



Confédération des Hôpitaux Généraux



La lettre

FNAP - SNBH - SNMARNHU - SPH
SPF - SYNGOF

Janvier 2003

Un accord d'étape encore insatisfaisant...

La Confédération des Hôpitaux Généraux (C.H.G.), compte tenu des dernières avancées de la négociation concernant l'assouplissement de l'organisation de la RTT des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers, a décidé de signer le 13 janvier 2003 le protocole d'accord d'assouplissement de la RTT avec le ministre J-F. Mattei.

En effet, la possibilité d'indemniser dix des vingt jours de RTT et de financer dans tous les services des plages de temps de travail additionnel par la confirmation d'une enveloppe spécifique de 45 millions d'Euros représente des avancées positives. Elles permettront de compenser, au moins en partie, les effets conjoints de l'application attendue de la réglementation européenne du droit du travail et de la réglementation française de la RTT dans une situation de pénurie démographique liée à un numerus clausus trop restrictif.

Mais nous regrettons vivement la décision ministérielle d'avoir exclu de cette négociation le dossier de l'organisation de la permanence des soins et l'absence de positionnement clair sur les mesures de financement qui nous paraissent à l'évidence demeurer insuffisantes. Notre demande de revalorisation des indemnités de l'astreinte conjointement à leur intégration dans le temps de travail demeure pour nous un point de revendication majeur.

Enfin, nous ne pouvons pas recommander à nos mandants d'utiliser le Compte Epargne Temps, qui aurait pu être un facteur important d'assouplissement de la RTT, dans la mesure où aucune garantie ne nous a été donnée concernant l'indemnisation des jours épargnés, dans le cas où le praticien serait dans l'incapacité de les utiliser.

Il ne s'agit donc que d'un accord d'étape encore insatisfaisant. Refusant d'aggraver les difficultés auxquelles se trouve actuellement confrontée l'organisation des services hospitaliers, la CHG a accepté de ratifier l'accord, tout en demandant l'ouverture rapide de nouvelles négociations, notamment sur la question des astreintes.

**Gilbert ESCHEMANN, Christine LINGET, Michel VIGNIER, Vice-Présidents,
Pierre FARAGGI, Président de la CHG**

Les mesures d'assouplissement de l'ARTT

Accord entre :

- Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Et les organisations syndicales :

- Confédération des Hôpitaux Généraux (CHG)
- Coordination Médicale Hospitalière (CMH)
- Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH)
- Syndicat National des médecins, Chirurgiens, spécialistes et biologistes des Hôpitaux Publics (SNAM)

La réduction du temps de travail des personnels médicaux hospitaliers et l'intégration des gardes dans le temps de travail à l'hôpital public a fait l'objet d'un protocole signé le 22 octobre 2001 par toutes les organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers. Les dispositions arrêtées dans ce protocole ont fait l'objet d'une traduction réglementaire.

La Mission Nationale d'Evaluation de la RTT a constaté les grandes difficultés que rencontrent les établissements pour mettre en œuvre ces dispositions. Sans remettre en cause les mesures prévues par le protocole signé le 22 octobre 2001, la MNE propose une mise en œuvre progressive de celles-ci, compte tenu de l'ampleur des réorganisations à conduire et de l'importance des recrutements à effectuer, dans un contexte de démographie médicale tendue.

A cet égard, une première mesure sera prise dès le premier semestre 2003 avec effet au 1er janvier 2003 pour la création d'un nouveau statut pour les praticiens attachés et praticiens attachés associés, qui bénéficiera d'un financement spécifique.

C'est pourquoi les signataires conviennent ensemble de la nécessité de mesures transitoires d'assouplissement. Ces mesures doivent garantir d'une part, le fonctionnement médical des établissements publics de santé pendant la phase de montée en charge des dispositifs et d'autre part, les droits acquis dès 2002 par les praticiens au titre de la RTT.

Bien affecter les crédits consacrés aux créations de postes

La création d'emplois médicaux stables doit être prioritaire.

La création d'emplois - tranches 2002 et 2003 - soit 2000 emplois dont la moitié au moins d'emplois de praticien hospitalier - sera réalisée à l'occasion de la fixation des budgets primitifs pour 2003. L'attribution des crédits aux établissements concernés, avec effet au 1er janvier 2003 tiendra compte des créations déjà autorisées, le cas échéant, en fin d'année 2002 au titre du protocole du 22 octobre 2001.

