



« État des lieux et plaidoyer pour la reconnaissance des professionnels scientifiques des domaines de la biologie, de la recherche fondamentale et clinique, du numérique, de l'informatique et bio-informatique de la FPH. »

par le **Syndicat National des Scientifiques Hospitaliers CFE-CGC**

Document remis à Dijon le 13 janvier 2024 dans la cadre de la visite ministérielle de

M. Gabriel ATTAL

Premier Ministre

Mme Catherine VAUTRIN

Ministre du Travail de la Santé et des Solidarités

s/c **M. Yann BUBIEN**

Directeur adjoint de Cabinet de Mme la Ministre



1	INTRODUCTION	3
2	REVALORISATION DES METIERS SCIENTIFIQUES DE LA FPH.....	4
2.1	REVALORISATION SALARIALE A EGALITE D'ENGAGEMENT	4
2.1.1	<i>Homogénéisation des grilles indiciaires entre les personnels titulaires et contractuels</i>	<i>4</i>
2.1.2	<i>Modalités particulières de financements « non pérennes » des contractuels en CDI de la Recherche et de l'Innovation :</i>	<i>6</i>
2.1.3	<i>Jurisprudence européenne : différentiel d'attributions des primes entre personnels titulaires et contractuels pour un même statut et une même fonction.</i>	<i>8</i>
2.2	CREATION DE POSTES, RECONNAISSANCE METIERS ET DIPLOMES	9
2.2.1	<i>Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière et réingénierie des diplômes des professionnels de santé</i>	<i>9</i>
2.2.1.1	<i>Cas particulier des métiers de la Recherche et de l'Innovation</i>	<i>10</i>
2.2.1.2	<i>Demande d'éclaircissement sur l'application de la loi dite « anti-cadeau » régie par l'ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 de la loi « anti-cadeau ».</i>	<i>13</i>
2.2.1.3	<i>Cas particulier des métiers de la Biologie</i>	<i>14</i>
2.2.2	<i>Reconnaissance des Diplômes du cycle LMD dans nos hôpitaux publics.....</i>	<i>18</i>
2.2.2.1	<i>Cas particulier du Doctorat en Recherche et de l'Innovation</i>	<i>20</i>
2.2.2.2	<i>Cas particulier de la Biologie</i>	<i>21</i>
2.3	INTEGRATION DES « NOUVEAUX » METIERS DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE	25
2.3.1	<i>Reprise d'ancienneté, stagiairisation et « Loi Sauvadet »</i>	<i>26</i>
2.4	DROIT DES AGENTS CONTRACTUELS : COMMISSIONS CONSULTATIVES PARITAIRES REUNIES EN MATIERE DISCIPLINAIRE.	27
3	ORGANISATION SPECIFIQUE : DECLOISONNER ET RESPONSABILISER	29
3.1	REMETTRE L'HUMAIN ET LE BON SENS AU CŒUR DE LA GESTION DE NOS HOPITAUX PUBLICS.	29
3.2	RECONNAITRE UN VRAI POSITIONNEMENT HIERARCHIQUE AUX INGENIEURS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE.....	30
4	CONCLUSIONS.....	30
5	ANNEXES	31
5.1	ANNEXE 1 : JURISPRUDENCE EUROPEENNE : REPONSE DE MME AMELIE DE MONTCHALIN	31
5.2	ANNEXE 2 – FICHE METIER « SCIENTIFIQUE EXPERT EN BIOLOGIE MEDICALE »	33
5.3	ANNEXE 2 – CCP DISCIPLINAIRES – REPONSE DE LA DGOS	37

Syndicat National des Scientifiques Hospitaliers

1 Introduction

Nous évoquerons dans ce rapport principalement les **agents hospitaliers recrutés dans les domaines** :

- **scientifiques au sens large ;**
- **de la recherche,**
- **de la biologie,**
- **du numérique et de l'informatique,**
- **des bio-statistiques, big-data ;**
- etc...

à l'exclusion d'autres corps de métiers qui ne dépendent pas du champ d'action du SNSH CFE-CGC.

La frustration des professionnels que nous représentons, qui plus est contractuels, est forte.

- Forte, par le **manque de perspectives d'évolution de carrière** et par la **précarité** des contrats ;
- Forte, car depuis de trop nombreuses années, l'institution ni ne recense ni ne reconnaît les diplômes détenus par ces professionnels : Doctorat (*hors thèses d'exercice*), Master, Licence, Diplômes Universitaires ;
- Forte, par le **gâchis des compétences** et l'**absence de reconnaissance** de ces dernières et des plus-values - professionnelles et intellectuelles - apportées par nos professionnels.
- Forte, car l'**attractivité des salaires** pour les personnels contractuels et/ou titulaires n'est pas au rendez-vous.

L'obtention de diplômes du cycle « LMD », les nouveaux métiers, l'ancienneté dans un même lieu d'expertise, doivent être valorisés et mis à profit par l'institution au service de l'amélioration des prises en charge, des organisations, de la **recherche**, de la **biologie**, du **numérique**, de l'**informatique**, des **bio-statistiques** et de bien d'autres secteurs.

Le « Ségur de la Santé » aurait dû être une occasion exceptionnelle de faire un bilan sérieux et d'apporter plus sérieusement encore les réponses que les professionnels attendent, mais il a au contraire, **accentué certaines disparités**.

Le Syndicat National des Scientifiques Hospitaliers CFE-CGC décline au travers de ce rapport 31 demandes pour pallier ces situations délétères.

2 Revalorisation des métiers scientifiques de la FPH.

Nous entendons ici les « **métiers de la santé** » au sens large. Si le soin est effectivement central, il serait inopérant sans les **autres corps de métiers** qui évoluent au quotidien, souvent dans l'ombre, mais toujours en synergie avec les métiers de la santé, et en précieux soutien à ces derniers.

2.1 Revalorisation salariale à égalité d'engagement

La Fonction Publique avait - entre autres vertus - celle de l'**équité d'emploi, de la progression sociale et salariale.**

La **contractualisation** croissante a **remis en cause le principe d'équité** en laissant les supérieurs hiérarchiques et éventuellement les contractuels négocier leurs salaires : à métier équivalent, statuts différents, rémunérations et progressions de carrières disparates.

2.1.1 Homogénéisation des grilles indiciaires entre les personnels titulaires et contractuels

Nombre de **contractuels** hospitaliers sont **recrutés sur des carrières longues**, parfois plus de 20 ans, en CDI. Cela est particulièrement vrai pour les personnels scientifiques dans les domaines de la biologie, de la recherche fondamentale et/ou clinique, du numérique, de l'informatique, voire d'autres secteurs encore.

Les **perspectives**, en termes de **carrière** et de **rémunération**, demeurent **floues, inégales** d'un établissement à l'autre, **voire au sein d'un même établissement** et/ou service, et laissées au bon désir de l'Autorité Investie du Pouvoir de Nomination (AIPN), l'environnement juridique pour ces personnels étant notoirement insuffisant.

Si les personnels contractuels peuvent être rémunérés en référence à une grille indiciaire officielle de la Fonction Publique Hospitalière, cela n'est ni une obligation, ni même la règle sur l'ensemble des établissements publics.

Le Décret 2015-1434 du 5 novembre 2015 ^[1] prévoit dans son article 3 que la rémunération des agents contractuels « fait l'objet d'une **réévaluation au moins tous les trois ans**, notamment au vu des résultats de l'entretien professionnel prévu à l'article 1-3 ou de l'évolution des fonctions ». Or force est de constater que certains personnels **contractuels en CDI** n'ont pas eu **de revalorisation salariale depuis 3, 5 voire 12 ans** malgré des démarches répétées auprès de l'AIPN.

Par ailleurs, la mise en œuvre du « Parcours professionnels, carrières et rémunérations » (**PPCR**) a créé de nouvelles inégalités entre titulaires et contractuels, ces derniers demeurant pour certains rémunérés sur les grilles non revalorisées d'avant le PPCR (grilles indiciaires de 2016).

Le maintien des grilles indiciaires « 2016 », ou antérieures, pour les personnels contractuels a de fait **contribué à la création de nouvelles grilles locales ou statuts locaux**, supprimés - en théorie - par la loi de modernisation de la Fonction Publique de 2009 ^[2] - mais qui dans les faits perdurent.

Cette **situation** est **intolérable** car **inéquitable** si ce n'est **discriminatoire**.

Demande n°1 : La **constitution, en concertation, de référentiels nationaux et grilles de rémunération pour les métiers dits « nouveaux », applicables aux agents titulaires et contractuels.**

Demande n°2 : **Faire bénéficier les personnels contractuels en CDI** - qui plus est dans le cadre des métiers dits « nouveaux » cités précédemment - **des mêmes grilles indiciaires**, à métier et responsabilité équivalents, **que celles dont bénéficient les personnels titulaires.**

Demande n°3 : Nous demandons que la **« clause de rendez-vous »**, mentionnée au décret 91-155, **soit transformée en une réelle évolution salariale à minima tous les 3 ans** ^[3] ;

¹ portant diverses dispositions relatives aux agents non titulaires de la fonction publique hospitalière

² LOI n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique

³ Décret n° 91-155 du 6 février 1991 « relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière » - Article 1-2 alinéa 2 « La rémunération des agents employés à durée indéterminée fait l'objet d'une réévaluation au minimum tous les trois ans, notamment au vu des résultats de l'entretien professionnel prévu à l'article 1-3 du présent décret ou de l'évolution des fonctions. »

Il nous semble par ailleurs que la **distinction**, trop souvent faite entre **CDD et CDI**, **ne soit pas la plus pertinente**.

