



ALLIANCE HÔPITAL
SNAM-HP & CMH

Lettre Spéciale Décembre 2021

Attractivité des praticiens à l'hôpital public : des réformes insuffisantes compte tenu des enjeux

Toutes les Disciplines, Tous les statuts

Pour la défense de l'hôpital public et des praticiens qui y exercent



Syndicat National des Médecins, Chirurgiens,
Spécialistes, Biologistes et Pharmaciens des
Hôpitaux Publics



Alliance-Hôpital SNAM-HP & CMH
15, rue Ferdinand DUVAL – 75 004 PARIS
www.alliance-hopital.org

Dernière minute : la publication des décrets portant réforme des statuts et des conditions d'exercice des personnels médicaux en établissement public de santé, à savoir :

- un Décret créant un statut unique de praticien hospitalier (PH) rénové, par fusion des statuts de PH temps plein et de praticien des hôpitaux à temps partiel ;
- un Décret créant un statut unique de praticien contractuel, se substituant aux trois statuts actuels de praticien attaché, praticien contractuel et praticien clinicien ;
- un Décret portant dispositions communes aux personnels médicaux et créant de nouvelles règles : reconnaissance des valences non cliniques, création d'un entretien professionnel annuel avec le chef de service, simplification des possibilités d'exercice mixte ville-hôpital, clause de non-concurrence en cas de démission ou départ de l'hôpital ou en cas d'exercice mixte ;
- un Décret permettant d'assouplir certaines conditions d'exercice d'une activité libérale au sein des établissements publics de santé.

Prévue début janvier, la publication est retardée à la fin janvier, début février. Notre mobilisation doit rester entière.

Statut des praticiens :

Pour les PH titulaires : Nous avons été favorables à la fusion des statuts de PHTP et des PHT partiel et à la création d'un statut unique de Praticien Hospitalier. Cependant si la modulation possible de la quotité de temps de travail, entre 50 et 100%, apporte plus de souplesse nous avons exprimé à plusieurs reprises notre désaccord sur les modalités de modification de cette quotité qui pourra être conditionnée aux besoins du projet médical : c'est extrêmement dangereux ! Il s'agit là d'une précarisation du statut de PH, en totale contradiction avec la volonté affichée de favoriser l'attractivité.

Voir la fiche de la DGOS :

La quotité d'exercice du PH sera comprise entre 50% et 100%.

Les changements de quotités de temps de travail doivent s'inscrire dans une gestion prévisionnelle et être discutés de manière privilégiée lors de l'entretien professionnel annuel du praticien avec le chef de service, afin de concilier les enjeux d'organisation des activités et des équipes médicales avec la souplesse du statut unique de PH, qui vise à mieux répondre aux aspirations et aux projets individuels des praticiens.

Également à mettre en regard de cette réforme du statut de PH, l'aspect disciplinaire :

les fonctions de police du directeur lui permettent actuellement de suspendre sans contrôle un praticien : il faut rééquilibrer cela en local par un avis de la CME et en régional en renforçant le **rôle**

des CRP (Commissions Régionales Paritaires) par la création d'une « cellule » d'urgence pour gérer ces cas difficiles sans délai et ne pas laisser l'arbitraire directorial s'exercer localement. D'un point de vue plus général, le lien avec la conciliation régionale voire nationale doit être renforcé et il faut mieux garantir le débat contradictoire et la défense du praticien pour les sanctions de premier niveau.

Bien sûr reste encore à **diminuer la durée de la carrière** qui est aujourd'hui trop longue d'au **moins 4 ans** avec le passif de la suppression des premiers échelons dont les praticiens en exercice n'ont pas bénéficié, et à **prendre en compte la 5^{ème} plage de travail** et à **revaloriser les gardes**, nos demandes depuis de nombreuses années, éléments importants dans l'attractivité.

Pour les praticiens hospitaliers et universitaires :

Lors de la signature du protocole d'accord de juillet 2012 le Ministre et son cabinet avaient pris l'engagement suivant :

« Pour les HU un travail sera engagé, en lien avec le MESRI, sur un réaménagement de la grille des échelons concernant la valence hospitalière, et une attention particulière sera portée dans le cadre de la réforme des retraites, à la situation des personnels HU et particulièrement les questions relatives :

- *à la durée de cotisation et l'exclusion aujourd'hui des services hospitaliers réalisés avant la nomination en qualité de HU*
- *à la prise en compte dans l'assiette des émoluments et des indemnités perçues au titre de l'exercice hospitalier*
- *au renforcement du dispositif d'abondement des plans d'épargne-retraite par leur établissement prévu par le décret n°2007-527 du 5 avril 2007 »*

Force est de constater que nous sommes loin du compte dans les 4 axes travaillés pour réviser le statut des HU dans le cadre de la commission Morlat :

Axe 1 : mieux accompagner la préparation aux concours et l'entrée dans la carrière HU

Axe 2 : aménager et valoriser la mission globale d'enseignement recherche et de soins des personnels HU

Axe 3 : conforter l'engagement dans la carrière HU et assouplir le cadre statutaire d'exercice

Axe 4 : renforcer l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes

Échelons hospitaliers des HU

En plus de la suppression d'échelons en début de carrière (2 pour les MCUPH et 1 pour les PUPH) et le rajout d'échelons en fin de carrière (2 pour les MCUPH et 1 pour les PUPH), nous nous continuons de demander un relèvement de l'ensemble des échelons afin de ne pas léser injustement les HU en milieu de carrière.

