



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

durée d'assurance

Question écrite n° 70950

Texte de la question

M. Henri Jibrayel attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur la situation des praticiens hospitaliers. À la veille de décisions modifiant le dispositif des retraites, prévues pour l'année 2010, les praticiens hospitaliers sont inquiets. En effet la réforme de l'IRCANTEC, appliquée progressivement dès cette année, se traduit par une diminution des droits acquis en 2009 de près de 8 % pour aboutir à une réduction de la retraite de 35 % au terme de la réforme en 2017. Les praticiens hospitaliers souhaitent que les conditions et sujétions particulières de leur exercice professionnel, liées notamment à la permanence médicale des soins, soient reconnues au niveau de leur retraite sous la forme d'une majoration de la durée d'assurance. En effet, la mission de service public de la permanence des soins, qu'il s'agisse de permanences sur place ou d'astreintes à domicile, contraint les praticiens hospitaliers à des plages de travail de 24 heures consécutives dont 14 heures de nuit. Leur régime de retraite de base relevant de la caisse nationale d'assurance vieillesse, ils attendent donc que dans le cadre de futures négociations sur la pénibilité concernant les salariés du privé, les sujétions particulières de leur exercice professionnel liées à la permanence médicale des soins hospitaliers soient vraiment prises en compte. D'autre part, la loi HPST a imposé un mode de gestion caractérisé par un recul de l'indépendance professionnelle des praticiens et une majoration du pouvoir administratif local. En psychiatrie, les conséquences en sont plus particulièrement graves en provoquant la suppression de mesures qui garantissaient le respect des libertés individuelles des citoyens. En effet, la nomination des psychiatres des hôpitaux qui sont chargés de rédiger les certificats médicaux confirmant ou informant les hospitalisations sous contrainte, dépendrait demain uniquement de l'autorité du directeur, alors qu'elle relevait jusqu'à maintenant de mesures spécifiques dérogatoires, maintenues par l'ordonnance du 2 mai 2005, qui donnait une place importante à une commission statutaire nationale, à la différence des autres disciplines. Il en résulterait une atteinte grave à l'équilibre de la loi du 27 juin 1990 qui tient au respect de l'indépendance des trois pouvoirs médical, administratif et judiciaire décidant et contrôlant les mesures privatives de liberté en psychiatrie. Il lui demande quelles mesures elle entend mettre en œuvre pour remédier à ces dysfonctionnements.

Texte de la réponse

L'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC) est un régime de retraite complémentaire obligatoire qui s'adresse principalement aux salariés non titulaires, cadres et non cadres, des trois fonctions publiques. Les praticiens exerçant à l'hôpital en constituent une catégorie d'affiliés spécifique, notamment en raison de leur durée de cotisation au régime et de leur forte contribution. Les projections prévoyant pour ce régime un déficit technique entre 2012 et 2016, augmentant ensuite jusqu'à épuisement des réserves avant 2030, une réforme du régime a été votée par le conseil d'administration de l'IRCANTEC le 10 septembre 2008. Elle prévoit une réduction progressive du rendement du régime d'ici à 2017, restant cependant, à l'issue du processus, légèrement supérieur à celui des autres régimes complémentaires, ainsi qu'une hausse étalée des cotisations entre 2011 et 2017. Le niveau des pensions et les droits acquis ne sont pas modifiés. Par ailleurs, elle a permis, pour les praticiens hospitaliers, d'entrer au conseil d'administration de l'IRCANTEC dont ils étaient exclus jusqu'ici. Compte tenu de l'impact de la réforme sur les

praticiens exerçant à l'hôpital, des discussions ont été engagées en 2008 avec les représentants des praticiens hospitaliers. C'est ainsi que, pour compenser la perte de rendement, plusieurs mesures compensatoires ont été proposées, tel que l'élargissement de l'assiette de cotisation aux différentes primes et aux astreintes à hauteur de 80 millions d'euros sur sept ans, auxquels il convient d'ajouter les 100 millions d'euros supplémentaires pris en charge par les établissements publics de santé au titre de leurs cotisations employeurs. Le protocole d'accord reprenant ces propositions, n'ayant pas été signé par les représentants des praticiens hospitaliers, n'a pas été mis en oeuvre. Cet effort consenti par le Gouvernement constitue un geste très important et il est difficile de s'engager davantage. Par ailleurs, une réflexion globale sur l'emploi des seniors et la pénibilité de certains métiers pourra être menée lors du prochain « rendez-vous retraite » avec les partenaires sociaux, tout en prenant en compte l'absolue nécessité d'assurer la pérennité des régimes obligatoires de retraite par répartition. S'agissant de la nomination des praticiens hospitaliers en psychiatrie, il convient de rappeler qu'en application des dispositions antérieures à l'entrée en vigueur de la loi n 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (art. R. 6152-8 du code de la santé publique et, pour les praticiens hospitaliers de psychiatrie exclusivement, article 20 du décret n 2006-1221 du 5 octobre 2006), la nomination dans l'établissement de santé était prononcée par arrêté du directeur général du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG), après avis de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif. Si ces avis étaient divergents, l'avis de la commission statutaire nationale (CSN) était requis pour les praticiens de toutes disciplines. Pour les praticiens hospitaliers de psychiatrie en revanche, et pour une période transitoire de cinq ans (soit jusqu'au 6 octobre 2011), l'avis de la CSN était systématiquement requis quels que soient le sens des avis locaux. L'entrée en vigueur de la loi précitée modifie sensiblement le dispositif de nomination des praticiens. Désormais, sur proposition du chef de pôle ou à défaut du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, le directeur de l'établissement propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des praticiens hospitaliers (art. L. 6143-7 du code de la santé publique). Les craintes soulevées par les syndicats de psychiatres hospitaliers ne sont pas fondées. En effet, le pouvoir confié au chef d'établissement de proposer un candidat praticien hospitalier au directeur général du CNG est en pratique un pouvoir partagé. La communauté médicale est pleinement associée, par le biais tout d'abord d'une proposition du chef de pôle qui conditionne la proposition qu'adressera le directeur au directeur général du CNG, puis par l'avis du président de la commission médicale d'établissement. Enfin, la décision de nomination appartient au centre national de gestion. La pluralité des intervenants à la décision garantit ainsi la qualité et l'impartialité du processus de nomination. Rien ne permet de supposer que ces nouvelles modalités de nomination d'un praticien hospitalier dans un établissement puissent remettre en cause l'indépendance des psychiatres dans l'exercice de leurs missions. En conséquence, l'élaboration d'un dispositif de nomination des praticiens hospitaliers spécifique à la psychiatrie, et dérogoratoire au droit commun, n'apparaît pas fondée.

Données clés

Auteur : [M. Henri Jibrayel](#)

Circonscription : Bouches-du-Rhône (4^e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 70950

Rubrique : Retraites : régime général

Ministère interrogé : Santé et sports

Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 9 février 2010, page 1305

Réponse publiée le : 4 mai 2010, page 5101