Il nous faut en fait considérer de manière plus fine, et complémentaire, la distinction d'une part entre :

- personnels en **CDD** recrutés **sur des emplois permanents** et ayant vocation à intégrer un corps constitué de la Fonction Publique Hospitalière ;
- et d'autre part les personnels recrutés en **CDI sur des financements « pérennes »** et **CDI sur des financements « non pérennes »**.

2.1.2 Modalités particulières de financements « non pérennes » des contractuels en CDI de la Recherche et de l'Innovation :

Dans son allocution du 13 avril 2020, en pleine crise sanitaire, **Monsieur le Président de la République** mettait en exergue les talents des chercheurs français, la reconnaissance de la France en la matière et la qualité de ses ressources. Il précisait par ailleurs que **« Notre pays s'investira encore plus massivement dans la recherche »** en saluant l'investissement des **« chercheurs et médecins travaillant d'arrache-pied »**.

Au sein de la Fonction Publique Hospitalière, nombre de personnels (*technicien d'études cliniques, attachés de recherche clinique, coordinateurs d'études cliniques, ingénieurs d'études cliniques, ingénieurs de recherche, et bien d'autres métiers*) exercent des missions d'investigation et de recherche clinique, translationnelle et / ou fondamentale.

Ces derniers sont majoritairement recrutés au sein des Directions de la Recherche Clinique et de l'Innovation et affectés en laboratoires ou dans des services cliniques, sous la responsabilité de médecins. L'action de ces **personnels scientifiques de haut niveau (doctorat, master)** est essentielle pour la conduite optimale des essais cliniques dans le respect des bonnes pratiques cliniques, voire dans des missions de recherche fondamentale et de mise en œuvre de nouveaux moyens de diagnostics biologiques.

Ces personnels contractuels sont majoritairement recrutés en **CDI sur des financements dits « non pérennes »**.

En d'autres termes, bien que l'employeur et signataire du contrat de travail soit un établissement public de santé (Centre Hospitalo-universitaire ou Centre Hospitalier), les crédits finançant le poste reposent sur des conventions passées entre ledit établissement et des promoteurs, c'est-à-dire une société ou institution prenant l'initiative d'un essai clinique et en assumant les responsabilités. Cette dernière peut être institutionnelle, mais également privée comme une industrie pharmaceutique.

Alors que **les directions** de nos établissements **imposent à ces personnels de dégager leur propre masse salariale**, c'est-à-dire de trouver les budgets de leurs propres salaires, les budgets MERRI correspondant à la capitalisation des protocoles de recherche clinique (points SIGREC et SIGAPS) ne sont pas redistribués aux services et aux personnels de recherche clinique. Ces budgets sont le plus souvent intégrés au budget global des établissements, **obligeant les personnels** de recherche clinique à la recherche constante de nouveaux protocoles et au **démarchage** de laboratoires pharmaceutiques, **sous peine d'une rupture de leur contrat CDI**.

Certains personnels sont ainsi recrutés sur ce mode de financement depuis 5, 10 voire 20 ans.

Si la législation - décret n° 91-155 du 6 février 1991 et ses décrets d'amendements, en particulier le décret 2015-1434 - prévoient que la rémunération des personnels contractuels fasse l'objet d'une **« réévaluation au moins tous les trois ans »**, l'autorité investie du pouvoir de nomination fait peser, sur ces agents, une **pression, à la fois professionnelle et psychologique, avec comme perspective un éventuel licenciement.**

Syndicat National des Scientifiques Hospitaliers

Par ailleurs rappelons que ces personnels sous financement « non pérennes » à moins de 51% n'ont pu prétendre à présenter de concours dans le cadre des titularisations de la Loi dite « Sauvadet ».

Demande n°4 : Suivant en cela la durée maximale de CDD (6 ans) au sein de la Fonction Publique Hospitalière, **nous souhaitons que les agents en CDI sous « rémunération non pérenne » depuis plus de 6 ans, soient de facto considérés comme des agents publics disposant de lignes budgétaires pérennes ...**

...afin que cessent ces **pressions psychologiques** et ce **chantage au licenciement**, et que ces derniers disposent d'un réel parcours professionnel au sein de la Fonction Publique Hospitalière.

Demande n°5 : Permettre aux personnels rémunérés sur des financements « non pérennes » de pouvoir prétendre être titularisables, quel que soit le pourcentage de leur financement « non pérenne » (cf. proposition 4).

2.1.3 Jurisprudence européenne : différentiel d'attributions des primes entre personnels titulaires et contractuels pour un même statut et une même fonction.

Les personnels **contractuels** (CDD ou CDI) de la Fonction Publique Hospitalière sont **statutairement exclus** de la perception d'un certain nombre de **primes** (*primes de service, primes de technicité, etc...*) exclusivement attribuées aux personnels titulaires.

Or, **la Cour de Justice de l'Union Européenne** ^[4 -5], a récemment **statué** à l'encontre du Département de l'Education du Gouvernement de Navarre, sur le fait qu'il n'y avait « aucune « raison objective » susceptible de justifier l'exclusion des agents contractuels de droit public ayant accompli la période de service requise du bénéfice du complément de rémunération en cause ».

Dans le cas particulier de la prime de technicité (*facultative mais exclusive de toute autre prime*) attribuée aux corps des ingénieurs uniquement (*prime pouvant aller jusqu'à 45% du salaire de base*), cette dernière, lorsqu'elle est attribuée par le directeur de l'établissement aux contractuels et aux fonctionnaires, n'est pas intégrée dans le salaire permettant le calcul de la pension de base pour les titulaires, créant ici une inégalité de traitement entre les deux statuts.

Nous nous permettons de joindre (cf. annexe 1) à la présente la réponse de Mme Amélie de MONTCHALIN (ex-Ministre de la Transformation et de la Fonction Publiques) : « La décision du 20 juin 2019 de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) concerne un élément de rémunération versé à la seule condition de l'ancienneté de service. Les contractuels doivent ainsi se voir appliquer les dispositions réglementaires relatives à la rémunération indemnitaire qui les mentionnent dans leur périmètre mais **il est possible d'étendre à des contractuels,**

⁴ JO C 161 du 07.05.2018 – Jurisprudence Européenne C71-18

⁵ Communiqué de Presse n° 79/19 - Luxembourg, le 20 juin 2019

par voie d'avenant, des éléments de rémunération applicables par le droit aux seuls fonctionnaires ou de prévoir un élément de rémunération similaire »).

Demande n°6 Attribution - sans distinction de statut - des primes relatives à la responsabilité et gestion, aux fonctions et grades spécifiques, à tous les agents hospitaliers quel que soit leur statut.

2.2 Création de postes, reconnaissance métiers et diplômes

2.2.1 Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière et réingénierie des diplômes des professionnels de santé

Les personnels contractuels, recrutés sur des métiers dits « nouveaux », bien qu'existant depuis 10 voire 20 ans, sont particulièrement visés par ces **méthodes de management public** que nous jugeons **contestables**.

En effet, nous constatons de manière très régulière que les **répertoires métiers** ne servent que de supports aux **employeurs publics hospitaliers**, lesquels **amendent à leur convenance**, les **compétences, savoir-faire, niveaux de diplômes** associés à ces métiers.

De trop nombreux employeurs publics de la FPH, **recrutent sur des niveaux de diplômes plus élevés** que ceux requis dans ces répertoires, **tout en rémunérant** les personnels **sur les grilles les plus basses**.

Par ailleurs, le double langage permanent, oscillant, au gré des situations et des personnels, entre « **Ce n'est pas le diplôme qui importe c'est le métier.** » et « **Ce n'est pas le métier qui importe c'est le diplôme** », doit cesser.

Certaines **démarches locales** réalisées auprès des DRH dans le cadre de la valorisation des métiers (mise à jour des répertoires métiers, liste des personnes ayant un statut d'ingénieurs avec un doctorat...) sont **restées sans réponses, bien que la recherche soit affichée comme un axe prioritaire** par ces établissements.

Pourtant, la **crise sanitaire** que nous venons de traverser **a mis en exergue la nécessité**, pour nos établissements publics de santé de **réaffirmer le modèle et l'excellence française** dans le domaine tout à la fois de la **recherche** et de la

biologie, secteurs tous deux mis rudement à contribution. Une meilleure gestion du personnel de recherche aurait permis un gain de temps sur la mise en place de la stratégie d'urgence.

2.2.1.1 Cas particulier des métiers de la Recherche et de l'Innovation

En 2005, la Direction Générale de l'Offre de Soins émettait une circulaire « relative à l'**organisation de la recherche clinique** et au renforcement des personnels de recherche clinique »^[6].

