



Circulaire DHOS/M 2 n° 2002-425 du 26 juillet 2002 relative à la mise en œuvre du protocole d'accord du 22 octobre 2001 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers

SP 3 314

2974

NOR : SANH0230401C

Date d'application : immédiate.

Textes de référence : circulaire DHOS/M2 n° 2002-58 du 30 janvier 2002.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Mesdames et Messieurs les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation pour mise en oeuvre ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires sociales [pour information,]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement [pour information])

1. La répartition inter-régionale des crédits

Au titre de l'année 2002, une enveloppe de 106,71 millions d'euros a été prévue pour financer la revalorisation des déplacements en astreinte (23,38 M EUR), l'indemnité d'engagement de service des assistants (17,64 M u) et les premières créations de postes pour les remplacements dans le cadre de la RTT (75,69M EUR).

La circulaire DHOS/M2/N° 58 du 30 janvier 2002 vous a précisé les effets et le calendrier de mise en oeuvre du protocole d'accord du 22 octobre 2001, la réduction du temps de travail des personnels médicaux prenant effet dès 2002, l'intégration des gardes dans le temps de travail et les mesures qui l'accompagnent (indemnité de sujétion et indemnité de plage additionnelle) prenant effet à compter du 1er janvier 2003. Il va de soi cependant que les créations d'emplois prévues par le protocole - soit 3500 emplois dont une première tranche de 2000 emplois sur 2 ans- répondent aux besoins de temps médical supplémentaire, qu'ils soient générés par la RTT ou l'intégration des gardes dans le temps de travail.

La RTT entraîne la nécessité de créer ou de libérer du temps médical pour pallier la diminution du temps de travail des praticiens. Ceci doit s'opérer en encourageant les efforts de restructuration globale de l'offre de soins. C'est pourquoi des critères permettant de pondérer la stricte logique de remplacement ont été privilégiés en évitant que les régions les mieux dotées actuellement voient leur prédominance renforcée.

De ce double souci découlent les trois critères retenus pour répartir l'enveloppe entre les régions, ainsi que leur pondération respective :

- * 50 % des crédits seront attribués aux régions en fonction de leurs ETP médicaux budgétés, en y incluant les postes vacants ;
- * 25 % des crédits seront attribués aux régions en fonction de leur production de points ISA ;
- * 25 % des crédits seront attribués aux régions de façon inversement proportionnelle à leurs effectifs médicaux totaux (médecins hospitaliers, médecins salariés et médecins libéraux) : selon ce critère, les régions auront d'autant moins de crédits que leur ratio médecin par habitants est élevé.

Toutefois, afin de ne pas pénaliser les DOM, compte tenu des spécificités de leur production de points ISA, l'enveloppe qui leur revient est calculée sur le seul critère des ETP médicaux et répartie entre DOM au prorata de ce critère.

Enfin, il a été décidé d'appliquer un écrêtement en considérant que les crédits attribués au titre de ce troisième critère ne doivent pas excéder à eux seuls le montant résultant de l'application des deux premiers critères. Le solde financier résultant de cet écrêtement a été redistribué entre toutes les régions métropolitaines, au prorata des crédits alloués au titre des deux premiers critères.

Une majoration correspondant aux surcoûts salariaux existant dans les DOM a été appliquée.

Les montants alloués à chaque région, comprenant les crédits d'ores et déjà notifiés sont reportés en annexe.

2. Une logique d'affectation territoriale

Les établissements devaient vous transmettre pour le 30 juin dernier leurs propositions de réorganisations médicales.

Je note que nombre d'établissements n'ont pu finaliser leur réflexion et leurs projets de réorganisations internes, ni prendre en compte d'éventuelles mutualisations de moyens entre établissements (publics et privés) ou avec la médecine ambulatoire. Je vous demande de relancer à nouveau les responsables (directeurs et présidents de CME) afin que leurs propositions vous parviennent pour le 30 septembre 2002, dernier délai.

Une étude de pré-impact

Les conséquences de la mise en place de la directive européenne sur le temps de travail, de la réduction du temps de travail et de l'évolution de la démographie médicale, doivent désormais s'analyser à partir des territoires et non strictement à partir des établissements.

Afin d'effectuer une première estimation des réorganisations nécessaires, je souhaite donc que vous meniez sans tarder une étude de pré-impact territorial intégrant ces contraintes, et prenant en compte l'ensemble des ressources médicales mutualisables.

Cette étude de pré-impact vous permettra d'allouer les moyens, et en particulier les postes médicaux affectés à votre région, en ne vous limitant pas à une approche par établissement, mais en les localisant selon l'organisation retenue sur chaque territoire et dans le cadre d'un exercice partagé ou mutualisé.

