

Statuts : ce qui change

Le statut de praticien hospitalier a été créé en 1984. À côté de lui existent de multiples statuts : les praticiens contractuels, attachés, attachés associés, assistants... Tous ces statuts ont été customisés au fil des années, mais sans réforme profonde.

Ces dernières années, on entendait dire que « le statut de PH avait vécu », et nombreux sont ceux qui souhaitent sa disparition pure et simple, afin d'évoluer vers un « tout contrat » qui, d'une part est contraire aux principes du service public, et d'autre part, tend vers un concept de « praticien kleenex » dont on ne se sert que lorsque l'on en a besoin et dont on se débarrasse un peu comme on veut. Cette application d'une politique ultra-libérale ne peut, à nos yeux, se concevoir dans la conception du soin à l'hôpital public, ouvert à tous et à toute heure.

Grâce à l'action de l'ensemble des syndicats, le statut de praticien hospitalier a été conservé : accès par un concours, qui reste national, et nomination, qui reste nationale, gérée par le Conseil National de Gestion. Ce combat n'a pas été simple, mais nous l'avons gagné. Nous préférons gagner des combats qui améliorent nos conditions de travail, il faut déjà nous battre pour conserver nos acquis...

La fusion des statuts temps plein et temps partiel, pour les PH comme pour les contractuels, est une demande qui date. Par ailleurs, l'exercice mixte ville-hôpital est une demande des plus jeunes de nos collègues. Cela devait converger vers deux « statuts uniques », l'un titulaire, l'autre contractuel. À la suite du plan « Ma Santé 2022 », ces projets ont été mis en musique dans le cadre de négociations à partir de 2019, avec un court passage dans le Ségur (simple inscription dans le protocole d'accord, sans aucune négociation à ce moment-là), et la reprise de discussions à l'automne 2020.

Pendant un an, on n'en a plus entendu parler. À l'approche de la fin de la mandature, les textes nous ont été soumis, sans marge de négociation, dans un contexte de vagues successives COVID et d'échec d'application possible de l'article 33 de la loi Rist concernant l'intérim.

Comme tous les textes concernant la vie professionnelle, ceux-ci ont été soumis au Conseil Supérieur des Professions Médicales, où votent d'un côté la FHF (Fédération Hospitalière de France – représen-



« Nous aurions tant aimé voter des textes qui améliorent nos statuts. »

tation des directeurs et des présidents de CME – 7 sièges) et de l'autre les organisations syndicales représentatives (le SNPHARE étant représenté par Avenir Hospitalier / APH), réparties en trois collèges : collège 1 (hospitalo-universitaires – 5 sièges), collège 2 (PH – 5 sièges), collège 3 (non titulaires, dont les CCA-AHU – 5 sièges).

Ces textes paraîtront au 1^{er} janvier 2022, sous réserve de l'aval et d'éventuelles modifications par le Conseil d'État. Nous aurions tant aimé voter des textes qui améliorent nos statuts. Cela ne nous a pas été possible, à l'exception de quelques rares mesures... mais certains l'ont fait pour nous.

Lisez plutôt...

La modernisation du statut de PH

Le statut de praticien hospitalier a été créé en 1984. C'est le seul statut de titulaire non universitaire pour les médecins, odontologistes et pharmaciens à l'hôpital public, accessible uniquement par concours, destiné à sécuriser un exercice hospitalier qui ne soit plus « vacation à l'hôpital le matin et activité libérale l'après-midi ». Il a fait ses preuves, et beaucoup séduit pendant un temps, au point qu'il fallait se battre pour atteindre ce Graal (obtention de diplômes complémentaires, notamment de recherche scientifique, lettres de recommandations, etc.).

Ce statut fait l'objet de deux décrets, l'un pour les « praticiens hospitaliers temps plein » et l'autre pour les « praticiens des hôpitaux à temps partiel », publiés dans le Code de Santé Publique. Il concerne tous les praticiens de l'hôpital, quelle que soit leur spécialité, quel que soit leur établissement d'exercice. C'est notre force : nous appartenons à un corps, et c'est ce qui permet de nous défendre collectivement. C'est la force de l'hôpital : le modèle du praticien qui travaille à l'hôpital est un praticien titulaire, temps plein.

La fusion des premiers échelons et le reclassement

Ces mesures ont été actées en septembre 2020, vous le savez tous. L'avantage donné aux plus jeunes s'est accompagné d'un mépris ouvert de la DGOS pour les PH déjà investis dans l'hôpital public depuis quelques années ou bien davantage.