Cette circulaire plaçait « la recherche au cœur de la stratégie des établissements hospitalo-universitaires, en liaison avec l'université et les établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST), notamment l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). » et visait à

- « La professionnalisation de la recherche clinique et la reconnaissance des personnels de recherche » nécessitant un « recours à un personnel qualifié » ;
- « L'harmonisation des règles d'emploi des professionnels de la recherche entre les différents établissements concernés » ;

En 2011, la **circulaire DGOS/PF4** no 2011-329 du 29 juillet 2011^[7] prônait de nouveau l'**harmonisation des règles d'emploi** : « La professionnalisation de la recherche et de l'innovation dans les établissements de santé **doit s'appuyer sur la reconnaissance des métiers et la professionnalisation des personnels**. Elle s'appuie sur une **convergence des règles d'emploi** des professionnels de la recherche entre les établissements de santé. Les établissements sont donc invités à se référer, tant pour la **définition des profils de poste que pour les correspondances de statuts d'emplois, au répertoire des métiers de la recherche clinique** qui peut être consulté sur le site du ministère chargé de la santé dans l'onglet « répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière ».

Demande n°7 : Nous demandons que ces **répertoires métiers deviennent de réels documents opposables pour le recrutement et la gestion des ressources humaines** de nos établissements hospitaliers publics.

⁶ DHOS/OPRC/2005/252 du 26 mai 2005 « relative à l'organisation de la recherche clinique et au renforcement des personnels de recherche clinique »

⁷ « relative à l'organisation de la recherche clinique et de l'innovation et au renforcement des structures de recherche clinique »

2.2.1.1.1 Ingénieurs d'Etudes (niveau « Master ») et Ingénieurs de Recherche (niveau « Doctorat »)

En 2015, la DGOS a publié, dans le cadre de la mise à jour, du « Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière et réingénierie des diplômes des professionnels de santé » deux nouvelles fiches métiers dans la famille de la « Recherche Clinique », s'alignant en cela sur les métiers de la recherche reconnus au sein des établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST) :

- **« Ingénieur de Recherche Hospitalier (IR) »** (code métier 15F30) ayant pour mission de « Concevoir et développer des ruptures technologiques et/ou organisationnelles dans tous les domaines liés à la santé » et avec un niveau de recrutement « **Bac+8** dans le domaine scientifique, sciences humaines et sociales, droit, économie, science politique ou santé publique » ;
- **« Ingénieur d'Etudes Hospitalier (IE) »** (code métier 15F40) ayant pour mission d'« Adapter et mettre en œuvre les évolutions technologiques et/ou organisationnelles pré existantes dans tous les domaines liés à la santé » et avec un niveau de recrutement « **Bac+5** dans un domaine scientifique, sciences humaines et sociales, droit, économie, science politique ou santé publique » ;

Les employeurs publics, comme évoqué plus haut, **adaptent librement** et souvent **au détriment des personnels** contractuels concernés **ces fiches métiers** sans tenir compte ni des « activités », ni des « savoir-faire » ni du niveau de « connaissances requises » ou en les amendant très largement. Ces amendements **aboutissent** à des recrutements et **rémunérations toujours plus faibles** : **Docteurs** en Sciences recrutés sur la première grille indiciaire du corps des **ingénieurs, masters** recrutés sur des grilles indiciaires de **Techniciens Supérieurs Hospitaliers**.

Les personnels de la recherche clinique hospitalière, quel que soit leur métier (ARC, TEC, ingénieurs, coordinateurs, etc...) méritent plus de considération et la pleine et entière reconnaissance de leurs diplômes.

2.2.1.1.2 Création d'un métier de « Chercheur Hospitalier » Bac+8

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; vu les articles L 6143-7 et L 6146-1 du Code de la Santé Publique ; le CHU Dijon Bourgogne :

- Considérant la priorité faite dans le Projet d'établissement à la Recherche clinique ;
- Considérant que certains professionnels non médicaux de la recherche, **docteurs en sciences, contribuent très directement à l'activité de recherche** ;
- Ayant souhaité reconnaître et valoriser l'apport de ces professionnels non médicaux dans l'activité de recherche

a ouvert – sur audition – des postes de chercheurs hospitaliers scientifiques, porteurs de projets à part entière, rémunérés sur des grilles d'Ingénieurs en Chef de Classe exceptionnelle.

Ce faisant le CHU Dijon Bourgogne est devenu un précurseur national.

Demande n°8 **Reconnaître le métier de « Chercheur Hospitalier » (Bac+8) et ouvrir dans les CHUs** des postes pour les personnels titulaires de Doctorat sur la base de rémunération de grilles d'Ingénieurs en chef de classe exceptionnelle.

2.2.1.1.3 Attachés de Recherche Clinique

Les personnels Attachés de Recherche Clinique sont également impactés par cette absence de reconnaissance pour laquelle il serait nécessaire de :

- mettre tous les ARC en statut évolutif leur permettant – comme à tout autre statut – une nécessaire évolution salariale ;
- homogénéiser leurs statuts : certains sont recrutés en tant qu'ingénieurs, d'autres en tant que techniciens supérieurs ;
- intégrer ces personnels dans les ouvertures de concours ;
- leur permettre de disposer d'avance sur les frais de missions et de déplacements ;
- faciliter la mobilité des ARC en interne ;

Demande n°9 **Faciliter les évolutions de carrière en vertical** (accès facilité des catégories C vers B et B vers A) **en prenant en compte les acquis de l'expérience de même que les nouveaux diplômes obtenus en cours de carrière.**

Demande n°10 **Faciliter également les évolutions de carrière en transversal** en proposant des formations permettant d'intégrer un autre secteur d'activité de l'hôpital ;

2.2.1.2 Demande d'éclaircissement sur l'application de la loi dite « anti-cadeau » régie par l'ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 de la loi « anti-cadeau ».

Nous souhaiterions avoir des éclaircissements concernant l'application de la loi "anti-cadeau" vis-à-vis du personnel hospitalier n'appartenant pas à un métier réglementé de la liste du décret, mais travaillant en recherche clinique au sein des établissements hospitaliers. Il s'agit d'agents, principalement de techniciens d'études cliniques, de coordinateurs d'études cliniques ou de chefs de projets de recherche clinique, qui collaborent directement avec les laboratoires pharmaceutiques pour donner suite à la mise en place d'un contrat entre le laboratoire et le centre hospitalier en vue de la réalisation d'une étude clinique dans l'établissement hospitalier.

Ces agents, rémunérés par leurs établissements via des financements industriels lié à ce contrat, se voient actuellement interdits par certains laboratoires pharmaceutiques de participer aux réunions internationales des investigateurs organisées pour certaines études. Ces réunions visent à présenter à l'ensemble des centres participants, qu'ils soient publics ou privés, le déroulement intégral de l'étude, ainsi que les spécificités logistiques, techniques et organisationnelles. Elles permettent également à chaque centre d'interagir avec les équipes internationales du promoteur de l'étude et avec les autres centres participants. Ces réunions fournissent des informations cruciales et abordent les problématiques et solutions soulevées par l'ensemble des participants.

Cependant, depuis 2020 et la parution de nouvelles directives, certains promoteurs refusent l'accès à ces réunions aux personnels des centres hospitaliers qui ne sont ni médecins ni infirmiers, en raison de l'application de cette loi qui leur interdit de financer le déplacement, l'hébergement ou le trajet de ce type d'agents de la fonction publique hospitalière, car ils ne disposent pas d'ordres spécifiques.

Le fait de ne pas autoriser la présence de ces agents aux réunions de travail représente une énorme perte d'information pour ces personnes, ainsi qu'une injustice envers leurs collègues infirmiers qui ont soit les mêmes fonctions, soit des fonctions moindres dans la gestion de ces essais cliniques, et envers le personnel des établissements de santé non publics (*cliniques privées, centres de lutte contre le cancer, etc.*) qui ont pourtant exactement les mêmes missions et qui peuvent y

assister sans problème. Cette situation crée, en plus du préjudice lié à la perte d'information, un problème de représentativité des centres de recherche clinique publics vis-à-vis des promoteurs industriels, du fait de l'absence de représentation du personnel des établissements publics lors de ce type de réunion de travail.

Demande n°11 : Nous demandons que les **agents de la recherche clinique**, appartenant à des métiers non réglementés et responsables de la logistique des essais cliniques **et puissent être explicitement autorisés à participer à ces réunions (*)**.

() dont la prise en charge des coûts de trajets, repas et hébergement sont à la charge du promoteur industriel organisateur,*

2.2.1.3 Cas particulier des métiers de la Biologie

Dans le cadre des mêmes négociations ayant abouti à la reconnaissance des métiers de la recherche, ont été soumis aux Ministres de la Santé de l'époque : Mme Marisol TOURAINE et Mme Agnès BUZYN, des fiches métiers concourant à la reconnaissance des personnels ingénieurs (master) et docteurs en sciences (doctorat) dans le domaine de la Biologie.

En dépit de l'existence, réelle, de deux métiers distincts de niveau « master » et « doctorat » relevant de deux niveaux d'expertise professionnelle, cette reconnaissance se heurte à des lobbys de professionnels, soucieux de conserver un système typiquement franco-français. **La situation européenne montre en effet une parfaite collaboration et reconnaissance de personnels médecins et scientifiques au sein des hôpitaux.**

2.2.1.3.1 Doctorat et Master en Biologie

Lors du lancement du « Ségur de la Santé », le 25 mai 2020, Monsieur le **Ministre des Solidarités et de la Santé** évoquait « *la radicalité qui permet d'avancer et de s'affranchir d'un certain nombre de clivages, parfois d'un certain nombre de corporatismes* ».