Primes spécifiques des HU

L'engagement important des praticiens hospitalo-universitaires tant dans les fonctions pédagogiques que dans les activités de recherche justifie que la prime d'enseignement supérieur et de recherche (PESR) soit valorisée à son juste niveau et ne soit pas inférieure à celle qui est attribuée aux collègues universitaires.

Prise en compte du début de carrière des HU :

La mobilité exigée dans le cursus devrait être prise en compte intégralement tout en renforçant et intégrant l'année recherche dans l'internat.

L'intégralité de l'ancienneté hospitalière depuis l'externat et stages à l'étranger compris doit être reprise automatiquement par le CNG

Droits Sociaux des HU

Les HU doivent avoir accès à des droits sociaux légitimes eu égard à leur statut (congés, absences, missions, temps partiel), et bénéficier d'un suivi de carrière adapté et d'une prévoyance digne de ce nom avec une couverture assurance-maladie complète.

Retraites des HU

Alors que le relèvement du taux d'abondement hospitalier au PERP n'a été porté qu'à 12% du brut annuel au lieu des 15% demandés, nous demandons à ce qu'en respect des textes en vigueur, l'ensemble des émoluments (primes, gardes, astreintes...) soit intégré dans le calcul de l'abondement et non pas le seul traitement indiciaire. La possibilité de rachat des services auxiliaires supprimée depuis 2015 devrait être rétablie pour tous les HU ainsi que l'accès au PER qui a été supprimé par la loi Pacte en 2020

Pour les nouveaux PH contractuels (NPC) : le niveau de rémunération proposé pour les NPC recrutés sur des exercices mixtes et sur des quotités de travail limitées (inférieures ou égales à 40%) est non seulement trop bas mais il est quasiment humiliant et l'objectif de développer les exercices mixtes et les coopérations ville-hôpital risque de ne pas être atteint avec une rémunération plancher à 19 698,38 € brut annuel pour 40% de temps (équivalant à environ 3200 € net par mois en temps plein).

Pour la permanence des soins (PDS), la 5^{ème} plage n'est toujours pas reconnue et les gardes n'ont pas été revalorisées depuis de nombreuses années.

Pour la prime de solidarité territoriale PTS : même si les montants proposés peuvent sembler acceptables (1441 €/24h, 1575 € le samedi et 1700 € le dimanche), elle est attribuée pour des activités en sus des obligations de service, ce qui étant donné la charge de travail actuelle semble peu réaliste. La politique de primes ne peut remplacer la politique RH !

Pour les primes de prise de responsabilités CdS, CdP, PCME, PCMG : sans vouloir souligner le fait que 200 € brut par mois pour les CdS c'est peu au regard du temps et de l'énergie que cela demande, il faut préciser que les responsables d'UF ont été oubliés et que de nombreux services ont été transformés en UF suite à des réorganisations en pôle ou en départements et que d'anciens CdS devenus responsables d'Unité vont trouver cela injuste.

Nous ne reviendrons pas sur la **gouvernance hospitalière**, avec le lobbying très efficace des directeurs pour minimiser l'impact de cette réforme.

Certification périodique :

Les raisons pour lesquelles les médecins hospitaliers sont nombreux à suivre des actions de FMC mais ne s'inscrivent que marginalement à des programmes de DPC sont principalement les suivantes :

- Le financement dont ils peuvent bénéficier est insuffisant pour les deux types d'action
- Les orientations nationales prioritaires du DPC, déclinées par spécialité médicale, correspondent mal avec leur exercice professionnel notamment pour les thématiques frontières entre plusieurs disciplines médicales : nutrition, douleur, santé sexuelle....
- Ils participent déjà activement aux démarches liées à la certification de leur établissement de santé qui correspondent davantage à leur mode d'exercice collectif et transversal, pluriprofessionnel et pluridisciplinaire
- Les problèmes de démographie médicale, la charge de travail qui en résulte, et les contraintes liées à la permanence des soins constituent un obstacle supplémentaire

Nous demandons que soient prises en compte les démarches qualité réalisées par les praticiens dans le cadre de la certification de leur établissement de santé au titre de leur obligation individuelle de certification, notamment en établissant des équivalences comme c'est déjà le cas pour certaines disciplines. Par ailleurs il faudra élargir très sensiblement les thèmes retenus comme orientations prioritaires nationales du DPC afin que tous les domaines d'exercice des médecins hospitaliers soient accessibles dans les référentiels définis par les conseils nationaux professionnels (CNP).

Réforme de la tarification des urgences :

La nouvelle tarification se fait au détriment des urgences pédiatriques :

*Les tarifs décidés sont de 27,9 € pour les soins à des enfants de moins de 16 ans, 35,74 € pour des soins à des patients de 16 à 44 ans, 41,73 € pour des soins à des patients de 45 à 74 ans et 50,02 € si le patient a 75 ans ou plus. Les **soins aux plus jeunes coûteraient moins cher que des soins équivalents aux plus âgés**. En d'autres termes, à sévérité égale, une consultation pour une fièvre, un traumatisme aigu ou un problème respiratoire chez un patient de 52 ans donnera une contrepartie financière 50% plus élevée que chez un enfant de 3 ans.)*

Plus généralement le **financement de l'hôpital public** reste en deçà des besoins malgré un ONDAM à 4,1% en 2021, qui ne compense pas le sous-financement chronique de ces dernières années. De plus pour l'après 2022, il déjà est prévu de retourner aux évolutions de l'ONDAM d'avant la crise soit environ 2,4% et donc de continuer à la pression financière sur l'hôpital public.