Avec l'intersyndicale APH, nous avons déposé un recours en Conseil d'État dès la publication du décret, pendant que chacun d'entre nous a fait un recours individuel contre son reclassement.

Les mémoires entre nos avocats et ceux du ministère continuent à s'échanger, nous espérons une audience courant 2022.

PH UN JOUR, PH TOUS LES JOURS

Le statut modernisé inscrit le statut de PH titulaire dans un engagement total dans l'hôpital public. Ainsi, lorsqu'on est PH, on ne pourra plus être PH à temps partiel et faire des remplacements en tant que contractuel dans un autre établissement. Mais on pourra être PH multi-site... (cf. infra)

FUSION DES TEMPS PLEINS ET DES TEMPS PARTIELS

La fusion de ces deux statuts où seule la quotité de travail changeait nous paraissait cohérente. De cette simple cohérence, la DGOS a réussi à définir un statut en pratique hypercomplexe ! À partir du 1^{er} janvier 2022, il n'y a plus de temps partiel, mais des PH à quotité de temps variable, de 50 à 100 % : il faut travailler au moins à 50 % à l'hôpital pour pouvoir être PH (exception faite des actuels temps partiels à 40 %, lesquels ne sont pas concernés par cette obligation). Au cours de sa carrière, le praticien pourra faire varier cette quotité de temps de travail, sous réserve de demande préalable (directeur, PCME...).

Oui, mais...

- Les postes ne seront plus publiés à temps plein (100 %) ou à temps partiel (60 %) mais dans une quotité qui va de 50 à 100 %. On peut imaginer désormais des services sans aucun temps plein, avec des praticiens à 50, 60, 70 %...
- Il pourra être difficile de justifier une augmentation de quotité de travail. La DGOS refuse même de répondre à la question : un praticien à 80 % qui augmente son activité et travaille 12 heures par jours, 4 jours par semaine, peut-il passer à 100 % du seul fait qu'il fait 48 heures par semaine ? De même, il pourra être difficile de réduire sa quotité de travail « pour nécessité de service » dans des services en état de pénurie...
- Le temps réduit (par exemple, un 80 % pour élever ses enfants) n'existe plus. Au 1^{er} janvier 2022, les PH temps réduits basculent sur un poste de PH à 80 % : la récupération d'un poste à 100 % n'est plus « de droit ». Nous avons signalé cet écueil à la DGOS, il s'agit d'une décision qui va à l'encontre de tous les aménagements du décret en faveur de la parentalité, cela n'a pas de sens : ce n'est pas de l'attractivité pour les plus jeunes !

Statut unique de PH

Quotité	PH quotité 100 % (ex-temps plein)				PH 80-90 % (ex-temps partiel/temps réduit)				PH 50-70 % (ex-temps partiel/temps réduit) (+ actuels PH 40 %)				PH < 50 %															
Public/libéral	100 % activité publique (possibilité 2DJ AIG, 1 DJ valence extraclinique)				80 % activité publique (possibilité 2DJ AIG, 20 % (2DJ) ALIH)				Activité publique exclusive (possibilité 1DJ AIG)				Activité publique exclusive à l'hôpital (possibilité 1DJ AIG) + ALEH Clause de non concurrence		70/80 % activité publique 10 % 1DJ ALIH		Activité publique exclusive		Activité publique à l'hôpital + ALEH Clause de non concurrence		→ Praticien contractuel							
Modalités	Activité sur un établissement		Activité partagée dans le GHT		Activité sur un seul établissement		Activité partagée dans le GHT		Activité sur un seul établissement		Activité partagée dans le GHT		Activité hospitalière sur un seul établissement		Activité hospitalière partagée dans le GHT		Activité sur un seul établissement		Activité partagée dans le GHT		Activité sur un seul établissement		Activité partagée dans le GHT					
Missions de service public dans l'EFS d'affectation	10 DJ		6 à 9 DJ		8 DJ		< 8 DJ		8 à 9 DJ		4-5 à 7-8 DJ		8 à 9 DJ		4-5 à 7-8 DJ		7 à 8 DJ		4-5 à 6-7 DJ		5 à 7 DJ		1 ? à 6 DJ		5 à 7 DJ		1 ? à 6 DJ	

DJ = demi-journée, AIG = activité d'intérêt général, ALIH = activité libérale intra-hospitalière, ALEH = activité libérale extra-hospitalière, GHT = groupement hospitalier de territoire

On aurait souhaité un ratio minimal de **praticiens titulaires** dans chaque service. On aurait souhaité un ratio minimal de **praticiens temps plein** dans chaque service. Pour la continuité des soins, pour la dynamique d'équipe. Que nenni.

