



## INFOS MEDECINS

### UN ACCORD DE DUPES OUVRANT LA PORTE AU DEMANTELEMENT DU STATUT DE PRATICIEN HOSPITALIER

La presse a largement rapporté au sujet du fameux « accord cadre », en ne mettant en avant que le projet de monétisation des comptes épargne-temps (CET) du corps médical. Au-delà de cette promesse à visée électoraliste, dans un contexte de situation financière très dégradée des hôpitaux, on ne peut que douter de l'application effective de cette mesure. Cet accord comprend d'autres mesures, très dangereuses dont aucun media n'a vraiment parlé.

Pour résumer (*texte en annexe*), il s'agit de la mise en place accélérée des options libérales sous-jacentes au concept d'hôpital-entreprise contenues dans la loi HPST, avec la mise en place de **contrats individuels** concernant :

- ◆ l'annualisation du temps de travail en fonction des besoins de l'administration hospitalière ;
- ◆ la fixation d'objectifs avec la mise en place d'un mécanisme d'intéressement ;
- ◆ l'introduction d'une part variable de rémunération qui pourrait aller jusqu'à 30 % de la rémunération

totale.

Sous un habillage fumeux, ce texte permet la généralisation des **contrats de « praticiens cliniciens »** prévus par la loi HPST qui, jusqu'à présent, n'ont pas trouvé preneurs !

Ce qui est grave, c'est que l'ensemble des intersyndicats catégoriels de médecins (CPH, INPH, CMH et SNAM-HP) ait signé ce protocole malgré l'opposition de certaines de leurs organisations de base. Certains d'entre eux ont publié des communiqués d'explication étonnants expliquant que bien que cet accord cadre ne soit pas satisfaisant, ils le paraphaient quand même pour ne pas être exclus du comité de suivi !

**La CGT n'a pas cette conception du syndicalisme ! Elle signe des accords quand ils apparaissent apporter des avancées pour les salariés. Dans le cas contraire, notre organisation les informe pour organiser un rapport de force et exiger des négociations sur la base de revendications élaborées collectivement.**

Il faut insister sur le fait que cet accord est illégitime, car signé après les élections professionnelles de 2011, par les organisations représentatives lors du scrutin de 2005.

**Aujourd'hui, les lignes ont bougé et d'autres organisations, dont l'alliance AMUF-CGT, peuvent légitimement prétendre à cette représentativité.**

La CGT va donc organiser l'information et la riposte pour exiger du gouvernement – l'actuel et le futur ! - la réouverture de négociations avec les organisations syndicales sur la base de la représentativité issue des élections de décembre 2011.

Vous trouverez dans ce journal différents éléments de réflexion et de propositions alternatives. Faisons circuler ces informations et organisons des assemblées générales de médecins pour ne pas laisser passer ces mauvais coups.

*Dr Christophe Prudhomme  
Collectif médecins  
Fédération CGT de la  
santé et de l'action sociale*

# Statut de Praticien Hospitalier (PH) : un peu d'histoire ...

**Un vent mauvais souffle sur l'hôpital public : restructurations à la hache, nombre de plus en plus élevé de personnels précaires, privatisations croissantes, fermetures de services à l'aveugle, réduction d'année en année des personnels soignants. Il n'est donc pas surprenant que le statut des PH soit en ligne de mire du gouvernement, qui a décidé de s'attaquer aux rémunérations, au mode de recrutement et à l'indépendance de la pratique médicale.**

**I**l est urgent et vital pour la survie de l'hôpital public de s'opposer, avec toute notre énergie, à ces projets : instauration d'une part variable du salaire en fonction de la réalisation d'objectifs et possibilité au directeur de recruter des PH sans sécurité d'emploi, balayant la garantie qu'apporte le recrutement national.

**Ainsi est abrogé le statut des PH de 1984** : statut unique, à temps plein, assurant une carrière linéaire avec dissociation du grade et de la fonction, avec recrutement par un concours national sur épreuves anonymes.

Ce statut devait permettre au praticien de se situer dans le collectif soignant à égalité de droits et de devoirs avec les autres personnels. Il mettait aussi fin aux profonds écarts statutaires et salariaux, ainsi qu'au mandarinat. Par ailleurs, il améliorerait la retraite dans la mesure où la cotisation à l'IRCANTEC reposait sur la totalité du salaire, contrairement aux années antérieures.