La **France** serait-elle un des **rare pays d'Europe où la biologie soit confisquée par le corporatisme médical et pharmaceutique ? Regardons nos voisins en Europe,**

en Suisse, en Allemagne, voire aux Etats Unis, pays technologiquement avancés s'il en est et scientifiquement rigoureux ! Ces pays ont-ils fait le choix de restreindre le champ de la biologie exclusivement à la médecine / pharmacie ? Non !

Nos scientifiques, titulaires de master ou doctorat, sont-ils moins bien formés que chez nos voisins d'Europe de l'Ouest ou aux Etats Unis ? Non !

Demande n°12 : Harmonisation et convergence des règles d'emploi des professionnels de la recherche entre les établissements de santé et au sein d'un même établissement de santé en cohérence avec la circulaire DGOS/PF4 no 2011-329 du 29 juillet 2011 ;

Demande n°13 : Rattachement à des grilles indiciaires cohérentes pour ces nouveaux métiers (cf. demande n°21) ;

Demande n°14 : Mise en application, dans la reconnaissance des métiers, compétences et savoir-faire associés, des décret n° 2019-14 du 8 janvier 2019 ^[8], l'arrêté du 22 février 2019 ^[9] et l'arrêté du 12 avril 2019 ^[10] du répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) ;

Demande n°15 : Revalorisation salariale systématique des agents (titulaires et contractuels) diplômés d'un doctorat en sciences - plus haut diplôme universitaire ;

Demande n°16 : Prise en compte - sincères et véritables - des « nouveaux métiers », en particulier dans le domaine de la biologie, reconnaissance bloquée depuis des années, par des lobbys corporatistes, malgré plusieurs requêtes auprès de la DGOS et des précédents Ministres de la Santé ;

- **Création d'un métier de Scientifique Expert en Biologie (Bac+8)** adossées aux grilles d'Ingénieurs en Chef (cf. annexes 2)

⁸ décret no 2019-14 du 8 janvier 2019 relatif au cadre national des certifications professionnelles

⁹ arrêté du 22 février 2019 définissant les compétences des diplômés du doctorat et inscrivant le doctorat au répertoire national de la certification professionnelle

¹⁰ arrêté du 12 avril 2019 modifiant l'arrêté du 22 février 2019 définissant les compétences des diplômés du doctorat et inscrivant le doctorat au répertoire national de la certification professionnelle

Demande n°17 : **Reconnaissance et positionnement statutaire**, entre techniciens de laboratoire et de médecin ou pharmacien biologiste, **des métiers de :**

- **Scientifique expert en biologie** (Bac+8) ;
- **Ingénieur biologiste Hospitalier** (Bac+5) ;

2.2.1.3.2 Revalorisation des Techniciens Supérieurs Hospitaliers et reclassement en catégorie « A »

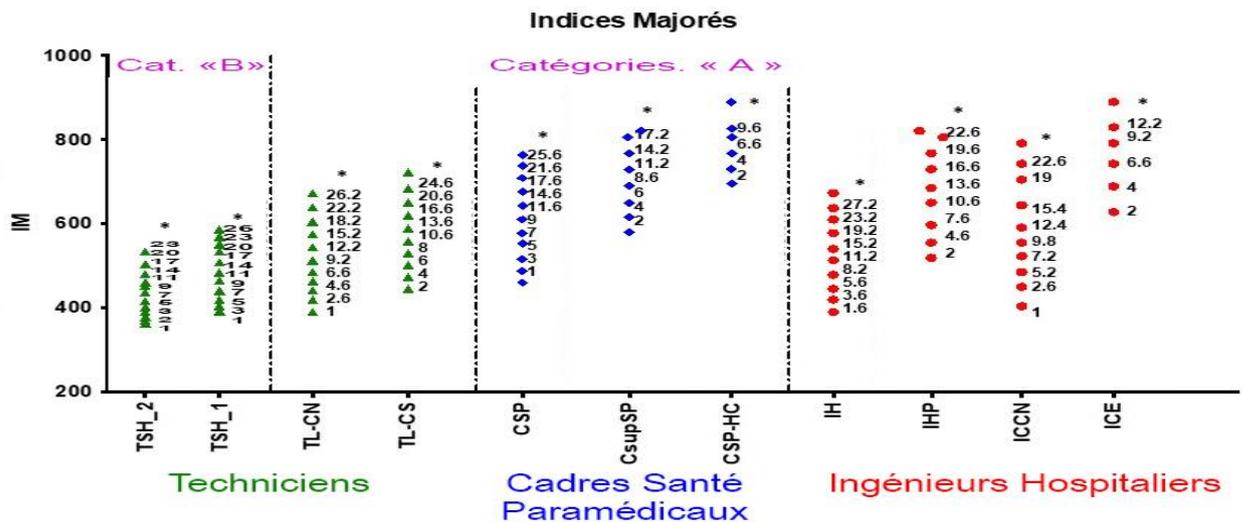
Nous souhaitons aujourd'hui vous alerter sur les incohérences salariales introduites dans le cadre du Ségur de la Santé. Bien que les mesures générales prises aient apporté des améliorations nécessaires et légitimes pour certaines professions (soignants, paramédicaux, médico-techniques), elles ont de facto introduit des disparités salariales incohérentes pour le corps des Techniciens, Techniciens Supérieurs Hospitaliers et celui des Ingénieurs Hospitaliers.

La revalorisation des professions citées, actée par plusieurs décrets ^[11-12], a eu pour conséquences :

- une revalorisation indiciaire des personnels exerçant dans des corps à niveau d'accès 5 ou 6 du Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP), au-delà du traitement indiciaire des personnels exerçant dans des corps à niveau d'accès 7 ou 8 du RNCP, alors-même que ces derniers encadrent souvent les premiers.
- un maintien de certains corps (Techniciens supérieurs hospitaliers) en catégories « B » quand d'autres corps ont été, légitimement, reclassés en catégorie « A ».

¹¹ *Articles 24 à 34 du Décret n° 2021-1256 du 29 septembre 2021 revalorisant le déroulement de carrière des corps paramédicaux de la catégorie A de la fonction publique hospitalière*

¹² *Décret n° 2022-625 du 22 avril 2022 relatif aux techniciens paramédicaux territoriaux relevant des spécialités technicien de laboratoire médical, préparateur en pharmacie hospitalière et diététicien*



* Nombres= Evolution (années)

CSP-HC	CADRES SANTE PARAMEDICAUX HORS CLASSE	ICE	ING. EN CHEF CL. EXCEPTIONNELLE
CsupSP	CADRES SUPERIEURS DE SANTE PARAMEDICAUX	ICCN	ING. EN CHEF CL. NORMALE
CSP	CADRES DE SANTE PARAMEDICAUX	IHP	INGENIEUR HOSPITALIER PRINCIPAL
TL-CS	TECH LABO CL. SUP	IH	INGENIEUR HOSPITALIER
TL-CN	TECH LABO CL. NORMALE		
TSH_1	TECHNICIENS SUPERIEURS HOSPITALIERS 1ÈRE CLASSE		
TSH_2	TECHNICIENS SUPERIEURS HOSPITALIERS 2ÈME CLASSE		

Cette situation est très mal vécue par ces professionnels (Ingénieurs, Techniciens Supérieurs, Techniciens). Ces derniers ont pourtant également été, durant la crise sanitaire, et sont encore, des acteurs incontournables de la mise en œuvre de projets innovants en santé.

Leur rôle est d'autant plus important dans le contexte actuel de transformation numérique, du développement de l'intelligence artificielle, de la mise en œuvre de très hautes technologies dans les domaines de la biologie, de la recherche clinique ou du biomédical.

Ces disparités salariales sont d'autant plus fortes pour les personnels contractuels du corps :

- des ingénieurs hospitaliers, lesquels ne peuvent bénéficier statutairement, ni de la prime de technicité ^[13],
- et techniciens supérieurs hospitaliers, qui ne peuvent bénéficier de l'indemnité forfaitaire technique ^[14].

¹³ Prime de technicité se situant dans une fourchette allant du montant mensuel de l'indemnité de sujétion spéciale (les 13 heures) jusqu'à 45 % du traitement mensuel brut indiciaire du bénéficiaire

¹⁴ Indemnité forfaitaire technique se situant dans une fourchette allant du montant mensuel de l'indemnité de sujétion spéciale (les 13 heures) jusqu'à 40 % du traitement brut mensuel du bénéficiaire.

Il est donc crucial et urgent de revoir les traitements indiciaires des Techniciens, Techniciens Supérieurs et Ingénieurs Hospitaliers et de rétablir une juste reconnaissance de leurs expertises.

Demande n°18 : Nous demandons le **reclassement des personnels Techniciens Supérieurs Hospitaliers en catégorie A** et une **réévaluation de leurs grilles indiciaires.**

Demande n°19 : Nous demandons une **réingénierie des grilles du corps des ingénieurs hospitaliers** pour prendre en compte toutes ces disparités, **intégrer les nouveaux métiers et compétences techniques de pointe** et mieux **appliquer** le RNCP.