Ainsi, ce désir logique de statut unique s'est transformé en **une première marche de vente à la découpe** du statut, au péril de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients.

près. Mutualiser la pénurie n'a aucun intérêt pour la prise en charge des patients !

En revanche, il devient **impossible**, quand on est un PH à quotité < 100 %, d'aller faire des remplacements en tant que praticien contractuel dans un autre établissement... « PH un jour, PH tous les jours »

Nous voilà donc dans le PH-pion que l'on pourra balader un peu partout...

Deuxième marche de la vente à la découpe.

L'ACTIVITÉ INTRA-HOSPITALIÈRE

Désormais, l'activité intra-hospitalière pourra être partagée sur plusieurs sites. Elle l'était déjà, *via* l'exercice territorial, dont la prime aurait dû être relevée (ces textes sont toujours en attente... ou aux oubliettes ?). En revanche, les praticiens pourront exercer sur les divers sites du GHT. Encore une fois, la garantie d'un praticien « toujours présent » sur un même site n'existe plus.

En outre, ce qui était une pratique formellement « illégale » - aller faire des remplacements quand on est praticien hospitalier temps plein - devient une pratique financièrement encouragée, *via* une prime d'exercice territorial « renforcée » que la FHF a fait renommer « prime de solidarité territoriale ». Il s'agit d'une incitation à travailler au-delà de ses obligations de service, non pas dans son propre service ou établissement (tarif TTA), mais dans d'autres établissements publics (tarif incitatif). Si le SNPHARE s'est déjà exprimé sur les risques à court, moyen et long terme de l'abus de TTA (interne et externe), il nous semble que déshabiller Pierre pour habiller Paul n'aura pour effet que de déstabiliser davantage des équipes qui survivaient à peu

L'EXERCICE LIBÉRAL

Actuellement l'activité libérale intra-hospitalière est ouverte exclusivement aux PH temps plein : maximum 20 % (2 DJ) du temps de travail (2 DJ) et 50 % des actes. Avec le nouveau décret, elle s'étend :

- aux PH à 80 et 90 % : qui auront droit à 1 DJ d'activité libérale par semaine,
- au GHT : l'activité libérale pourra s'exercer indifféremment dans l'établissement où le praticien est nommé et/ou dans un (ou plusieurs) autre(s) établissement(s) du GHT.

Préparez vos valises...

Quant à l'activité libérale extra-hospitalière, elle peut s'exercer sur la quotité restante des PH à 50-90 % (« exercice mixte »). L'IESPE n'est pas versée dans ce cas. La clause de non-concurrence - qui existe déjà lorsqu'un PH quitte l'hôpital (rayon de 10 km, pendant 2 ans) pourra s'appliquer, au gré de la décision du directeur : rayon de 10 km autour de l'établissement. Le SNPHARE s'insurge contre cette opposition à la liberté du travail, et sur l'absence de compensation

financière dans cette clause – comme cela est le cas dans toutes les clauses de concurrence de droit privé. Cette mesure pourrait faire peur aux jeunes qui souhaitent avoir une activité mixte... et les inciter à aller d'emblée vers une activité libérale à temps plein. Où est l'attractivité hospitalière ?

ACTIVITÉS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL, VALENCES NON CLINIQUES

La modernisation du statut ne touche pas aux activités d'intérêt général, et les ouvre aux PH à 80-90 %, 1 DJ

Qu'est-ce qu'une activité d'intérêt général ?

Article R6152-30 : Les praticiens hospitaliers à temps plein peuvent, après accord du directeur de l'établissement de santé, sur proposition du chef de service ou du responsable de la structure interne et après avis du chef de pôle, consacrer deux demi-journées maximum par semaine en moyenne sur le quadrimestre à des activités d'intérêt général externes à l'établissement d'affectation à condition qu'elles présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, dont les établissements publics de santé, auprès d'établissements privés habilités à assurer le service public hospitalier, auprès d'un hôpital des armées ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation. Le praticien hospitalier qui exerce à raison de huit ou neuf demi-journées par semaine peut réaliser une activité d'intérêt général limitée à une demi-journée par semaine en moyenne sur le quadrimestre. Cette activité peut donner lieu à rémunération.