Une démarche souple, rapide et concertée

Vous définirez les territoires qui vous sembleront les plus pertinents afin d'assurer l'implantation la plus rationnelle des plateaux techniques de recours, tout en veillant à maintenir ou développer des activités de proximité, notamment en périphérie de ces territoires. Vous finaliserez cette étude pour la fin octobre, afin d'appuyer l'attribution des deux premières tranches de postes (fin 2002 et début 2003) sur cette logique territoriale de l'organisation des soins.

Je souhaite, enfin, que les comités régionaux de suivi du protocole du 22 octobre 2001 soient fortement impliqués dans cette démarche opérationnelle.

Un double objectif : plateaux techniques et proximité

Cette étude de pré-impact prépare une démarche plus globale d'organisation territoriale visant à amender dès 2003 les SROS en vigueur, sur la chirurgie, l'anesthésie-réanimation, et autres activités nécessitant des plateaux techniques très structurés et sur le développement des prises en charge de proximité intégrant notamment l'organisation des urgences et de la permanence des soins en prenant en compte les complémentarités nécessaires entre la ville et l'hôpital, la mise en place de filières gériatriques et la valorisation des alternatives à l'hospitalisation.

3. Répartition intra-régionale des crédits

La répartition des moyens à l'intérieur de chaque région se fera sur la base de l'étude de pré-impact décrite au point 2 ci-dessus, en lien avec les comités régionaux de suivi.

Vous tiendrez compte des efforts de rationalisation et de mutualisation des lignes de gardes, au sein des établissements et entre établissements, dans une logique territoriale telle qu'elle résulte de l'étude de pré-impact, et vous veillerez à favoriser l'utilisation de tous les outils juridiques disponibles (création d'établissements publics inter-hospitaliers, fédérations médicales inter-hospitalières, SIH, GCS, conventions)...

En tout état de cause, vous veillerez à ce que les établissements, actuellement les mieux dotés en personnel médical, ne voient pas leur prédominance renforcée en dehors de considérations de santé publique.

Dans un souci de transparence, les modalités d'attribution des crédits seront débattues au sein du comité régional de suivi et feront l'objet d'une évaluation par le comité national de suivi.

Financement des différentes actions du protocole

Je vous rappelle qu'au sein de l'enveloppe globale qui vous est allouée, il vous revient de distinguer clairement le financement de la prime d'engagement des assistants, la revalorisation des déplacements en astreinte et les créations de postes médicaux.

En raison du délai tardif de publication des décrets RTT et CET et de notification des crédits, les créations de postes 2002 n'interviendront qu'à la fin de l'année. Ces crédits seront utilisés pour financer la dépense non reconductible correspondant au paiement des jours de RTT ouverts au titre de 2002 qui n'auraient pas pu être pris et ce, dans la limite du quart des jours attribués.

Les postes créés au niveau de votre région devront être constitués pour au moins 50 % de praticiens hospitaliers et de praticiens hospitaliers à temps partiel.

Enfin, il est rappelé que l'enveloppe 2002 s'inscrit dans un programme pluriannuel de création de 3500 emplois dont la première tranche prévoit 2000 postes sur deux ans (2002 et 2003) puis 1500 postes en 2004 et 2005. En outre, à partir de 2003, s'ajoutera à ces créations de postes le financement de pages additionnelles. Vous tiendrez donc compte de cette montée en charge progressive du dispositif pour la répartition de vos crédits, lesquels seront fongibles.

Le ministère s'attachera à vous donner le maximum de lisibilité pluri-annuelle sur les financements globaux.

Conformément au dispositif prévu par le protocole du 22 octobre 2001 et aux instructions contenues dans la circulaire n° 58 du 30 janvier 2002 précitée, des comités régionaux de suivi ont été mis en place dans chaque région, associant représentants syndicaux et représentants institutionnels sous la présidence du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation. Leur rôle est d'assurer le suivi au niveau régional de la mise en oeuvre du protocole du 22 octobre 2001.

A ce titre, ils ont un rôle de consultation et de conseil auprès du DARH, notamment sur :

- * l'étude de pré-impact et la répartition des moyens au sein de la région ;
- * la méthode de l'évaluation régionale du dispositif et ses résultats ;
- * les conditions de mise en oeuvre du dispositif au niveau local.

Je vous saurais gré de veiller à respecter ce rôle, notamment dans la réflexion sur la réorganisation médicale des bassins de vie.

Vous voudrez bien me faire part de vos remarques et des difficultés éventuelles que vous rencontrerez dans la mise en oeuvre de la présente circulaire : DHOS, sous-direction des professions médicales et des personnels médicaux hospitaliers, bureau M 2.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,
E. Couty