



Réforme du statut de praticien hospitalier : *refusons la politique libérale, exigeons un statut unique protecteur et des conditions de travail dignes du service public !*

Le 21 mars 2019, les députés ont approuvé la création, par voie d'ordonnance, d'un statut unique de Praticien Hospitalier, associé à la suppression du concours de PH, dans le cadre du Projet de Loi « Ma Santé 2022 ». La DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins, Ministère de la Santé) a fait, en avril, dans ce cadre, des propositions de « modernisation du cadre de l'exercice médical hospitalier », qui ont suscité immédiatement au moins l'inquiétude, sinon l'opposition de la totalité des organisations syndicales de médecins.

Ces propositions concernent actuellement 44.000 PH temps plein, 5.500 PH temps partiel, et 30.000 praticiens à statut plus précaire (contractuels et attachés).

➤➤ **Petit retour sur l'histoire du statut de PH**

L'existence du « médecin hospitalier » date de la grande réforme de 1958 (Robert Debré), qui crée les CHU, réforme les études médicales, et en instaurant le plein temps hospitalier, distingue médecine de ville et médecine hospitalière ; deux statuts se partagent alors les postes hospitaliers permanents : celui de chef de service, et celui de praticien assistant-adjoint.

En 1984, la création du statut de « praticien hospitalier », est largement et âprement discutée. La première avancée est celle du statut unique avec concours d'entrée, permettant une plus grande transparence dans la nomination, une sécurité sur laquelle asseoir l'indépendance et un cadre égalitaire à l'hôpital. Deuxième avancée, celle de la séparation du grade et de la fonction, permettant de dissocier le déroulement de carrière de l'attribution successive de responsabilités. Enfin, un embryon de définition du contenu et du temps de travail constitue un troisième volet important de ce statut.

La grille salariale de la fonction publique ne permettant pas une rémunération jugée suffisante, surtout en fin de carrière, est créée une grille spécifique, calquée sur celle des préfets, mais plaçant le corps médical hospitalier non universitaire dans la catégorie des fonctionnaires non titulaires (fonction publique hospitalière). Les universitaires permanents (PU-PH, MCU-PH) ou temporaires (PHU, CCA) sont, eux, fonctionnaires titulaires, émargeant au Ministère des Universités (fonction publique d'Etat).

• Ce statut de 1984 est grosso-modo resté notre statut actuel de PH. Différents aspects ont été progressivement accentués ou gommés par les pratiques comme par la nécessité de répondre à des besoins urgents :

- création en 1985 du statut de « PH temps partiel », qui permet un exercice libéral ou salarié en dehors de l'hôpital (mais pas de consultations privées à l'hôpital), en assurant 4 à 6 demi-journées à l'hôpital ;
- création de statuts « inférieurs », temporaires à vocation malheureusement pérenne (associé, attaché, contractuel, assistant, etc...) ;
- linéarisation et homogénéisation du déroulement de carrière (suppression des « accélérations ») ou au contraire diversification des pratiques (activité libérale à l'hôpital, plages additionnelles, permanence des soins...) ;
- officialisation de la compensation pour réduction du temps de travail ; intégration des gardes dans le temps de travail, puis du repos de garde.

• Un Centre national de Gestion est mis en place en 2008, message à la fois positif (pérennisation du statut national de PH) et négatif (possibilité pour les hôpitaux de se séparer de leurs praticiens, à charge pour le CNG de les recaser).

• Depuis la loi HPST (2009), Différents textes législatifs ou réglementaires ont proposé ou tenté d'adapter ce statut. De nouveaux éléments de précarisation sont introduits avec un statut

de « praticien clinicien » à géométrie variable (contrat de 3 ans assorti d'objectifs d'activité avec une rémunération négociée pouvant aller jusqu'au 13^e échelon plus 65 %). Le rapport au travail est déstructuré en introduisant la notion de performance et de part variable du salaire, et l'équité de traitement des praticiens est détruite ; le rapport About (2010), le rapport Toupillier (2011), puis la loi Touraine (2012), ont réduit l'incitation à la carrière hospitalière au versement d'une prime pour les spécialités en tension, et d'une prime d'exercice territorial pour favoriser la mobilité dans les GHT.

➤➤ Pourquoi le gouvernement veut-il réviser le statut de praticien hospitalier ?

L'objectif affiché par le gouvernement est de pouvoir proposer un statut concurrentiel par rapport à ce qui est proposé dans le privé, notamment dans les spécialités où le différentiel de revenu rend de plus en plus difficile de recruter et de conserver les praticiens dans le public.

A aucun moment, n'est posée la question de lisser ce différentiel en modifiant le mode de rémunération dans le privé. En effet, il apparaît illusoire de pouvoir « courir » après les rémunérations du privé sans modification du mode de rémunération à l'acte et des dépassements d'honoraires qui se traduisent par des inégalités de revenus que ne justifient ni les études, ni la pénibilité de l'exercice.