2.2.2 Reconnaissance des Diplômes du cycle LMD dans nos hôpitaux publics

Deux processus sont en cours en Europe depuis la fin des années 90. La **conférence ministérielle de Bologne**, en 1999, a initié les efforts vers la mise en place d'un Espace Européen de l'Enseignement Supérieur. Parallèlement, en 2000, le sommet de Lisbonne a initié la mise en place d'un Espace Européen de la Recherche. La France s'est engagée, depuis plusieurs années dans le processus de Bologne Sorbonne. Ainsi divers décrets, dont le décret 2019-14, relatifs au cadre national des certifications professionnelles, positionnent clairement le **Doctorat au « Niveau I » du RNCP comme étant le plus haut diplôme universitaire.**

Rappelons que la thèse d'exercice en Médecine ou Pharmacie confère un titre - et non un grade - de Docteur équivalent à un niveau « 2 – Master » universitaire.

A ce titre, la **réforme « LMD »** désigne un ensemble de mesures modifiant le système d'enseignement supérieur français pour l'adapter aux standards européens et met en place une architecture basée sur 3 grades : **Licence – Master – Doctorat.**

L'aboutissement de ces concertations a été l'alignement du **cadre des certifications professionnelles** français sur le cadre international des certifications avec la publication début 2019 des décrets et arrêtés relatifs au **Cadre National des**

Certifications Professionnelles ^[15] et leur incorporation au chapitre III du titre I du livre 1^{er} de la 6^{ème} partie du **code du travail**.

M. Olivier VERAN, Ministre des Solidarités et de la Santé précisait, lors du lancement, en région, du **Sécur de la Santé au CHU Dijon Bourgogne le 29 mai 2020**, qu'« *il n'est pas normal que des personnels infirmiers possédant des Doctorats ne soient pas reconnus* ».

Nous partageons la même analyse et plus largement encore : il n'est pas normal que le **doctorat (hors thèses d'exercice), plus haut grade universitaire**, ne soit **pas reconnu**, pas plus qu'il n'est cohérent que des collègues titulaires de ce diplôme aient besoin de justifier auprès des administrations que ce diplôme, inscrit au **« niveau I » du RNCP** soit un diplôme supérieur à celui de master voire à une thèse d'exercices en médecine ou pharmacie, tous deux inscrits au niveau II du RNCP.

La **Fonction Publique Hospitalière n'a**, pour l'heure, **retenue du « LMD » que le « LM »**, et **uniquement pour les personnels soignants, oubliant de reconnaître le « LM » pour les personnels techniques, médico-techniques, scientifiques et en oubliant de manière générale le Doctorat dans cette reconnaissance.**

Pourquoi le doctorat universitaire en secteur public :

- serait-il un **obstacle aux carrières des personnels scientifiques**, infirmiers, alors même qu'il est le **sésame pour les titulaires d'un titre universitaire de « docteurs en médecine » ou « docteur en pharmacie » de niveau « master »** pour engager une carrière hospitalo-universitaire ?
- ne serait-il pas reconnu en milieu hospitalier alors même que des réflexions sont engagées pour permettre l'**accès à la très haute fonction publique aux titulaires de Doctorat** ?

Demande n°20 : Nous demandons l'inscription forte du cycle LMD au sein même de la fonction publique hospitalière, et la reconnaissance pleine et entière du doctorat en tant que plus-value dans l'exercice des nouveaux métiers ;

¹⁵ Décret no 2019-14 du 8 janvier 2019 relatif au cadre national des certifications professionnelles

Demande n°21 : Rémunération des métiers reconnus :

- à « **niveau I – Doctorat** » sur des grilles indiciaires d'**Ingénieurs en Chef de Classe Normale** avec évolution sur des grilles indiciaires d'**Ingénieurs en Chef de Classe Exceptionnelle** ;
- à « **niveau II – Master** » sur des grilles indiciaires d'**Ingénieurs Hospitalier** avec évolution sur des grilles indiciaires d'**Ingénieurs Hospitalier Principal** ;
- à « **niveau III – Licence** » sur des grilles indiciaires de **Techniciens Supérieurs Hospitaliers avec passerelles vers des grilles d'Ingénieurs Hospitalier** ;

Demande n°22 : Nous demandons que dans le cadre de leur **progression de carrière, des personnels publics** (titulaires ou contractuels) qui seraient amenés à **obtenir de nouveaux diplômes** (master pour des titulaires de licence, ou doctorat pour des titulaires de master) **puissent être reconnus et revalorisés en tant que tels dans leur carrière.**

Il faut souligner qu'on propose aux Praticiens Hospitaliers de réaliser une thèse de sciences pour voir évoluer leur carrière, alors que d'autres personnels qui l'ont déjà ne peuvent pas la faire-valoir ?

Syndicat National des Scientifiques Hospitaliers

2.2.2.1 Cas particulier du Doctorat en Recherche et de l'Innovation

La recherche hospitalière et clinique n'est pas l'apanage du corps médical.

Nombre de **Docteurs en sciences** - formés « à la recherche et par la recherche » ^[16] sont fortement impliqués dans des études biomédicales portant sur la recherche préclinique, translationnelle, clinique, épidémiologique, médico-économique ou la santé publique.

¹⁶ Loi 2013-660 dite Loi « ESR »

Ces derniers **portent des sujets de recherche**, rédigent des protocoles, mettent en lien les différentes compétences et sont les acteurs nécessaires au bon déroulement des protocoles, **forment de futurs médecins/ pharmaciens à la recherche**, sont rédacteurs d'articles scientifiques et donc générateurs de points SIGREC et SIGAPS pour nos établissements publics hospitalo-universitaires.

La recherche hospitalière, telle qu'elle est actuellement conçue et promue au travers des appels à projets annuels (PHRC, PHRC-1, PRME, PREPS) bénéficie de l'**apport professionnel et intellectuel des docteurs en sciences**, sans que ces derniers ne puissent être porteurs, à part entière, de projets.

Cette situation est d'autant plus inacceptable, professionnellement et humainement, lorsque ces mêmes docteurs en sciences réalisent ces projets pour partie ou dans leur intégralité au seul profit de leurs collègues hospitalo-universitaires.

La **France**, est, en la matière, **en retard sur d'autres pays européens, se privant par là-même de compétences et de talents**. « Notre pays s'investira encore plus massivement dans la recherche », déclarait le 13 avril 2020 Monsieur le Président de la République,

Demande n°23 : Nous vous demandons à présent de **reconnaître la légitimité des Docteurs en Sciences** de nos hôpitaux **en tant que porteurs potentiels, à part entière et en autonomie, de projets de recherche hospitalière.**

2.2.2.2 Cas particulier de la Biologie

La crise sanitaire qu'a traversé notre pays, et les moyens financiers et humains pour y répondre ont mis en évidence, comme le rappelait Monsieur le **Président de la République, de « nombreux manquements qui doivent être corrigés »**.

A cet effet, ont été revus un certain nombre de décrets et d'ordonnances régissant les instances sanitaires et les professionnels qui peuvent être mobilisées, à l'instar du décret 2020-377 du 31 mars 2020 ^[17].

¹⁷ relatif à l'exercice dans certains territoires d'outre-mer des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien par des personnes ne remplissant pas les conditions de nationalité et de diplôme normalement applicables

Depuis 2010, la révision de la **Loi relative à la Biologie médicale**, sous la **pression des syndicats d'internes en médecine et pharmacie**, a retiré de la législation le **droit pour les personnels scientifiques**, titulaires de doctorat en sciences biologiques, d'exercer dans le domaine de la Biologie, qualifiée de « médicale ». Vous le savez, dans le domaine de la « biologie médicale » seuls sont reconnus les diplômes d'Etat de Technicien de Laboratoire et ceux de médecins ou pharmacien Biologistes.

Ce faisant, la fonction publique hospitalière, ne permet plus aux personnels titulaires de doctorats en sciences biologiques :

a) d'accéder à des carrières hospitalo-universitaires depuis 2010, ou de manière anecdotique comme en « Biochimie » ;

b) de réaliser des actes techniques et scientifiques – délégués aux techniciens de laboratoires ;

c) de valider des examens biologiques pourtant à teneur hautement scientifique : biochimie, virologie, génétique, biologie moléculaire, immunologie, etc... .

Les biologistes médicaux hospitaliers délèguent pourtant souvent des missions à des personnels techniques et scientifiques sans reconnaissance officielle de ces dernières :

- validation biologique déléguée « sous contrôle » ;
- libération de résultats d'examens en période de permanence des soins ou de garde ; pseudo-validation « biologique » effectuée par les techniciens de laboratoire ;
- prise en charge des contrôles qualité par des scientifiques hospitaliers ;
- délégation des missions informatiques des laboratoires ;
- etc...

La **biologie « médicale »** a pourtant connu depuis cinq ans une **révolution technologique** avec des analyses de routine telles que le séquençage à haut débit, dont la haute technicité repose largement sur les docteurs en sciences et masters hospitaliers et sur leurs connaissances, permettant de maintenir la haute performance de nos CHU.

Cet état de fait pose un véritable problème **en temps de crise où l'hôpital, en manque de biologistes, ne peut faire appel à ces personnels scientifiques, pourtant déjà recrutés, formés et capables de répondre aux mises en place de tests d'urgence et de validation.**

Il est urgent de **modifier la législation** en accordant **aux Docteurs en Sciences biologiques**, affectés en laboratoire, le droit de **pouvoir à nouveau valider biologiquement.**

Il est à cet égard **parfaitement anormal et injuste de constater que les internes en biologie, ne disposant pas encore de leur diplôme de médecine ou de pharmacie, aient l'autorisation de valider biologiquement ces examens**, alors qu'on la refuse aux scientifiques hospitaliers, pourtant titulaires du plus haut niveau de diplôme existant !