Une convention entre l'établissement d'affectation et les organismes d'accueil définit les conditions d'exercice et de rémunération de cette activité et prévoit, le cas échéant, le remboursement, total ou partiel, des émoluments versés par l'établissement de santé.

par semaine. Elle crée en outre des valences non cliniques, pour les praticiens à temps plein, uniquement : 1 DJ de droit par semaine (lorsque nous en demandions deux depuis des années : c'est une demi-victoire !) et 1 DJ soumise à validation de la CME – ce qui n'a pas de sens. Bref, une petite avancée...

Qu'est-ce qu'une valence non clinique ?

Art. R.6152-826 - Dans le cadre de ses obligations de service et des missions qui lui sont confiées, les praticiens des sections 1 et 4 bis peuvent exercer des activités non cliniques dénommées valences. Elles sont définies en cohérence avec le projet d'établissement, le projet de pôle et le projet de service. Elles permettent la contribution à des travaux d'enseignement et de recherche, l'exercice de responsabilités institutionnelles ou managériales, ainsi que la participation à des projets collectifs et la structuration des relations avec la médecine de ville. Elles s'exercent sous réserve des nécessités de service.

- Dans la limite d'une demi-journée par semaine en moyenne sur le quadrimestre, le praticien exerçant à hauteur de dix demi-journées par semaine à temps plein peut proposer l'exercice de ces valences au chef de service ou par défaut, au chef de pôle. Ces valences sont accordées de droit pour les praticiens hospitaliers.
- Au-delà d'une demi-journée par semaine, les valences sont attribuées pour une période définie, sur proposition du chef de service ou du responsable de la structure interne après avis du chef de pôle, ou pour des activités ne s'exerçant pas au sein du service ou de la structure d'affectation, sur proposition du président de la commission médicale d'établissement.
- Les missions exercées dans le cadre des valences font l'objet d'une évaluation a minima annuelle, dans le cadre de l'entretien professionnel.

LES ENTRETIENS PROFESSIONNELS

La mise en place systématique d'entretiens professionnels est inscrite au statut.

D'une part, des entretiens pendant la période proba-

toire (à 6 mois et à un an) en vue de sécuriser la titularisation ou évoquer les risques de non-titularisation. D'autre part, des entretiens annuels, qui ne sont pas des évaluations, réalisés avec le n+1 (chef de service, chef

de pôle...). Le but est d'étudier les projets en cours et les souhaits pour l'évolution de la carrière de chaque praticien dans son service. Des expériences spontanées existent déjà, le décret les formalise ; nous avons cependant pointé le souci de la confidentialité, car le document semblerait être archivé non pas dans le service mais à la direction des affaires médicales...

Qu'est-ce que l'entretien professionnel annuel des PH ?

Art.R.6152-825 - Les praticiens bénéficient d'un entretien professionnel annuel qui donne lieu à compte rendu. Cet entretien est conduit par le chef de service ou par le praticien responsable de la structure interne d'affectation, ou à défaut par le chef de pôle. Il est assuré par les chefs de pôle pour les chefs de service ou responsables de structures internes, et par le président de la commission médicale d'établissement pour les chefs de pôle, ainsi que par le doyen de l'université lorsqu'ils relèvent de l'article L. 6151-1 du code de la santé publique.

- Le praticien qui conduit l'entretien en fixe la date ; elle est communiquée au praticien au moins huit jours à l'avance.
- Cet entretien porte principalement sur les points suivants :
 - 1° le bilan des missions cliniques et non cliniques assurées par le praticien, compte tenu de l'organisation et du fonctionnement du service ;
 - 2° l'expression par le praticien de ses souhaits d'évolution professionnelle ;
 - 3° Les objectifs relatifs aux missions cliniques et non cliniques pour l'année à venir ;
 - 4° les projets de formation du praticien, en fonction du projet médical de l'établissement et de la structure d'affectation ainsi que des besoins du praticien.
- L'entretien donne lieu à un compte rendu établi et signé par le praticien ayant conduit l'entretien. Il est conduit dans des conditions permettant d'en garantir la confidentialité.
- Il est communiqué au praticien, qui le complète le cas échéant de ses observations et le signe.
- Le chef de pôle, ou à défaut le président de la commission médicale d'établissement, peut être saisi par le praticien d'une demande de révision du compte rendu de l'entretien professionnel.

AVANCÉES DANS LE DROIT SYNDICAL ?

Le droit syndical est reconnu du bout des lèvres dans le statut. Il fait l'objet d'un décret différent. Pour les représentants syndicaux, des autorisations spéciales d'absence permettent de participer aux réunions syndicales (maximum 10 à 20 jours par an) ou aux convocations de l'administration.

