

PROJET DE PROTOCOLE D'ACCORD

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, garants de la qualité et de la sécurité des soins, sont engagés pour sa meilleure efficience 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 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.

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. 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 compléter ce dispositif.

Les signataires du présent protocole conviennent d'organiser ainsi qu'il suit le régime des astreintes à compter du 1^{er} 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. Le régime actuel est modifié pour faire converger en 3 ans, à partir de 2005, les tarifs actuels vers un tarif unique à 40 € conformément au tableau joint en annexe au présent protocole.
- 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 2^{ème} déplacement, soit une progression de 12,7%.

Pour les années 2006 et 2007, l'effort de réorganisation du dispositif des permanences sur place et à domicile dans lequel les praticiens s'engagent devra permettre d'atteindre une revalorisation supplémentaire, prenant en compte le niveau d'activité.

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 recueillies par les commissions régionales paritaires, qui seront effectués par le comité national de suivi, permettront de définir les indicateurs d'activité nécessaires à cette revalorisation.

S'agissant de l'assujettissement des astreintes à l'IRCANTEC, les dispositions suivantes sont arrêtées :

- pour 2005, le financement de la 1^{ère} tranche sera assuré sur enveloppe nationale avec effet du 1^{er} juillet ;
- pour les années 2006, 2007 et 2008, le complément de financement (2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} tranches) sera assuré sur enveloppe nationale. *[sous réserve d'un nouvel arbitrage]*

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

Par ailleurs, à partir de l'âge de 60 ans, les praticiens hospitaliers pourront être dispensés du travail de nuit si les nécessités de services le permettent (tableau de service) et s'ils en ont fait expressément la demande. De même, cette dispense pourra s'appliquer aux femmes enceintes à partir du 3^{ème} mois ainsi qu'aux praticiens présentant un état de santé dégradé dûment constaté par le médecin du travail.

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 l'activité (contraintes spécifiques fortes telles que : démographie médicale, effectif interne limité, intensité de la charge de travail, ...);
- attribution selon des critères liés à l'engagement dans une démarche d'accréditation et à l'engagement institutionnel ;
- attribution collective 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 collectif conclu entre le pôle et les praticiens de tout ou partie de ses structures internes se fera sur des objectifs précis :

- 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 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 et concertés avec le comité national de suivi : 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. ;
- 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.).

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, ...)

Le protocole d'accord devra prévoir les modalités de mise en œuvre des revalorisations, de leur chiffrage et de leur déroulement pluriannuel.

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 1^{er} octobre 2005 à raison de 200 €bruts mensuels ;

- sous certaines conditions à définir, les responsabilités de chef de service pourront également faire l'objet d'une indemnisation forfaitaire. *[sous réserve d'arbitrage]*

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).

[Cette mesure représente une enveloppe de 18 à 20 M€ susceptibles d'être redéployés sur le dispositif relatif à la part variable]

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'une commission régionale paritaire.

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 ;
- 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 ;

La détermination préalable du nombre de places ouvertes au concours est supprimée (responsabilisation du jury qui fixe le seuil en deçà duquel les candidats ne seront pas admis) .

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 *[ou 5 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 :

- soit demander à 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

Trois procédures sont proposées : *[sous réserve d'arbitrage]*

- La primo nomination : dans ce cas, 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 : dans ce cas, l'EPS propose au DARH d'affecter le praticien hospitalier en mutation, retenu de façon convergente par les instances locales. Le DARH l'affecte dans l'établissement. Toutefois, le DARH peut ne pas affecter le candidat. Dans ce cas, il ne procède à aucune autre affectation.
- La mutation interne : dans ce cas, 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 est proposé par le pôle en liaison avec ses structures internes sur la base du projet médical approuvé et validé par le conseil exécutif après avis de la CME.

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 *[sous réserve d'arbitrage]*

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. 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.

Présentation de la procédure :

- elle est demandée soit par le praticien, soit par l'établissement ;
- la mise en position « en 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 position pour un délai maximum de trois ans *[sous réserve d'arbitrage]* peut, à tout moment et à sa demande, soit être placé en disponibilité d'office, soit être licencié avec indemnités ;
- le praticien dans cette position qui n'aurait pas été recruté à la fin de la troisième année *[sous réserve d'arbitrage]* 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.

Sortie du corps [sous réserve d'arbitrage]

Les signataires du présent protocole s'accordent pour introduire dans le statut des dispositions prévoyant une clause de non concurrence.

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. 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 paritaire

Il est créé, par arrêté du ministre chargé de la santé, 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.

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 ministre chargé de la santé engagera en janvier 2005 une démarche auprès du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la fonction publique pour relancer les négociations relatives à la retraite sur la part hospitalière et à la protection sociale des personnels hospitalo-universitaires dans l'esprit du protocole du 16 mai 2003. Ce travail associera l'ensemble des organisations syndicales concernées. ***[sous réserve d'arbitrage]***

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.