Certains de nos collègues, exerçant depuis plus de 10 ou 15 ans en laboratoires, ont d'ailleurs déposé des dossiers d'agrément, injustement et systématiquement refusés par les instances nationales de validation dans lesquelles figurent exclusivement des médecins biologistes et/ou pharmaciens biologistes !

Par ailleurs, nous vous demandons que des réflexions soient engagées afin que puissent être créées de **nouvelles reconnaissances dans le domaine de la biologie en termes de diplôme d'Etat de niveau Master et Doctorat** en sciences biologiques ! Nous vous demandons instamment d'engager des réflexions et de prendre un amendement législatif encadrant les professions réglementées du domaine de la biologie avec une reconnaissance du Doctorat en Sciences.

Il est à noter que **seule la France**, contrairement aux autres états membres de l'Union Européenne, **refuse les scientifiques la validation biologique avec apposition de leur signature** au sein des hôpitaux en ne les réservant qu'aux seuls médecins et pharmaciens biologistes.

Il nous paraît pourtant opportun de souligner, ici, que **le choix de la biologie médicale par les médecins est en réalité un « non-choix »** et « le seul choix restant ». En effet, comme le met clairement en lumière le classement 2019-2020 de l'internat (*Épreuves Classantes Nationales (ECN)*) de médecine, la « *biologie médicale* » est l'avant dernière spécialité « choisie » par les nouveaux internes – 43^{ème} spécialité – juste avant la 44^{ème} et dernière

spécialité qu'est la « Médecine et Santé au Travail » avec un rang moyen de classement à la 7198^{ème} place sur 8728 candidats inscrits en 2019. ^[18-19]

Demande n°24 : Nous vous demandons que des **amendements législatifs**, encadrant les **professions réglementées du domaine de la biologie**, interviennent en reconnaissant les **professions d'ingénieurs hospitaliers comme professionnels de santé** (cf. annexe 2) ;

Demande n°25 : Redonner la possibilité aux Docteurs en Sciences Biologique de valider de nouveau des examens biologiques à dominante purement scientifique, comme avant 2010.

L'arrêté du 3 mai 2020 – promulgué durant l'état d'urgence sanitaire - complétant l'arrêté du 23 mars 2020 « prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire » prévoyait que « *I V. – Lorsque les laboratoires de biologie médicale ou les laboratoires mentionnés aux 1°, 2° et 3° du I ne disposent pas du nombre de techniciens de laboratoire médical nécessaire à la réalisation de l'examen de "détection du génome du SARS-CoV-2 par RT PCR", le représentant de l'Etat dans le département est habilité, dans le respect des dispositions du code de la santé publique, notamment de ses articles L. 4352-1 et L. 6211-7, à autoriser des personnes possédant un diplôme dans le domaine de la biologie moléculaire ou justifiant d'une expérience professionnelle d'au moins un an dans ce domaine à participer à la réalisation de cet examen au sein de ces laboratoires.*»

Cette reconnaissance de diplôme et de compétence ne saurait être que ponctuelle et lié à un « état de guerre ».

¹⁸ <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/le-classement-des-chu-et-des-spes-2019>

¹⁹ <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/ecni-2019-lintegralite-du-classement-consulter-en-ligne>

Ainsi, nous demandons que, en cohérence :

- Demande n°26 :** De reconnaître des équivalences de diplôme avec celui de « Technicien de Laboratoire d'Analyse Médicale » pour les titulaires de :
- master en biologie ;
 - doctorat dans une des spécialités de la biologie (biochimie, génétique, immunologie, toxicologie, etc...)

Ce, en cohérence avec l'arrêté du 3 mai 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire et l'inscription de ces diplômes au RNCP.

2.3 Intégration des « nouveaux » métiers dans la Fonction Publique Hospitalière

Depuis plus de 20 ans, la Fonction Publique Hospitalière fait appel à des personnels contractuels sur les fondements de l'article 9 de la loi n°86-33, précisant que « Les emplois permanents de la fonction publique hospitalière peuvent être occupés par des agents contractuels lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, notamment lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer ces fonctions ou lorsqu'il s'agit de fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées. ».

Ces métiers contractuels nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées font, depuis vingt ans, partie intégrante du fonctionnement des structures hospitalières publiques, que ce soit dans le domaine de la biologie, de l'informatique, du numérique, de la recherche, mais également d'autres secteurs.

- Demande n°27 :** Il nous semble à présent utile et nécessaire que des réflexions soient engagées en termes de reconnaissance de nouveaux métiers publics et nous demandons à ce titre que ces métiers soient intégrés à part entière dans les métiers de la Fonction Publique Hospitalière ;

2.3.1 Reprise d'ancienneté, stagiairisation et « Loi Sauvadet »

Plusieurs constats ont été effectués dans les instances nationales, ou locales, de dialogue social, que ce soit au niveau du Conseil Supérieur de la Fonction Publique, à la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique ou au niveau de la Cour des Comptes, concernant le peu d'engouement des agents contractuels de la Fonction Publique Hospitalière dans le cadre de la Loi dite « Sauvadet ».

Cela est-il aussi surprenant lorsque l'on considère les **modalités de reprise d'ancienneté appliquées à ces personnels contractuels** ?

A titre d'exemples pour des ingénieurs contractuels : « *reprise de la moitié de l'ancienneté jusqu'à 12 ans et trois-quarts après 12 ans* », soit 13 années d'ancienneté retenues pour la titularisation de contractuels ayant 22 années de service pour le même employeur ! En vertu de quelle logique, les années de service en tant que contractuel auraient-elles moins de valeur en équivalent « travail / investissement professionnel » ?

Par ailleurs, le texte même de cette loi introduit une rémunération plafonnée par rapport au « *dernier échelon de la première grille d'entrée dans le corps* » ce qui conduit l'agent contractuel nouvellement titularisé à rester au même indice que celui occupé au moment du recrutement jusqu'à ce que les années non comptabilisées soient récupérées.

Cette aberration conduit à une perte de pouvoir d'achat de l'agent (qui intervient tardivement dans la carrière de l'agent car les titularisations sont proposées ponctuellement pour ce corps de métier et les agents pouvant concourir doivent justifier de plusieurs années d'exercices dans la FPH, contrairement à d'autres métiers comme les techniciens) et souligne le manque de reconnaissance du travail de l'agent pendant toutes les années passées en tant que contractuel au service de l'hôpital.

Demande n°28 : Proposer de nouvelles vagues de **titularisation des personnels contractuels** mais avec comme **base équitable** :

1 année de service contractuel = 1 année de reprise d'ancienneté (*).

() service effectuée en tant que contractuel pour un même employeur public.*

La règle actuelle de reprise des années qui s'applique à l'entrée dans la fonction publique hospitalière n'a éventuellement de sens que pour des agents en début de carrière ; elle **n'est cependant pas acceptable pour des agents ayant travaillé pendant des années dans l'institution**, à qui on proposerait une éventuelle titularisation sans tenir compte de l'intégralité de ces années.

Si l'Hôpital public veut rester attractif et pérenniser les professionnels, les règles de reprise de l'ancienneté doivent changer !

2.4 Droit des agents contractuels : Commissions Consultatives Paritaires réunies en matière disciplinaire.

Le 24 février 2023, nous saisissons M. François BRAUN, Ministre de la Santé et de la Prévention sur la rupture d'équité et l'atteinte au principe du contradictoire lors de Commissions Consultatives Paritaires (CCP) devant se prononcer en matières disciplinaires dans certains établissements publics de santé.

Le décret n° 91-155 du 6 février 1991 « *relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière* » précise, dans son article 2-1-VI, que « *Lorsque la commission consultative paritaire doit se prononcer en matière disciplinaire, seuls les représentants du personnel occupant un emploi de la catégorie hiérarchique au moins égale à celle de l'agent dont le dossier est examiné, ainsi qu'un nombre égal de représentants de l'administration, sont appelés à délibérer.* ».

Dans ce contexte, certains établissements publics de santé, convoquent ladite commission, en l'absence de l'agent, ne faisant siéger que les représentants de l'administration et ceux des organisations syndicales. Ces établissements considèrent en effet que la seule convocation de l'agent, assisté de la personne de son choix, lors de l'entretien préalable suffit à remplir leurs obligations en termes de « respect des droits de la défense : communication du dossier, droit à se faire assister, être informé de la procédure engagée et des droits reconnus. ».

Nous considérons pour notre part, que l'absence de l'agent et de son défenseur lors de la CCP disciplinaire porte atteinte d'une part au principe du contradictoire, consacré à l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme et par la Cour européenne des droits de l'homme, et d'autre part induit une rupture d'équité entre les agents titulaires et contractuels.

En effet, dans le cadre des Commissions Administratives Paritaires, les agents titulaires bénéficient, quant à eux, des dispositions du décret n°89-822 du 7 novembre 1989 « relatif à la procédure disciplinaire applicable aux fonctionnaires relevant de la fonction publique hospitalière » stipulant que « Le fonctionnaire poursuivi (...) peut, devant le conseil de discipline, présenter des observations écrites ou orales, citer des témoins et se faire assister par un ou plusieurs défenseurs de son choix ».