DÉTACHEMENT DU CORPS DES PH VERS LE CONTRAT DE CLINICIEN : C'EST FINI !

Les cliniciens basculent dans le statut de « nouveau praticien contractuel ». Les PH ne peuvent plus opter pour un contrat de clinicien. Le SNPHARE n'a jamais soutenu ce contrat, qui devait initialement disparaître totalement. Mais là, c'est incompréhensible...

CE QUI N'A PAS ÉTÉ ABORDÉ.

C'est le statut ! Comme vous le voyez, ce qui a été proposé comme « avancées », comme « attractivité de la carrière de PH » consiste d'une part à permettre aux PH de mettre du beurre dans les épinards en ayant une activité libérale, intra- ou extra-hospitalière, d'autre part d'être un PH-valise sans port d'attache. Cela, à notre sens, s'oppose à toute dynamique d'investissement dans un projet d'équipe et dans un sentiment d'appartenance du PH à son établissement. L'avenir nous dira si nous avons tort – mais nous avons rarement tort...

Malgré des demandes incessantes de notre intersyndicale lors des négociations – mais nous étions bien seuls : ni les autres intersyndicales, ni la FHF n'ont poussé dans ce sens – il n'a pas été possible d'évoquer :

- Le sujet du temps de travail : demi-journée ou temps continu, durée de la demi-journée, décompte du temps de travail – qui pourtant s'avère plus que nécessaire à l'heure où l'on découpe le travail du PH en tranches de 10 %... et durée du temps de

travail du PH (10 DJ – 48 h maximum, est-ce bien raisonnable ? le TTA à outrance, est-ce bien raisonnable ?).

- Le sujet de la permanence des soins : cela fait près de 20 ans que le SNPHARE demande que ce chantier soit réouvert : 5^{ème} demi-journée, valorisation de la garde et de l'astreinte – nos astreintes de sujétion sont ridicules, et prise en compte de la pénibilité.
- La définition d'une équipe, de son effectif-cible à la désignation de son responsable, en passant par sa composition et la sanctuarisation du temps dédié au travail en équipe (staffs, transmissions, RMM, etc.).
- Le sujet de la formation continue des PH : sanctuarisation de temps et de financement ; la seule réponse à ce sujet est la constitution d'une nouvelle usine à gaz appelée « certification périodique »...
- La santé au travail : alors que nous travaillons un nombre d'heures bien supérieur à la moyenne, des périodes de stress permanentes dans les spécialités dites « à risque », que nous travaillons la nuit, que nous sommes exposés à l'épuisement professionnel... sauf demande expresse de notre part, nous ne voyons pas la médecine du travail !

Tous ces sujets sont exclus des concertations du Ségur, que nous sommes fiers de ne pas avoir signé. Ces sujets, nous continuerons à exiger qu'ils soient mis sur la table de négociation digne de ce nom.

LE VOTE...

Il nous paraît important de vous indiquer en toute transparence les votes sur ces textes. En ce qui concerne le vote sur le statut unique, seul le collège des praticiens hospitaliers était convié au vote (avec la FHF), tandis que pour les autres dispositions, l'ensemble des collèges votait. Le SNPHARE est représenté par l'union syndicale Action Praticiens Hôpital (APH).

AW

	Statut unique, exercice mixte		
	Pour	Contre	Abst.
APH - JM	0	3	0
INPH - SNAM-HP - CMH	1	0	0
FHF	7	0	0

		Activité libérale			Valences cliniques, entretiens professionnels*		
		Pour	Contre	Abst	Pour	Contre	Abst
Collège 1 (HU)	APH - JM	0	1	0	1		
	INPH - SNAM-HP - CMH	3	0	1	Absents au vote		
Collège 2 (PH)	APH - JM	0	3	0	2	0	1
	INPH - SNAM-HP - CMH	2	0	0	1	0	0
Collège 3 (non titulaires)	APH - JM	1	1	0	1	0	0
	INPH - SNAM-HP - CMH	1	1	0	2	0	0
FHF (directeurs + PCME)		7	0	0	7	0	0

* le vote ayant eu lieu tard, certains votants n'ont pu être disponibles et voter

Le nouveau praticien contractuel

Contrairement au statut de PH, où tous les PH basculent au 1^{er} janvier 2022 dans le statut modifié, le statut actuel de contractuel n'est pas totalement abandonné : le « stock » va continuer à vivre et évoluer sur les anciens décrets, ce qui signifie, pour certains contrats, jusqu'à leur retraite.