Il est rappelé que ce protocole prévoit, à échéance du 1er janvier 2005, la création de 3500 postes. Le comité national de suivi évaluera la réalisation de ce dispositif et proposera les ajustements nécessaires.

La répartition des 3500 créations d'emplois sera effectuée, dans chaque région, au profit de l'ensemble des disciplines, en fonction des besoins, notamment pour les disciplines assurant le fonctionnement des plateaux médico-techniques et les disciplines liées aux structures d'urgences (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, psychiatres, urgentistes, anesthésistes-réanimateurs).

Ces créations d'emploi bénéficient d'un financement ciblé et spécifique, à distinguer des crédits alloués ou redéployés au profit du temps additionnel et des indemnités de sujétion :

a/ en cas d'impossibilité de recrutement, constatée par les instances de l'établissement, les crédits attribués pour la création de postes médicaux au titre de la RTT sont utilisés pour assurer le financement du rachat ciblé de jours RTT ;
b/ les indemnités pour temps de travail additionnel et les indemnités de sujétion sont financées par des crédits alloués à cet effet et par les redéploiements de crédits opérés à partir du budget « gardes et astreintes ».

Rendre à nouveau possible le rachat de jours RTT

Il est rappelé que, compte tenu de la publication tardive des décrets, les cinq jours de RTT acquis au titre de 2002, non pris ni épargnés par le praticien lui seront payés conformément à l'article 6 de l'arrêté du 17 octobre 2002.

En 2003, sur la base de l'organisation médicale fixée par les instances de l'établissement et approuvée, lorsque le fonctionnement du service le justifie et que de réelles difficultés à couvrir les besoins en temps médical sont constatées, au vu du tableau de service, après avis du responsable de la structure concernée et du président de la CME, le directeur propose aux praticiens volontaires le rachat de jours RTT. Ce rachat peut aller jusqu'à 10 jours pour un temps plein.

Les jours ainsi rachetés seront payés forfaitairement 300 € par jour. Cette mesure pourra être reconduite, le cas échéant, au vu du résultat de l'évaluation qui sera faite en fin d'année 2003.

Un bilan de ce dispositif est présenté aux instances de l'établissement et comité de suivi local. Il sera transmis en fin d'année au directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, pour établir une synthèse régionale qui sera présentée au comité de suivi régional.

Une synthèse nationale sera également présentée au comité de suivi national.

Rendre le compte épargne temps plus attractif et plus crédible

Le principe de l'alimentation du compte épargne-temps sur la base du volontariat est réaffirmé.

Le compte épargne-temps constitue, dans la période de montée en charge des créations de postes et dans un contexte marqué par des difficultés de recrutement, un outil stratégique pour les établissements. Il doit être attractif et son financement garanti.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 prévoit que le fonds pour l'emploi hospitalier contribue au financement des droits à congé RTT affectés au compte épargne-temps. Ce financement apporte aux praticiens la garantie qu'ils pourront utiliser leur compte épargne-temps. Le décret qui doit être pris en application de la loi sera

soumis à la concertation des signataires du présent accord. Deux mesures seront prises dès le début de l'année 2003 : Le plafond de temps cumulé pour le CET passera de 7 ans à 10 ans, ce qui permettra à un praticien de pouvoir bénéficier d'un droit cumulé de 1 an et 6 mois s'il verse la totalité de ses jours épargnables pendant ces 10 années.

Les jours de RTT épargnés dans le CET pendant la période du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2005 seront bonifiés à hauteur de 10 % du temps épargné, avec application d'une règle d'arrondi à l'entier supérieur ou inférieur selon que le résultat obtenu est égal, supérieur ou inférieur à ½ journée et selon les modalités décrites ci-après : le gestionnaire du CET constate en fin d'année n le nombre de jours RTT qui ont alimenté le CET au cours de cette année n, déduction faite des jours pris et des bonifications constatées au titre de l'année précédente. Il applique à ce nombre le taux de 10 % en tenant compte de la règle d'arrondi à l'entier supérieur ou inférieur précitée. L'année suivante, il appliquera le taux de 10 % aux seuls jours RTT ayant alimenté le CET durant l'année n+1, dans les mêmes conditions que l'année précédente, les jours épargnés l'année précédente ne faisant pas de nouveau l'objet d'une bonification.

A compter du 1er janvier 2004, les jours qui ne seront ni pris ni payés seront versés au CET.

Les droits ainsi acquis figureront, à titre de garantie, sur le bulletin de salaire.

Les dispositions du décret du 18 novembre 2002 seront en conséquence adaptées. La concertation ouverte à cette occasion permettra d'explicitier la notion de nécessités de service.