➤➤ Avantages et inconvénients du statut actuel

Ce statut de 1984 a pu apparaître, pour certains, très insuffisant par rapport aux besoins ; pour d'autres, il a été vécu comme un carcan ; pour d'autres enfin, il a été une protection motrice. Dans tous les cas, il a permis à des générations de praticiens une carrière préservant indépendance et équité. Trente-cinq ans après, correspond-il encore à la fois aux besoins des praticiens comme à ceux du service public hospitalier ?

Certes, le statut national unique garantit une équité de traitement entre les praticiens de tout le service public hospitalier ; mais différents statuts « complémentaires » ont émergé au fil du temps : PAC, attaché, PHC, associé, assistant, temps partiel...

Certes, le concours d'entrée favorise la compétence et limite la cooptation ; mais le statut et le concours ont peiné à s'adapter à de nouveaux métiers

(urgences, gériatrie...), et la procédure d'attribution des postes vacants ne se fait pas selon une procédure statutaire nationale et laisse encore prise à la cooptation.

Certes, une durée maximale de service est définie à 48 heures par semaine, ou dix demi-journées, et certains métiers postés (urgentistes) ont obtenu un décompte du temps de travail permettant de définir un ratio optimal en nombre de postes ; mais la pénibilité de certains métiers n'est toujours pas prise en compte ; les tableaux de service (quand ils existent) n'intègrent pas le temps réel travaillé, ni les activités non cliniques et non techniques ; la réduction du temps de travail s'est soldée par l'attribution de RTT inutilisables, à l'origine d'une catastrophe financière.

Certes, une carrière indiciaire (échelons) automatique et dissociée des responsabilités permet un déroulement minimal, et la grille de salaires unique permet d'éviter toute modulation en fonction de l'activité et est une garantie d'indépendance ; mais il n'y a pas de possibilité de valoriser un poste selon sa pénibilité ou son expertise.

Certes, la grille de salaires spécifique à ce statut permet un meilleur déroulement que le statut de fonctionnaire ; mais l'absence d'indexation sur l'évolution du coût de la vie oblige à des réajustements et est source de perte de pouvoir d'achat (20 % en 20 ans) ; les PH temps partiels et les universitaires ne cotisent que sur une part de leur salaire réel.

Certes, des activités « accessoires » sont permises en dehors du service, permettant de créer des réseaux ; une part du service peut être consacrée à des activités d'intérêt général (2 demi-journées) ; le statut garantit une stabilité permettant de développer des activités sur le long terme ; mais à condition de s'inscrire dans le projet global de l'établissement, c'est à dire, dans le contexte actuel, de « rapporter de l'activité ».

Certes, la formation continue est un droit inscrit dans le statut ; mais le financement de cette formation continue pour les hospitaliers reste embryonnaire (laissant la part belle aux firmes pharmaceutiques).

Mais tout cela est remis actuellement en cause par une logique productiviste liée à la T2A et à un management souvent délétère par des directions hospitalières dont la priorité est de remplir des objectifs financiers sans tenir compte de la qualité de fonctionnement des établissements.

➤➤ **Les propositions du ministère : une « simplification » ou une déstructuration sur le modèle de l'hôpital entreprise ?**

Première proposition du ministère : un « *nouveau processus d'entrée dans la carrière hospitalière* » : la suppression du concours de PH, et donc des garanties d'équité et d'indépendance. Certes, le concours est peu sélectif (globalement 90 % de validations), mais est un filtre utile, et permet de maintenir une égalité des chances ; actuellement, un praticien peut se présenter au concours, même s'il n'est pas pressenti par la communauté d'un hôpital. La future nomination sur proposition du directeur de l'hôpital promet une accélération des prises de poste, mais dans une opacité accrue, favorisant le retour à une cooptation, voire au népotisme, et lie l'obtention du statut à un hôpital ou un groupement hospitalier (GHT).

Deuxième proposition : un nouveau « statut unique », ou du moins présenté comme tel, puisqu'il s'agit en fait de regrouper d'une part dans un statut de « PH titulaire » les PH à temps plein et à temps partiel, et d'autre part dans un statut de « PH contractuel » tous les autres statuts actuels. Les droits liés au statut seraient en outre acquis dès l'année probatoire. Il s'agit, pour le ministère, de « favoriser l'exercice mixte et la diversification des activités », et là est le grand danger de cette banalisation, qui conduit à créer la possibilité d'un exercice mixte (hospitalier et libéral) pour tous les praticiens titulaires (avec suppression de la clause de non concurrence) ; quant au statut « contractuel », il permettra à

l'inverse l'accès à l'hôpital de praticiens libéraux. On mesure immédiatement l'absence de garanties sur le caractère concurrentiel de ces deux statuts, et la déstructuration d'un statut qui avait permis jusque-là de façonner un corps de praticiens au service de l'hôpital public. Globalement, il s'agit de généraliser le statut de « praticien clinicien » avec des contrats individuels assortis d'objectifs de « production de soins » et avec un salaire négocié.

Enfin, si le ministère promet de conserver une gestion nationale des PH, pour les nominations comme les mutations, la procédure sera désormais engagée à l'échelle des GHT, avec la suppression de la liste nationale d'aptitude sous couvert de rendre plus rapide les nominations.