La DGOS a donc introduit un nouveau chapitre dans le code de Santé Publique, qui s'intitule le statut de nouveau praticien contractuel (NPC) unique.

Unique... mais en pratique, ce statut regroupe 4 modalités contractuelles qui n'ont aucun lien les unes avec les autres. Leur seul point commun : exit les grilles salariales avec échelons, les rémunérations seront calculées entre un plancher et un plafond, négociées avec la direction.

Il va falloir apprendre à nos jeunes collègues à négocier dès leur plus jeune âge, donc... est-ce bien là le sens du service public hospitalier ?



1^{ère} MODALITÉ : LES EXERCICES MIXTES

Il s'agit des exercices mixtes dans le cadre de coopérations ville-hôpital ou le cumul emploi retraite. La quotité de travail est inférieure à 50 % : c'est ce qu'on appelait autrefois « faire des vacations à l'hôpital ». Ce sera possible jusqu'à 50 % (5 DJ par semaine). Rémunération minimale 19 698,38 euros/an, maximale 33 870,13 euros/an.

2^{ème} MODALITÉ : EN ATTENDANT SON POSTE DE PH

Il s'agit d'un statut qui permettra aux internes d'attendre leur poste de PH, sur une quotité de 50 à 100 %. En effet, la réforme du statut de PH devait permettre de devenir PH dès l'internat terminé. Pour des problèmes de logistiques (en 2021...), il est apparu impossible au Centre National de Gestion d'organiser un concours de PH dans des temps compatibles avec une prise de poste de PH probatoire dès l'issue de l'internat.

En conséquence, en attendant de pouvoir passer le concours de PH, et de pouvoir prendre un poste de PH, les jeunes praticiens auront comme seul choix, s'ils veulent travailler à l'hôpital public, d'opter pour ce statut, dont les rémunérations se négocieront entre un plancher de 39 396,76 euros/an* et un plafond maximal « en référence à l'échelon qui serait détenu en tant que PH ». Qui pourrait jeter la pierre à un collègue qui au bout de 10 ou 11 ans d'études, a le choix entre ce type de rémunération et des remplacements à l'hôpital public, ou surtout, dans le privé ? Le risque est grand que, attiré vers d'autres modes d'exercices aux

conditions de travail et aux rémunérations plus dignes, ils ne reviennent jamais vers une carrière hospitalière...

3^{ème} MODALITÉ : RÉSERVÉE AUX SITUATIONS PONCTUELLES

Il s'agit d'un statut permettant de répondre à des « situations ponctuelles » : accroissement temporaire d'activité, remplacement d'absence pour raison de santé... avec une durée initiale de 6 mois. La quotité de travail va de 10 à 100 %. Rémunération minimale 39 396,76 euros*, maximale 67 740,25 euros*.

4^{ème} MODALITÉ : L'ANCIEN STATUT DE CLINICIEN

C'est l'ancien statut de clinicien, qui devait pourtant disparaître. Ces postes sont soumis à validation par l'ARS. La rémunération comprend une part fixe (entre 39 396,76 et 67 740,25 euros/an*) et une part variable négociée annuellement : la limite maximale de la rémunération est la rémunération d'un PH 13^{ème} échelon + IESPE, soit 119 130 euros bruts annuels*.

Nous n'avons pas participé à ces votes. Le projet de décret a été rejeté par l'ensemble des inter-syndicales du collège 3 « non titulaires ». Ce vote étant consultatif, il ne s'oppose pas à la parution du décret...

AW

* chiffres communiqués par la DGOS en décembre 2019

NOUVEAUX STATUTS : ÉPILOGUE

Nous sommes assez déçus par les évolutions réglementaires des statuts, notamment le statut de praticien hospitalier. Selon le SNPHARE, il s'agit d'une vente à la découpe du travail que nous fournissons à l'hôpital public, qui risque de perdre tout son sens pour la continuité des soins et la dynamique d'équipe. En pratique, où est l'attractivité promise aux praticiens ?

L'attractivité des carrières médicales est ailleurs. Le Ségur a fait une erreur majeure en refusant de traiter en profondeur les sujets du travail des praticiens hospitaliers : qu'est-ce que le travail clinique, non clinique, quel temps de travail, et bien sûr, le sujet du travail pendant la permanence des soins. Ces chantiers sont les vrais chantiers de l'attractivité : ce n'est qu'avec de courageuses mesures sur ces aspects du statut que l'on comblera les 30 à 40 % de postes de PH vacants et que l'on pourra redonner du sens à notre métier.