Organiser la permanence des soins et contractualiser le temps de travail additionnel.

Dans le respect des lois et règlements en vigueur, les organisations médicales seront définies au niveau local en fonction de la nature et du volume des activités concernées au regard des missions de l'établissement.

La classification des activités s'effectue selon qu'elles nécessitent ou non une présence médicale permanente sur place.

Lorsque l'activité médicale le justifie et que le fonctionnement du service, au vu du tableau de service, nécessite un temps de travail additionnel, apprécié sur un cycle de travail de quatre mois, celui-ci est rémunéré à hauteur de 300 € par période de deux demi-journées.

Dans les autres cas, le recours à l'astreinte devra être privilégié.

Dans le cadre des enveloppes allouées et de la nouvelle approche inter-établissement et compte tenu de l'évaluation qui sera réalisée une revalorisation forfaitaire du taux des astreintes pourra être mise en œuvre.

Dans chaque établissement, la commission des gardes et astreintes désormais appelée commission de l'organisation et de la permanence médicale et pharmaceutique formulera les propositions d'organisation qui seront soumises aux instances de l'établissement. Le comité régional de suivi placé auprès du directeur d'ARH, régulièrement tenu informé de ces nouvelles organisations pourra en cas de difficulté être consulté.

Compte tenu des difficultés de recrutement et afin d'assurer une bonne visibilité de l'organisation médicale, le responsable de la structure concernée, peut proposer au praticien la contractualisation de l'organisation du temps de travail médical additionnel sur la base des tableaux annuels prévisionnels de service. Ces tableaux sont transmis pour accord au directeur. Pendant la période de montée en charge, à titre transitoire cette possibilité de contractualisation doit être encouragée. Elle s'organise sur la base du volontariat. Dans ce cadre, les praticiens peuvent effectuer des périodes de temps de travail additionnel au-delà de leurs obligations statutaires de service.

L'arrêté appelé à remplacer l'arrêté relatif à l'organisation et

à l'indemnisation des gardes et à la mise en place du repos de sécurité dans les établissements publics de santé sera soumis à la concertation avec les organisations syndicales signataires du présent accord dès le début janvier 2003.

Dans le souci de la qualité et de la sécurité des soins, conformément aux dispositions du protocole du 22 octobre 2001, la logique d'établissement devra être complétée d'une approche de l'organisation des soins par territoire ou bassin de santé notamment en organisant un exercice partagé et une mutualisation des moyens. Les directeurs d'ARH solliciteront les comités régionaux de suivi sur les projets d'organisation, lesquels pourront également faire des propositions de coopération ou d'organisation. De plus, les établissements s'engageront dans une réorganisation interne de leur système de permanence des soins.

Assurer le suivi de la mise en œuvre du présent accord

La DHOS est chargée du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du dispositif et procédera aux corrections et ajustements nécessaires notamment en ce qui concerne le travail de nuit et l'indemnisation du temps de travail additionnel (de jour comme de nuit) ainsi que la classification des activités.

Elle s'appuiera sur les avis émanant :

au niveau national, du comité de suivi, présidé par le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, composé de trois représentants de chaque organisation syndicale signataire du présent accord ;
au niveau régional, du comité régional de suivi, présidé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et composé de trois représentants de chaque organisation syndicale signataire du présent accord ainsi que de représentants des conférences de directeurs et de présidents de CME et de la FHF dont le nombre total est égal à celui des représentants des organisations syndicales. Ces comités sont réunis par leur président au moins une fois par trimestre.

L'astreinte : un casse-tête chinois

A l'examen des différents textes parus récemment, les transformations apportées aux mécanismes complexes de l'astreinte paraissent bien défavorables et ne correspondent pas du tout aux attentes des praticiens hospitaliers. Rappel des différents textes et position de la CHG pour les négociations qui s'annoncent.

Rappel de la situation antérieure au premier Janvier 2003 :

Définition : 2 niveaux d'astreinte (arrêté du 18 juillet 1986)

L'astreinte **opérationnelle** assure une activité de garde par un médecin à domicile.

L'astreinte est considérée comme une astreinte **de sécurité** dans les disciplines qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents.

L'astreinte est SOIT indemnisée SOIT récupérée.