L'histoire de ce statut qu'il nous faut défendre, tout en l'améliorant, est intimement liée à l'action des médecins au sein de la CGT. Dès le début des années 70, l'adhésion des médecins salariés à la CGT s'est développée ( malgré les réticences de tous bords), d'abord au SNCTS (Syndicat national des chercheurs et des techniciens scientifiques), devenu en 1978 l'UFMICT (Union fédérale des médecins, ingénieurs, cadres et techniciens), partie intégrante de la Fédération de la santé et de l'action sociale. Dès cette période, la **revendication du statut unique** a pris corps et s'est affirmée au cours des différents congrès de l'UFMICT.

L'arrivée de la gauche au gouvernement, en 1981, a donné un coup d'accélération à cette revendication : un intense échange avec les autres organisations se mit en place (UNEF, SNESUP, et divers syndicats de médecins hospitaliers) pour l'élaboration du statut. Des réunions régulières avec le cabinet du ministre de la santé, J. Ralite, scandaient ce travail collectif.

La tâche ne fut pas facile pour la délégation de l'UFMICT, dont je faisais partie.

La négociation fut ardue et a partiellement échoué. En effet, premier obstacle, considéré comme le socle du statut : l'intégration dans la Fonction publique hospitalière, qui n'a pas été possible pour deux raisons :

- ◆ la majorité des syndicats d'hospitaliers s'y opposaient pour des raisons de « prestige ». Ils refusaient ce qu'ils nommaient péjorativement la fonctionnarisation... refus inavoué d'un compagnonnage avec les personnels paramédicaux !

- ◆ par ailleurs, le cabinet de J. Ralite s'est montré peu offensif sur cette revendication, pourtant essentielle.

Résultat : **les PH sont des agents non titulaires de l'Etat** les exposant actuellement à tous les risques de précarisation et de perte d'indépendance professionnelle.

Le second point d'achoppement a été l'introduction des deux demi-journées d'activité privée auxquelles l'UFMICT était absolument hostile, la considérant comme une atteinte au service public. Par la suite, le constat a pu être fait de tous les dérapages que cette

concession aux syndicats corporatistes a entraînés.

**Par contre, nous avons obtenu l'introduction dans le statut :**

- ◆ du congé formation ;
- ◆ des droits syndicaux (ce qui m'a permis d'obtenir un détachement à mi-temps pour l'UFMICT) ;
- ◆ la cotisation à l'IRCANTEC sur la totalité du salaire (jusque-là la cotisation n'était que sur la moitié).

**Dans les années qui ont suivi, on a vu :**

- ◆ la création du statut à temps partiel ;
- ◆ l'augmentation du taux de cotisation à l'IRCANTEC, en même temps que la baisse des retraites ;
- ◆ le développement abusif des activités privées à l'hôpital ;
- ◆ Enfin, les deux plus graves menaces qui constituent une vraie mise en pièces du statut : **l'intégration d'une part variable dans le salaire et le rôle du directeur dans le recrutement.**

Alors que le statut de 1984 garantissait la stabilité et l'indépendance professionnelle des PH, dans le cadre de la démocratisation du service public hospitalier de notre pays, **les projets du gouvernement, s'ils se concrétisaient, entraîneraient un grave recul démocratique.** Recul contre lequel il est urgent de lutter de toutes nos forces en informant le maximum de collègues des risques qu'entraînerait la destruction de leur statut.

*Dr Odette Waks  
Psychiatre retraitée*

## Le statut actuel de praticien hospitalier : Protection, carcan ou bonne base à améliorer ?

**A** vant 1984, deux statuts se partageaient les postes hospitaliers permanents : celui de chef de service, et celui d'assistant-adjoint.

En 1984, création du statut de praticien hospitalier, largement et âprement discuté. 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 troisième volet important de ce statut est l'embryon de **définition du contenu et du temps de travail**.