Le 5 juin 2023, **M. Philippe CHARPENTIER, sous-directeur des Ressources Humaines du Système de Santé confirmait notre analyse** (cf. annexe 2):

« Je vous confirme que les garanties dont bénéficie l'agent contractuel faisant l'objet d'une procédure disciplinaire sont équivalentes à celles prévues pour le fonctionnaire par décret du 7 novembre 1989 relatif à la procédure disciplinaire applicable aux fonctionnaires relevant de la fonction publique hospitalière. Ainsi, bien que le décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière ne le prévoit pas expressément, l'agent contractuel doit être en mesure de présenter utilement sa défense devant la commission consultative paritaire compétente siégeant en formation disciplinaire. Il doit donc être obligatoirement convoqué dans un délai minimal de 15 jours à la réunion du conseil de discipline. Ce droit permet de garantir le débat contradictoire et ainsi le respect des droits de la défense. Il constitue un principe général du droit (CE 5 juillet 2000 n° 200 622, n°203 356, Rec.), applicable également à défaut de disposition réglementaire.

Par ailleurs, l'article 40 du décret du 6 février 1991 prévoit que l'agent contractuel, à l'encontre duquel une sanction disciplinaire est envisagée, a le droit de se faire assister par les défenseurs de son choix. Ce droit vaut pour l'ensemble de la procédure, et donc non seulement pour la consultation du dossier, la production d'observations écrites mais également pour présenter des observations orales devant le conseil de discipline.

Afin de lever l'ambiguïté résultant de l'absence de dispositions explicites dans le décret relatif aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière, ces garanties seront précisées dans la partie réglementaire du code général de la fonction publique, dont la codification est en cours ».

Or, **malgré cette réponse officielle sans ambiguïté**, communiquée à l'ensemble des CHU par nos soins, **certains établissements publics de santé se refusent à appliquer ce droit au principe du contradictoire** et ce dans l'attente de la partie réglementaire du général de la fonction publique.

Demande n°29 : Nous vous demandons instamment qu'une note d'information de la DGOS soit diffusée en ce sens auprès des ARS et établissements publics de santé afin que le droit soit appliqué de manière uniforme dans nos établissements.

3 Organisation spécifique : décloisonner et responsabiliser

La crise sanitaire a montré la **lourdeur de nos institutions** telles qu'elles ont été mises en place depuis de nombreuses années. En serrées dans des procédures, accréditations et autres carcans, dont certains ont mis en lumière, durant cette crise, toute leur inutilité.

3.1 Remettre l'humain et le bon sens au cœur de la gestion de nos hôpitaux publics.

Le SNSH est favorable à de nouvelles instances de codirection de nos hôpitaux publics regroupant tout à la fois directions, représentants des médecins, mais également des représentants d'autres corps de métiers hospitaliers. La seule inclusion des personnels de direction, médicaux et cadre / supérieurs de santé nous semble totalement incohérente sans l'étendre à toutes autres professions.

Rappelons en effet que de manière paradoxale les personnels médicaux / pharmaceutiques exerçant en tant que « Professeur des Universités – Praticien Hospitaliers » (PU-PH) ou « Maître de Conférence des Universités – Praticiens Hospitaliers » (MCU-PH) sont des personnels bi-appartenant dépendant d'un point de vue statutaire de la Fonction Publique d'Etat et non de la Fonction Publique d'Etat Hospitalière.

La participation des différents corps de métier aux instances de pilotage de la Fonction Publique Hospitalière est donc primordiale.

Demande n°30 : Intégrer aux instances de pilotage de nos hôpitaux publics des représentants de tous corps de métiers.

3.2 Reconnaître un vrai positionnement hiérarchique aux Ingénieurs de la Fonction Publique Hospitalière.

Les ingénieurs de la Fonction Publique Hospitalière, qui plus est pour les agents contractuels, exerçant hors de services purement « techniques » (Directions des Services Informatiques / Numérique, Services Techniques) ne bénéficient pas d'un réel positionnement hiérarchique au sein des services de biologie, médico-techniques ou des services de soins.

Cette absence de reconnaissance de position hiérarchique entraîne de nombreux problèmes :

- en termes d'injonction à agir vis-à-vis des techniciens supérieurs, techniciens ;
- de Supérieur Hiérarchique Direct clairement défini entraînant parfois une absence d'entretien professionnel annuel ;
- etc...

Demande n°31 : Intégrer le **corps dans Ingénieurs** dans la **hiérarchie hospitalière**, notamment pour les **services de biologie et de la recherche**.

4 Conclusions

Les déclarations d'intention de Monsieur le Président de la République et de Monsieur le Ministre des Solidarités et de la Santé dans le cadre tout à la fois de la crise sanitaire sans précédent que nous avons connue, mais également dans le cadre du contexte du « Ségur de la Santé » ne peuvent s'arrêter-là.

Les valeurs et messages portés par notre syndicat professionnel sont des mesures de bon sens visant à la reconnaissance des personnels titulaires du « LMD » et des nouveaux métiers dans nos hôpitaux publics.

Vous avez à présent le devoir d'agir pour mettre en action ces mesures.

SNSH CFE-CGC

5 Annexes

5.1 Annexe 1 : Jurisprudence européenne : Réponse de Mme Amélie de MONTCHALIN

Réponse de Mme Amélie de MONTCHALIN (janvier 2022)

Ministre de la Transformation et de la Fonction Publiques

« Jurisprudence européenne de 2019 »



**MINISTÈRE
DE LA TRANSFORMATION
ET DE LA FONCTION
PUBLIQUES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

REÇU le 01 FEV. 2022

La Ministre

Paris, le 25 JAN. 2022

Nos références : MEFI-D22-00569
Vos références : MTFP/AdM/C7218
Votre lettre du 14 juin 2021

Amélie

Monsieur le président,

Vous avez bien voulu appeler mon attention sur la rémunération des agents contractuels de la fonction publique en général, et de la fonction publique hospitalière en particulier.

Les agents contractuels n'étant pas placés dans une situation analogue à celle des fonctionnaires - ils ne sont pas titulaires d'un grade - il appartient à l'administration de fixer leur rémunération selon des critères adaptés. Les critères utilisés pour déterminer, au cas par cas, la rémunération des agents contractuels sont prévus dans les textes (articles 1-3 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 s'agissant des agents contractuels de l'État et 1-2 du décret n° 91-155 du 6 février 1991 s'agissant des contractuels des établissements hospitaliers), lesquels disposent que : « Le montant de la rémunération est fixé par l'autorité administrative, en prenant en compte, notamment, les fonctions occupées, la qualification requise pour leur exercice, la qualification détenue par l'agent ainsi que son expérience. ».

Conformément à la jurisprudence administrative, la rémunération peut être fixée en référence à ce que devrait normalement percevoir un fonctionnaire exerçant les mêmes fonctions. Néanmoins, comme l'a rappelé le Conseil d'État, il n'existe aucun principe général du droit imposant de faire bénéficier les agents non titulaires de règles équivalentes à celles applicables aux fonctionnaires.

1/2

Docteur Emmanuel FLORENTIN
Président du Syndicat national
des scientifiques hospitaliers CFE-CGC
Expert confédéral Fonction publique hospitalière
CHU Dijon Bourgogne
Plateforme de biologie hospitalo-universitaire
2 rue Angélique Ducoudray
BP 37013
21070 Dijon Cedex



101 rue de Grenelle
75327 Paris 07

Rendez

Pour autant, cela ne signifie pas que la rémunération des agents contractuels ne progresse pas. Les conditions d'évolution de la rémunération des agents en contrat à durée indéterminée sont fixées par les décrets précités (articles 1-3 du décret n° 86-83 pour la fonction publique de l'État et 1-2 du décret n° 91-155 pour la fonction publique hospitalière). En application de ces dispositions réglementaires, la rémunération des agents contractuels doit être réévaluée au moins tous les trois ans, notamment au vu des résultats des entretiens professionnels ou de l'évolution des fonctions.

La décision du 20 juin 2019 de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) concerne un élément de rémunération versé à la seule condition de l'ancienneté de service. Les contractuels doivent ainsi se voir appliquer les dispositions réglementaires relatives à la rémunération indemnitaire qui les mentionnent dans leur périmètre mais il est possible d'étendre à des contractuels, par voie d'avenant, des éléments de rémunération applicables par le droit aux seuls fonctionnaires ou de prévoir un élément de rémunération similaire.

Une instruction du 2 avril 2015 du ministre chargé de la Santé énumère pour les agents contractuels de la fonction publique hospitalière les primes et indemnités qui leur sont applicables, dont l'indemnité de sujétion spéciale mensuelle des 13 heures. Cette indemnité, exclusive de l'indemnité forfaitaire technique et de la prime de technicité dont les montants sont fixés en fonction du traitement indiciaire brut, est versée aux contractuels dans les mêmes conditions qu'aux titulaires.

Par ailleurs, je tiens à vous préciser que la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique sécurise les composantes de la rémunération des contractuels et permet la prise en compte de leurs mérites individuels et des résultats collectifs du service dans leur rémunération, au même titre que les fonctionnaires, pour mieux valoriser leur engagement professionnel.