Indemnisation

Elle comprend une indemnité « de base » perçue pour chaque astreinte à laquelle s'ajoute une indemnité perçue par déplacement. Le total ne peut dépasser pour une astreinte le montant d'une garde.

a) L'indemnité de base

Montants actuels des deux types de forfait fixés par l'arrêté du 1er Décembre 2002 :

- L'indemnité pour astreinte opérationnelle = 36,60 Euros (18,30 Euros pour la demi astreinte)
- L'indemnité pour astreinte de sécurité = 23,94 Euros (pas de demi astreinte).

L'indemnité de base est la même quelle que soit la durée de l'astreinte (10 heures les dimanche et les jours fériés, 14 heures la nuit, en notant que le samedi après-midi est maintenant une plage de sujétion qui devrait donc correspondre à une demi astreinte).

Ces deux types de forfait sont à comparer à l'indemnité de 50 euros obtenus par les médecins généralistes au mois de février 2002 pour une durée d'astreinte de 12 heures.

b) L'indemnité perçue par déplacement

Par application du protocole du 22 octobre 2001, l'indemnité due pour un déplacement, identique quel que soit le type de l'astreinte, a été revalorisée par arrêté du 19 février 2002, passant de 50,16 à 61,37 € et augmentée à 61,80 € au 1/12/2002

La récupération

Elle supprime toute indemnisation.

Elle est d'une demi-journée pour 2 astreintes opérationnelles ou 5 astreintes de sécurité.

II - Les changements apportés par la modification du statut au 1/01/2003

L'article 28 du statut du décret du 24 février 1984 modifié par le décret du 6 décembre 2002 prévoit que le praticien perçoit « des indemnités correspondant aux astreintes et aux déplacements auxquels elles peuvent donner lieu ».

Ces indemnités sont versées lorsque, selon le choix du praticien, « les astreintes et les déplacements ne font pas l'objet d'une récupération ».

Le décret du 6 décembre 2002 précise par ailleurs : « Le temps de soin accompli dans le cadre d'un déplacement en astreinte est considéré comme temps de travail effectif ».

Ainsi, à s'en tenir au texte, l'astreinte est comme autrefois SOIT indemnisée, SOIT « récupérée » mais il n'y a plus d'équivalent de l'astreinte « globale » en temps. Lorsqu'elle est « récupérée » seul le temps de soin (et sans que le temps du trajet ne soit pris en compte) peut-être décompté du temps de travail. Si le praticien opte pour cette « récupération », il ne touche aucune des deux indemnités (indemnité due par astreinte et indemnité(s) de déplacement). Cette récupération assimilable à un congé (article 35 modifié du statut par l'article 7 du décret du 6 décembre 2002) peut être versée au Compte Epargne Temps par application de l'article 7 du même décret, bien que le décret antérieur du 18 novembre sur le CET ne le mentionne pas.

III - Rappel du protocole du 22 octobre 2001

Le texte du protocole était le suivant : « La rémunération des déplacements que les médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes hospitaliers sont amenés à effectuer pendant les astreintes, sera portée de 50.16 € à 61 € par déplacement (soit une valorisation de 21 %). Le temps correspondant aux déplacements sera intégré dans le temps de travail, sur le modèle du dispositif actuellement en vigueur (par exemple, un temps de déplacement et de soins de 4 heures sera assimilé à une demi plage de temps additionnel et indemnisé à 150 € ou compensé par une ½ journée de CET). Cette mesure prend effet au 1er janvier 2002. La rémunération des astreintes est inchangée par ailleurs. »

Remarquons que la formulation était particulièrement ambiguë : elle peut laisser entendre que les déplacements sont indemnisés ET intégrés dans le temps de travail, mais la précision « sur le modèle du dispositif actuellement en vigueur » exclut cette hypothèse puisque l'astreinte dans son ensemble (et non le seul déplacement) était soit payée, soit récupérée. De plus, le protocole semble proposer de n'intégrer le temps de déplacement que comme temps de travail additionnel qui relève maintenant du volontariat alors que l'astreinte fait partie des obligations de service, que le

praticien soit ou non volontaire pour effectuer du temps additionnel. Il ne précise pas les règles de calcul du temps de travail effectif lors des astreintes et ne donne qu'un exemple, celui d'un temps de déplacement et de soins de 4 heures qui serait assimilé à ½ plage de temps additionnel et donc soit indemnisé à 150 € soit compensé par ½ journée en Compte Epargne Temps.