<i>Les avancées du statut de PH</i>		<i>Ce qui n'a pas été obtenu ou a mal évolué</i>
Le statut national unique garantit une équité de traitement entre les praticiens de tout le service public hospitalier.	<b>Unicité du statut</b>	Différents statuts « complémentaires » ont émergé au fil du temps : PAC, attaché, PHC, associé, assistant ...
Le statut permet de garantir une indépendance dans le recrutement, les nominations et les affectations.	<b>Indépendance</b>	
La dissociation entre le grade (statut unique de PH) et la fonction (responsabilités) est une garantie d'indépendance et permet un déroulement de carrière, dans tous les cas.		
Le concours d'entrée favorise la compétence et limite la cooptation.	<b>Recrutement et nomination</b>	Le statut et le concours peinent à s'adapter aux nouveaux métiers (urgences, gériatrie...). La procédure d'attribution des postes vacants ne se fait pas selon une procédure statutaire nationale et laisse prise à la cooptation.





<i>Les avancées du statut de PH</i>		<i>Ce qui n'a pas été obtenu ou a mal évolué</i>
<p>Une durée maximale de service est définie à 48 heures par semaine, ou dix demi-journées.</p>	<b>Temps de travail</b>	<p>La pénibilité de certains métiers (postés) n'est pas prise en compte. Les tableaux de service (quand ils existent) n'intègrent pas ni temps réel travaillé, ni les activités non cliniques et non techniques. Les heures supplémentaires ou le temps additionnel ne sont pas clairement définis. La permanence des soins n'est pas clairement définie, ni reconnue. La réduction du temps de travail s'est soldée par l'attribution de RTT inutilisables, à l'origine d'une catastrophe financière.</p>
<p>Une carrière indiciaire (échelons) automatique et dissociée des responsabilités permet un déroulement minimal.</p>	<b>Carrière et salaire</b>	
<p>La grille de salaires unique permet d'éviter toute modulation en fonction de l'activité et représente une garantie d'indépendance.</p>		<p>Il n'y a pas de possibilité de valoriser un poste selon sa pénibilité ou son expertise.</p>
<p>La grille de salaires spécifique à ce statut permet un meilleur déroulement que le statut de fonctionnaire.</p>		<p>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).</p>
<p>Le statut unique permet le rattachement à une caisse de retraite (IRCANTEC).</p>		<p>Les PH « temps partiels et les universitaires » ne cotisent que sur une part (70%) de leur salaire réel. Par ailleurs, la réforme de la caisse de 2008 a entraîné une diminution du montant de la pension qui, à terme, atteindra 25 % pour les plus jeunes.</p>
<p>Des activités sont permises en dehors du service, permettant de créer des réseaux.</p>	<b>Activités</b>	
<p>Une part du service peut être consacrée à des activités d'intérêt général (2 demi-journées).</p>		
<p>Le statut garantit une stabilité permettant de développer des activités sur le long terme.</p>		
<p>La formation continue est un devoir, mais aussi un droit inscrit dans le statut.</p>	<b>Formation</b>	<p>Le financement de la formation continue est embryonnaire (laissant la part belle aux firmes pharmaceutiques).</p>
<p>L'activité syndicale et la représentation des praticiens dans les instances, sont reconnues.</p>	<b>Droit syndical</b>	<p>Les règles de représentativité sont arbitraires et peu claires.</p>



Différents aspects ont été progressivement accentués ou gommés par les pratiques, par la nécessité de répondre à des besoins urgents : création de statuts « inférieurs », temporaires à vocation malheureusement pérenne (associé, attaché, contractuel, 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.

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. Enfin, pour d'autres encore, il a été une protection motrice. Dans tous les cas, il a permis à des générations de praticiens une carrière préservant indépendance et équité.

Vingt-huit ans après, correspond-il encore à la fois aux besoins des praticiens comme à ceux du service public hospitalier ?

Il nécessite évidemment de s'adapter aux évolutions des structures et des métiers de médecin de l'hôpital public.

La réponse gouvernementale, appuyée sur le rapport About (2010), le rapport Toupillier (2011), et bien sûr la loi HPST, est toute autre : sous prétexte de répondre à une crise d'attractivité de l'hôpital, elle organise le démontage méthodique du statut actuel, elle introduit de nombreux éléments de précarisation, elle déstructure le rapport au travail en introduisant la notion de performance, elle détruit l'équité de traitement des praticiens, enfin aliène leur indépendance.

