parce qu'ils sont attachés à la qualité des recrutements des praticiens hospitaliers plein temps et temps partiel et à l'unicité du concours, les signataires du présent protocole estiment que les modalités du concours doivent être simplifiées.

Le concours national sera organisé par disciplines et spécialités ainsi qu'il suit :

- type I : examen du dossier titres, travaux et services rendus, et entretien pour les personnels relevant de l'actuel type I du concours et ayant exercé ces fonctions depuis moins de 5 ans ;
- type II : examen du dossier titres, travaux et services rendus, entretien et épreuve orale de connaissance professionnelle, pour les autres candidats.

Les autres dispositions réglementaires en vigueur restent inchangées.

Le jury inscrit sur la liste d'aptitude les candidats dont l'aptitude à l'exercice des fonctions hospitalières 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 4 ans.

Les modalités d'organisation des épreuves orales de connaissances professionnelles seront élaborées avec les organisations syndicales représentatives et les sociétés savantes concernées.

#### Publication des emplois

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 le contrôle des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation, selon une fréquence régulière, d'au moins trois fois par an. La CRP est tenue informée.

#### Définition des fonctions : le profil de poste

Ce profil de poste n'est pas un contrat individuel passé entre le praticien hospitalier et l'établissement d'affectation. Il a pour vocation d'expliquer les objectifs à atteindre, les actions à mener et les moyens mis en œuvre, ainsi que les caractéristiques des fonctions dans le cadre du projet de pôle (organisation du travail, valences exercées par le praticien, contraintes particulières - exercice sur plusieurs sites, ...).

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

Il est proposé par le pôle en liaison avec ses structures internes sur la base du projet médical approuvé. Il est soumis à l'avis de la CME puis validé par le conseil exécutif et transmis au CNG dans le cadre de la procédure de recrutement.

Un modèle de document type est élaboré par le comité national de suivi.

**Ce profil de poste doit permettre au praticien concerné de s'intégrer plus facilement dans l'équipe médicale de l'établissement. Il ne peut être utilisé à des fins disciplinaires.**

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

**Comme aujourd'hui, la nomination continue de relever du ministre chargé de**

## **la santé. Les avis des instances locales habituelles sont requis dans les conditions actuelles.**

Des solutions visant à simplifier et alléger les procédures, raccourcir les délais, faciliter l'installation des praticiens doivent être recherchées, tout en garantissant l'indépendance professionnelle des praticiens hospitaliers rappelée au paragraphe II du présent accord. Ainsi, en ce qui concerne les nominations et mutations lors d'avis locaux convergents, une procédure simplifiée sera établie ; la CSN et le CNG seront tenus informés des décisions prises. En cas de désaccord des instances locales, une possibilité de recours sera prévue au niveau national (avis de la commission statutaire nationale). S'agissant de la psychiatrie, les dispositions actuelles seront maintenues dans le respect des dispositions prévues dans le projet d'ordonnance portant sur la modernisation de l'hôpital.

Pour atteindre ces objectifs, un groupe de travail national, composé des organisations représentatives des praticiens hospitaliers, sera chargé de faire des propositions d'adaptation des règles spécifiques à la nomination ainsi qu'à l'affectation pour l'automne 2005.

### Traitement des situations individuelles particulières

#### - Redéploiement de l'activité

Tout redéploiement d'activité doit être largement anticipé et porté à la connaissance des instances locales de l'établissement, des praticiens concernés et de la commission régionale paritaire. Un accompagnement social est mis en œuvre pour prendre en compte l'intérêt du praticien, notamment par le biais d'un dispositif de formation. Les signataires s'accordent sur le principe que redéploiement et restructurations d'activités ne doivent pas conduire au licenciement du praticien.

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

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 proportionnelle à l'ancienneté et plafonnée.

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

#### - Mise en recherche d'affectation

- la mise en situation de « recherche d'affectation » qui doit constituer un dispositif exceptionnel (estimation de 50 postes) est prononcée par décision ministérielle après avis de la CME et 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.) ;

- le praticien en recherche d'affectation bénéficie d'actions de formation conformes à son projet professionnel ;

- il bénéficie d'une prise en charge spécifique adaptée : aide à la mobilité, etc. ;

- le CNG a l'obligation de faire 3 propositions sur poste vacant ou susceptible d'être créé, tenant compte notamment des besoins dans la spécialité d'exercice du praticien et de sa situation personnelle ;

- 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 radié des cadres avec indemnités ;

Les conditions de mise en œuvre de cette procédure seront fixées par voie réglementaire, au vu des propositions d'un groupe de travail, au cours du deuxième semestre 2005.

- 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.

#### Reprise 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. Les modalités de ce dispositif seront définies par voie réglementaire après concertation et pourront être appliquées à des praticiens ayant un parcours professionnel reconnu, ou acceptant d'exercer dans des zones géographiques déficitaires ou consécutivement à des restructurations hospitalières. Elle pourra notamment concerner une meilleure prise en compte des services effectués par les praticiens ayant exercé dans d'autres pays européens et par les praticiens attachés.

#### Autres dispositions statutaires

Des dispositions d'adaptation seront intégrées dans les statuts de praticiens temps plein et temps partiel pour tenir compte des évolutions de la position de disponibilité.

#### Valences d'enseignement et de recherche

Le ministre réaffirme son soutien en faveur de la reconnaissance de l'engagement des praticiens hospitaliers pour l'enseignement et la recherche dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux.

Un contrat fixe les conditions d'exercice de la valence d'enseignement ou de recherche. Ce contrat est limité dans le temps, évalué à son terme, et peut être reconduit dans des conditions qui seront définies par instruction ministérielle.

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. Ce dispositif sera étendu aux pharmaciens dès que possible.

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.

### Médicalisation des hôpitaux

L'effort de médicalisation des hôpitaux en faveur, d'une part, de la psychiatrie dans le cadre du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2008 qui prévoit, notamment, la création de 186 postes de praticiens hospitaliers et d'autre part, de la gériatrie dans le cadre du dispositif 2004-2008 d'accompagnement à la politique de prise en charge des personnes âgées qui fixe à 275 le nombre de création de postes de praticiens hospitaliers pour développer les équipes mobiles et le court séjour gériatrique, sera garanti pendant la durée du plan d'accompagnement annoncé.

### 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, expertise dans le cadre des procédures individuelles engagées à l'encontre des praticiens hospitaliers).

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 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.

ooo

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.

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 y compris ses implications sur l'activité libérale, aux avantages sociaux, **au rapprochement des statuts relatifs aux praticiens temps plein et temps partiel**, aux évolutions des CHU, aux problématiques de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles.

**Cette concertation élargie s'engagera au 1<sup>er</sup> semestre 2005. Des propositions de mesures étalées dans le temps seront faites au ministre chargé de la santé et, pour la part qui le concerne, au ministre chargé de l'enseignement supérieur avant la fin de l'année 2005 sur la question de la retraite IRCANTEC pour les praticiens hospitaliers et d'une prise en compte significativement améliorée de la part hospitalière pour la retraite des personnels hospitalo-universitaires.**

*Conformément à la loi Informatique et Liberté du 06/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de radiation des données vous concernant. Si vous désirez vous désabonner de la liste de diffusion, répondez à cet e-mail en indiquant comme sujet : DESABONNEMENT.*