Il est facile d'imaginer la situation qui sera créée dans quelques années par cette soumission à la loi du marché : les spécialités en tension continueront à voir affluer les praticiens vers le privé ; d'autres praticiens partageront leur temps entre public et privé (induisant une pression sur les salaires, le « beurre dans les épinards » de Mme Buzyn), au détriment de la stabilisation d'un corps médical public. Tout cela se fera au prix de la désorganisation du travail des équipes hospitalières et de la dégradation de l'offre de soins. La « diversification » risque de devenir une « mobilité permanente ». Et l'hôpital public de se retrouver à tenter, en vain, de fonctionner comme le privé, dans une concurrence permanente entre structures hospitalières.

➤➤ **CE DONT NOUS NE VOULONS PAS, MADAME BUZYN !**

- ❖ **Un statut d'exercice mixte public/privé qui abolit l'exercice hospitalier public.**
- ❖ **Des nominations décidées exclusivement au niveau des hôpitaux ou des GHT, par les directeurs.**
- ❖ **Une régulation salariale par les mécanismes de concurrence et la loi du marché, qui pénalisent l'hôpital public face au privé.**
- ❖ **La poursuite de l'appauvrissement de l'hôpital public par l'insuffisance des budgets limités par l'ONDAM, ce qui se traduit notamment par une pression financière visant à marginaliser les activités dites « non rentables ».**
- ❖ **Des conditions de travail dégradées pour les équipes du fait d'une politique d'efficience sans rapport avec les besoins réels de la population.**

➔➔ CE QUE NOUS VOULONS POUR L'HÔPITAL PUBLIC

- ❖ **Un statut unique de praticien du service public (hôpital, structures territoriales, administrations), clairement différencié de l'exercice privé ou libéral, permettant de garantir notre indépendance professionnelle.**
- ❖ **Le maintien du concours de recrutement des praticiens hospitaliers sous la responsabilité d'un jury médical.**
- ❖ **Une adaptation des salaires à l'évolution du coût de la vie et non l'accumulation des primes, avec une revalorisation des premiers échelons et l'ajout d'échelons supplémentaires en fin de carrière.**
- ❖ **Une véritable politique d'attractivité de l'hôpital public basée sur:**
 - **Des engagements sur la reconnaissance de la pénibilité.** Bien sûr des services postés, mais aussi d'autres expositions diverses à des conditions de travail pénibles ou dangereuses ; en corollaire, la nécessité d'une médecine du travail adaptée aux médecins, avec des moyens suffisants permettant de la sortir du marasme actuel ; la mise en place de structures de vigilance et d'intervention sur les questions de sécurité, de conditions de travail, idéalement une participation directe des médecins aux CHSCT, comme le proposait le rapport Couty. Et enfin, la reconnaissance des situations de harcèlement professionnel, et la mise en place à ces occasions d'une protection fonctionnelle pour les praticiens (*article 11 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 : en application de cet article, l'administration est tenue de protéger ses agents contre les attaques dont ils font l'objet à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions ou contre les mises en cause de leur responsabilité civile et pénale à l'occasion de faits qui n'ont pas la qualité d'une faute personnelle détachable du service*).
 - **Des engagements concrets sur la mesure et l'encadrement du temps de travail.** Les médecins hospitaliers sont des cadres salariés, le code du travail et les directives européennes doivent s'appliquer ; le flou sur la définition du temps de travail est le meilleur moyen de pression sur les effectifs médicaux. Une définition claire du temps de travail doit permettre, d'une part une répartition des tâches entre les praticiens d'un service, d'autre part une quantification des besoins en effectifs médicaux ; un décompte horaire du temps de travail pour toutes les équipes qui le souhaitent, en demi-journées planifiées pour les autres, est le seul moyen de parvenir à cet encadrement ; le temps additionnel, reflet de l'insuffisance des effectifs, doit disparaître et ne plus être le mode de gestion habituel de certaines spécialités ; il n'y a aucune raison d'attendre ou de louvoyer sur ce sujet. Il sera ainsi possible de reconnaître clairement le temps additionnel afin de pouvoir le rémunérer, le récupérer ou le stocker dans le CET au choix du praticien.
 - **Des engagements concrets sur la reconnaissance des activités non cliniques, et leur valorisation contractuelle** dans l'organisation du service.
 - **Des engagements sur la démocratie hospitalière.** La mise en place des pôles, structures de gestion par opposition aux structures de soins que sont les services, s'est évidemment accompagnée d'une concentration des pouvoirs à l'hôpital, dans les mains de quelques-uns : directeurs, présidents de CME, chefs de pôle. La vie des services et des équipes s'est sclérosée progressivement à mesure que les services ont été vidés de leur poids clinique. Il est nécessaire de rétablir une circulation de l'information et une participation des praticiens aux décisions dans les services, notamment au niveau de l'élaboration du projet médical. Par ailleurs les praticiens doivent avoir un droit de regard avec possibilité de veto sur la nomination des chefs de services.

Elections professionnelles
(vote électronique du 25 juin au 2 juillet)

Votez pour les listes AMUF-CGT.