Ces mesures permettent ainsi de concilier l'objectif de protection du principe de non-discrimination des travailleurs à durée déterminée, principe essentiel du droit de l'Union européenne rappelé par la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) dans sa décision du 20 juin 2019, la liberté contractuelle et les caractéristiques intrinsèques du droit de la fonction publique ainsi que la marge d'appréciation qui doit être reconnue aux États membres aux fins de l'organisation de leurs administrations publiques.

Je vous prie de croire, Monsieur le président, à l'assurance de ma considération distinguée.

Compte sur mon engagement à protéger le pouvoir d'achat de tous les agents publics, titulaires ou contractuels. Très sincèrement



Amélie de MONTCHALIN

5.2 Annexe 2 – Fiche métier « Scientifique Expert en Biologie médicale »

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

PROPOSITION DE RECONNAISSANCE D'UN METIER FPH 2013

Scientifique Expert en Biologie Médicale

Famille : Soins

Sous-famille : Soins médico-techniques

Code Rome :

Code métier :

Information générale

Définition :

Concevoir, développer et mettre en œuvre de nouvelles méthodes ou technologies en biologie médicale.

Gérer, optimiser et piloter des plateaux techniques et/ou des plateformes techniques de diagnostic spécialisé de biologie médicale.

Paramétrer des logiciels et systèmes experts en biologie médicale.

Autres appellations :

Attaché(e) Scientifique

Conseiller Scientifique Expert

Scientifique Biologiste Hospitalier

Scientifique Hospitalier Expert

Activités

- Développement, élaboration et mise en œuvre d'outils et/ou méthodes innovantes en biologie médicale
- Vérification de l'adéquation scientifique et biologique et consolidation des résultats de biologie médicale, contrôle de qualité.
- Coordination de programmes / projets / activités en biologie médicale
- Paramétrage des outils, logiciels, systèmes expert et systèmes connectés relevant de la biologie médicale.
- Contrôle de la conformité, validité, confidentialité de documents et/ou données et informations en biologie médicale.
- Établissement / actualisation et mise en œuvre de procédures, protocoles, consignes, spécifiques à la biologie médicale
- Assistance, formation et conseil des personnels (*médico-techniques, soignants*) sur les

Scientifique Expert en Biologie Médicale - Page 1

mise à jour 10.12.2013 - Contribution S.N.S.H. | www.sns.h.fr

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

- techniques et procédures spécifiques à la biologie.
- Rédaction et publication d'informations à usage interne ou externe (*articles et documents techniques*)
- Enseignement et encadrement d'étudiants (*1^{er} à 3^{ème} cycle*)
- Définition et mise en place de mesures correctives en biologie
- Organisation et animation de commissions spécialisées
- Veille spécifique en biologie médicale

Savoir-faire

- Recenser, analyser et traduire les besoins des utilisateurs en biologie
- Concevoir, piloter et évaluer un projet
- Identifier, analyser, prioriser et synthétiser les informations et justifier des résultats relevant de la biologie.
- Evaluer, analyser, optimiser et normaliser le fonctionnement et les performances des équipements, processus et appareillages spécifiques à la biologie
- Diagnostiquer les dysfonctionnements des applicatifs en relation avec l'éditeur
- Conseiller et orienter les choix des plates-formes spécialisées concernant les appareillages et les techniques en biologie médicale
- Elaborer, rédiger et exploiter des requêtes et vérifier la cohérence / pertinence des données relatives à la biologie médicale
- Évaluer la conformité de la mise en œuvre d'une procédure, norme, règle, consigne relevant de la biologie
- S'exprimer, comprendre et rédiger dans une langue étrangère

Connaissances

Description	Degré	Formacode
Anglais scientifique et technique	Connaissances d'expert	
Biologiques, scientifiques et techniques	Connaissances d'expert	
Conduite de projet	Connaissances approfondies	
Droit des données informatiques	Connaissances opérationnelles	
Gestion de données et réglementation, relatives à la biologie	Connaissances approfondies	
Ethique et déontologie médicales	Connaissances de base	

Scientifique Expert en Biologie Médicale - Page 2
mise à jour 10.12.2013 - Contribution S.N.S.H. | www.sns.h.info

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

Règlementation relative à la biologie	Connaissances approfondies	
Logiciels dédiés à la biologie	Connaissances d'expert	
Vocabulaire médical	Connaissances opérationnelles	
Animation de groupe	Connaissances opérationnelles	

Connaissances opérationnelles : Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

Connaissances d'expert : Connaissances permettant de produire une analyse critique des théories et des principes, de redéfinir des pratiques professionnelles dans un champ ou à l'interface entre des champs différents. Connaissances très contextualisées. Durée d'acquisition de 3 / 5 et plus ans et plus.

Connaissances approfondies : Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.

Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

- Médecins biologistes et pharmaciens biologistes pour la mise en place des techniques et outils ainsi que pour l'élaboration et le suivi des projets de développement.
- Equipes médico-techniques pour l'encadrement et la formation
- Médecins et infirmiers des services de soins
- Directions des Systèmes d'Information.
- Fournisseurs pour les nouvelles techniques et le SAV (réactifs et équipements)
- Responsable assurance qualité pour la mise en œuvre de la politique qualité
- Fournisseurs pour élaboration des cahiers des charges relatifs aux équipements, réactifs et consommables et pour la construction des grilles d'évaluation et les essais en laboratoire

Etudes préparant au métier et diplôme(s) :

BAC+8 – Doctorat en sciences biologiques, cursus scientifique

Correspondances statutaires éventuelles :

Corps des Ingénieurs

Catégorie A

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

Proximité de métier – Passerelles :

Ingénieur de Recherche Clinique (Bac+8)
Chef de Projet de Recherche Clinique

Tendances d'évolution du métier - Les facteurs clés à moyen terme :

Automatisation de la production
Informatisation des systèmes de gestion de laboratoire
Evolution technologique rapide et complexification des équipements et matériels
Création de plateformes pour regroupement et mutualisations des moyens
Complexification des diagnostics biologiques nécessitant à la fois une expertise pointue et une approche multidisciplinaire, impliquant également un renforcement du dialogue clinico-biologique
Multiplication des études multicentriques

Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences :

Veille technologique plus active, étendue et experte
Généralisation du travail en équipes larges et multidisciplinaires
Renforcement des interactions avec le SIH et de l'interface entre les biologistes et les services informatiques
Renforcement des interactions avec les services de soins
Renforcement de l'activité de paramétrage

5.3 Annexe 2 – CCP disciplinaires – réponse de la DGOS



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Le Sous-directeur des ressources humaines
du système de santé

Paris, le 05 juin 2023

CAB-FB/DGOS/SDRH/RH4/CFB/D-23-010583

Monsieur le Président,

Vous avez bien voulu appeler mon attention au sujet de la pratique de certains établissements publics de santé quant au déroulement de la procédure disciplinaire concernant un agent contractuel, notamment l'absence de convocation de l'intéressé au conseil de discipline.

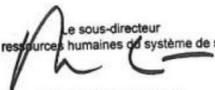
Je vous confirme que les garanties dont bénéficie l'agent contractuel faisant l'objet d'une procédure disciplinaire sont équivalentes à celles prévues pour le fonctionnaire par décret du 7 novembre 1989 relatif à la procédure disciplinaire applicable aux fonctionnaires relevant de la fonction publique hospitalière. Ainsi, bien que le décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière ne le prévoit pas expressément, l'agent contractuel doit être en mesure de présenter utilement sa défense devant la commission consultative paritaire compétente siégeant en formation disciplinaire. Il doit donc être obligatoirement convoqué dans un délai minimal de 15 jours à la réunion du conseil de discipline. Ce droit permet de garantir le débat contradictoire et ainsi le respect des droits de la défense. Il constitue un principe général du droit (CE 5 juillet 2000 n° 200 622, n°203 356, Rec.), applicable également à défaut de disposition réglementaire.

Par ailleurs, l'article 40 du décret du 6 février 1991 prévoit que l'agent contractuel, à l'encontre duquel une sanction disciplinaire est envisagée, a le droit de se faire assister par les défenseurs de son choix. Ce droit vaut pour l'ensemble de la procédure, et donc non seulement pour la consultation du dossier, la production d'observations écrites mais également pour présenter des observations orales devant le conseil de discipline.

Afin de lever l'ambiguïté résultant de l'absence de dispositions explicites dans le décret relatif aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière, ces garanties seront précisées dans la partie réglementaire du code général de la fonction publique, dont la codification est en cours.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma sincère considération.

Philippe Charpentier

Le sous-directeur
des ressources humaines du système de santé

Philippe CHARPENTIER

Monsieur Emmanuel FLORENTIN
Président du Syndicat National des Scientifiques Hospitaliers
CFE-CGC...
2 rue Angélique Ducoudray BP 37013
21070 DIJON

Tél : 01 40 56 60 00
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ddc-rgpd-cab@ddc.social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

Syndicat National des Scientifiques Hospitaliers CFE-CGC

Siège national :

CHU Dijon Bourgogne

Plateforme de Biologie Hospitalo-Universitaire

2, Rue Angélique Ducoudray

BP 37013

21070 Dijon Cedex



Contact :

Dr Emmanuel FLORENTIN – Président

03 80 29 51 06 - 06 75 46 47 18

e.florentin@sns.info

www.sns.info