Sur ces règles de calcul, l'arrêté du 14 septembre 2001 article 17, 2°, A, 1er alinéa, antérieur à la signature du protocole du 22 octobre, fixait la limite au-delà de laquelle une astreinte se transforme en ½ garde à 3 heures et non à 4 heures : « *lorsqu'un seul déplacement conduit à des actes thérapeutiques nécessitant la présence pour une durée supérieure à 3 heures, l'astreinte se transforme en demi garde* ». La notion de 4 heures figurait à l'alinéa suivant qui a été supprimé. Il donnait l'équivalent d'une demi garde pour un cumul du temps d'appels supérieur à 4 heures.

Remarquons que le protocole parlait de « **temps de déplacement et de soin** » intégré dans le temps de travail, le mot « déplacement » devant là être compris comme le temps de trajet.

La position de la CHG

Les astreintes représentent le mode le plus fréquent d'organisation de la continuité des soins dans nos hôpitaux. Leur importance va encore s'accroître, puisque les mesures d'assouplissement du protocole prévoient un recours privilégié à l'astreinte. Le principe même de notre revendication est de reconnaître la sujétion de l'astreinte, en terme de temps de travail ET en terme de rémunération :

- comme pour d'autres catégories professionnelles, l'astreinte doit représenter en terme de temps de travail et de rémunération le quart de la garde sur place.

- en supplément, le déplacement constitue un temps de travail effectif se situant en plage de sujétion (de nuit, de dimanche ou jours fériés, de samedi après midi).

Tous les textes sont disponibles sur le site de la CHG : <http://www.chgweb.org/>

Rappel des autres objectifs principaux de la CHG

1- Maintien inexpugnable du socle statutaire et de l'indépendance des PH : statut unique et nominations ministérielles.

2- ARTT et application des directives européennes :

- **Le CET** doit permettre d'épargner sur la totalité de la carrière. La bonification doit être valorisée et porter sur l'ensemble des jours versés au CET avec garantie d'attribution le cas échéant aux ayants droit. Jusqu'à 10 jours de congés annuels doivent pouvoir être versés au CET.

- **Les enveloppes** postes médicaux 2002 et 2003 doivent être réparties selon des critères équitables en terme de logique sanitaire et mises au plus tôt à la disposition des établissements. L'enveloppe spécifique au paiement du temps additionnel définie au niveau national doit être augmentée à hauteur des besoins réels.

- **Les plages de travail de nuit** (14h) ne peuvent correspondre qu'à 3 demi journées. Le montant de l'indemnité du **temps additionnel** effectué volontairement au-delà de la limite des 48 heures ou des 10 demi-journées doit être revalorisé à hauteur de 400 € par plage de 2 demi journées.

3- Retraite à la carte avec taux plein à partir de 60 ans.

Adressez les demandes d'adhésion à
Nicole Garret – 20 rue Harrouys – 44000 Nantes

FNAP : Fédération Nationale des Praticiens des Hôpitaux Généraux / **SNBH** : Syndicat National des Biologistes des Hôpitaux.
/ **SNMARHNU** : Syndicat National des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs à temps plein des Hôpitaux non Universitaires./
SPH : Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux./ **SYNGOF** : Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France./
SPF : Syndicat des Psychiatres Français.

Les revendications

1) Un seul niveau d'astreinte.

2) Le maintien à disposition du praticien à son domicile représente une première sujétion correspondant au ¼ de la garde payée par l'indemnité due pour une astreinte qui doit être revalorisée à hauteur de 62,5 € ET à un temps de travail récupéré sous forme de congé : 3,5 heures ou une demi journée pour 2 astreintes.

3) Le déplacement en plage de sujétion doit être à la fois payé par l'indemnité de déplacement ET décompté, heure pour heure, du temps de travail effectif à l'intérieur des obligations hebdomadaires de service (48 h ou 10 demi-journées) en donnant droit à un congé (1/2 journée pour 3 heures).

Le montant de l'indemnité due pour un déplacement doit être maintenu.

Le temps de déplacement correspond au temps de soin sur place auquel s'ajoute le temps du trajet.

4) Le total des indemnités perçues pour une astreinte est plafonné à hauteur d'une indemnité forfaitaire de sujétion (250 €), à l'exclusion de tout autre mode de plafonnement.

5) Les indemnités d'astreinte doivent être intégrées à l'assiette des cotisations Ircantec.

En résumé :

- Un seul niveau d'astreinte assimilé à du temps de travail à hauteur du ¼ de la garde avec revalorisation de l'indemnité par astreinte à 62,50 €.

- Maintien de l'indemnité pour déplacement **CONJOINTEMENT** au décompte du temps de trajet et de soin sur le temps de travail effectif, sous forme de congé.

- Les indemnités d'astreinte seront soumises à cotisation IRCANTEC.