*Dr Christian GUY-COICHARD  
Hôpital Saint-Antoine, Paris*

# Halte aux statuts précaires

Faisant fonction d'interne, assistant généraliste, assistant spécialiste, assistant associé généraliste ou spécialiste, praticien attaché, praticien contractuel, praticien contractuel associé, praticien clinicien, médecin rémunéré à la vacation sans statut ou contrat...

Au fil du temps, les statuts précaires se sont démultipliés pour mieux exploiter et mettre à mal le statut de Praticien Hospitalier. Aujourd'hui, l'attractivité de l'hôpital public passe par la défense d'un statut de Praticien Hospitalier de qualité, mais aussi par une réduction du nombre des statuts alternatifs et surtout des règles de recours à de tels statuts plus strictes.

Par exemple, le **statut d'assistant**, semble justifié au sein d'un centre universitaire dans le cadre d'une formation complémentaire permettant, notamment, d'accéder au statut d'enseignant, mais comment expliquer sa démultiplication au sein de nos CHG et hôpitaux locaux, si ce n'est pour maintenir le jeune médecin dans un statut sous rémunéré et précaire ?... Pour ceux qui justifient par la nécessité de mise à l'épreuve des praticiens, avant leur recrutement sur un poste stable, le statut de PH prévoit déjà une **phase probatoire** d'une année éventuellement renouvelable. Cette période de deux ans est largement suffisante pour apprécier les qualités professionnelles d'un praticien. Quel

autre professionnel se voit ainsi imposer 8 années de période d'essai, et même parfois plus de 15 ans, lorsque les établissements ont recours au statut contractuel à l'issue de l'assistantat ?

Concernant les médecins « **associés** », la CGT ne peut accepter plus longtemps le détournement des cerveaux issus de pays en voie de développement et surtout l'exploitation à moindre coût de ces étrangers. **Un statut limité dans le temps** doit être accordé aux médecins « hors UE » en formation, l'internat ou l'assistantat répondent parfaitement à cette situation. Néanmoins, si certains médecins à diplôme hors UE souhaitent s'installer en France, il doit-être possible de les accueillir en ouvrant, au moins annuellement, un concours ad hoc et une liste d'aptitude complémentaire aux fonctions de PH en tenant compte de la démographie médicale de chaque spécialité. De toutes façons, à travail égal, salaire égal, il faut donc mettre fin aux statuts « associés » discriminatoires.

Rien ne justifie, aujourd'hui, le maintien du statut de **praticien attaché**, ces derniers pouvant facilement intégrer le statut et la grille salariale des PH, au prorata de l'activité pour les temps partiels, qui doit désormais être possible entre 1 et 10 demi-journées hebdomadaires.

Enfin, le statut de **praticien contractuel** peut permettre de fusionner l'ensemble des autres statuts précaires (contractuels, cliniciens, vacataires, associés...).

Il ne doit plus être utilisé à pourvoir durablement des emplois permanents, mais répondre exclusivement à des missions temporaires, dont la durée ne peut excéder au total 2 ans. Le non renouvellement d'un CDD, ou la non titularisation en tant que PH, à l'issue de 2 années d'exercice doit, à l'avenir, être justifié par écrit à l'intéressé au plus tard 1 mois avant le terme de son contrat. La grille de salaires de PH doit être appliquée à ces contrats avec reprise systématique de l'ancienneté.

**Pour résumer, la CGT exige :**

◆ **que le statut de Praticien Hospitalier soit la règle de l'emploi des médecins hospitaliers ;**

◆ **que les statuts de médecins en formation soient limités aux praticiens réellement en formation sur des postes validés par le CHRU ;**

◆ **que le recours aux CDD soit restreint ;**

◆ **que les différences de rémunération, en fonction des origines, soient supprimées.**

Dr Yves Laybros

Représentant CGT à l'ARS d'Ile-de-France

## Bulletin de contact

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Etablissement (nom et adresse) : \_\_\_\_\_

prendre contact  me syndiquer



A retourner :

Fédération CGT Santé Action Sociale - Secteur Qualité de vie syndicale  
263 rue de Paris - Case 538 - 93515 MONTREUIL CEDEX - orga@sante.cgt.fr

