

STATUT DE LA SAGE-FEMME HOSPITALIÈRE - 2014

Collectif des Sages-Femmes

SOMMAIRE

—

INTRODUCTION

I - LA POSITION ACTUELLE DES SAGES-FEMMES HOSPITALIÈRES

II - LES LIMITES DU STATUT ACTUEL POUR LES SAGES-FEMMES

- A - La gestion des postes
- B - La formation médicale continue
- C - L'enseignement et la recherche
- D - Focus sur les professions intermédiaires

III - LE STATUT DE PRATICIEN HOSPITALIER POUR LES SAGES-FEMMES

- A - Le statut des personnels médicaux hospitaliers
- B - Le service public
- C - La reconnaissance médicale
- D - L'autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle
- E - La formation médicale continue
- F - L'enseignement et la recherche
- G - L'organisation du travail et postes
- H - La représentativité
- I - La rémunération

CONCLUSION

REFERENCES

ANNEXES

- Exemple de l'intégration des pharmaciens au statut de Praticien Hospitalier

INTRODUCTION

Contexte

Le Code de la Santé Publique définit les sages-femmes comme profession médicale, au côté des médecins et des chirurgiens-dentistes.

Le service hospitalier a été créé en 1970, les statuts hospitaliers datent des années 1980.

Le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) et le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) ont élaboré des documents en 2010 (Quelle est la place des sages-femmes dans le parcours de soins ?) et 2011 (Réflexions sur l'évolution du statut de la sage-femme hospitalière), qui expliquent et argumentent l'évolution et la projection de la profession, avec l'intégration des sages-femmes dans le statut de praticien hospitalier.

Au 1er janvier 2013, sur 20 235 sages-femmes en exercice, 10 881 sont salariées d'un établissement public de santé⁽²⁾.

Une évolution statutaire pour ces dernières est attendue depuis des années.

En 2001 déjà, lors d'un mouvement de grève national, les sages-femmes avaient revendiqué l'accès au seul statut médical existant. L'entrée dans la formation de sage-femme via la PCEM1 avait été actée afin que soit envisagé ensuite ce changement statutaire.

En 2009, avec l'élargissement des compétences en gynécologie, les sages-femmes pensaient obtenir une valorisation statutaire.

Le 28 novembre 2013, l'expérimentation des maisons de naissance est votée⁽³⁾.

Il devient urgent de régler cette question statutaire afin que la profession ait une réelle reconnaissance de sa spécificité médicale.

La profession de sage-femme est une profession médicale : nous devons être employés à l'hôpital en tant que professionnels médicaux.

Rappel de l'Article L4151-1 du Code de Santé la Publique

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L.4151-2 à L.4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L.4127-1.

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut également comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret.

Les sages-femmes font appel à un médecin en cas de pathologie : «En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques».⁽⁴⁾

CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE	PREMIÈRE PARTIE Conditions générales
	DEUXIÈME PARTIE Santé de la famille, de la mère et de l'enfant (4 livres)
	TROISIÈME PARTIE Lutte contre les maladies et dépendances
	QUATRIÈME PARTIE Livre 1 : Professions médicales Titre 3 : Médecins Titre 4 : Chirurgiens-Dentistes Titre 5 : Sages-Femmes Livre 2 : Pharmaciens Livre 3 : Auxiliaires médicaux
	CINQUIÈME PARTIE Produits de santé

LA POSITION ACTUELLE DES SAGES-FEMMES HOSPITALIÈRES

Notre statut à l'hôpital est un statut particulier depuis 1989, décrit dans le titre IV du Code de la Fonction Publique (FP). La Fonction Publique Hospitalière (FPH)⁽⁵⁾, comprend les personnels hospitaliers non médicaux : « *La fonction publique hospitalière, telle que la définit la loi du 9 janvier 1986, concerne aujourd'hui un peu plus d'un million d'agents. Elle regroupe, à l'exception du personnel médical (médecins, biologistes, pharmaciens et orthodontistes), l'ensemble des emplois des établissements. La répartition par grandes filières met en évidence le poids considérable des personnels soignants et rééducateurs : infirmiers et infirmiers spécialisés, des aides soignants et, dans une moindre mesure, des rééducateurs (diététiciens, masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens,...). Ces personnels, avec les deux tiers des agents, représentent la ressource humaine non médicale par excellence de l'hôpital public.* »⁽⁴⁾

Le rapport annuel de 2012 de la Direction Générale de l'Administration de la Fonction Publique (DGAFFP) indique qu'il y a 1,110 millions agents dans la FPH⁽⁶⁾, dont à peine plus de 10 000 sages-femmes. ⁽²⁾

Parallèlement, il est relevé une proportion de plus en plus importante d'établissements où la Direction des Soins souhaite gérer également les équipes de sages-femmes. La définition de la profession selon le Code de la Santé Publique conduirait logiquement à une gestion par le bureau des affaires médicales. Une circulaire rédigée le 3 mai 2002 confirmait cette position⁽⁷⁾. Mais une circulaire n'a aucune valeur de contrainte juridique et les établissements sont de plus en plus nombreux à s'en affranchir.

Rappel: « *Tout fonctionnaire doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.* » selon l'article 28 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

FONCTION PUBLIQUE

Régie par 4 textes de Lois = titres

Statut général

Titre I

Dispositions générales pour tous

5,3 millions de fonctionnaires

Fonction publique d'état

Titre II

Services ministériels
Directions départementales
Rectorats
Enseignants
(universités, lycées, collèges)
Personnels médicaux et scientifiques

2,4 millions de personnes

Fonction publique territoriale

Titre III

Collectivités territoriales
Structures intercommunales
PMI

1,8 millions de personnes

Fonction publique hospitalière

Titre IV

Personnel non-médical des hôpitaux,
des maisons de retraites, de l'ASE,
des établissements pour handicapés
-
Techniciens
Administratifs
Paramédicaux

1,1 millions de personnes

Parce-que nous sommes dans la fonction publique hospitalière, nous n'appartenons pas à la catégorie des personnels médicaux : notre positionnement médical, nos compétences médicales et nos rôles dans l'organisation de la prise en charge des grossesses à bas risque sont ainsi niés et non reconnus, y compris par notre Ministère de tutelle.

II

-

LES LIMITES DU STATUT ACTUEL POUR LES SAGES-FEMMES

La transposition à l'hôpital de la spécificité médicale de la profession de sage-femme doit se traduire par sa sortie de ce cadre législatif inadapté et son intégration dans la catégorie des personnels médicaux hospitaliers.

La profession de sage-femme est une profession médicale : nous devons être employés à l'hôpital en tant que professionnels médicaux. Le paradoxe juridique, dans lequel nous nous trouvons, entre la définition de notre profession et notre cadre d'emploi à l'hôpital, dépasse tout clivage politique et les considérations de chacun. Ceci constitue une inégalité vis à vis des autres professions médicales.

A - La gestion des postes

Actuellement, les postes de sages-femmes sont, d'un point de vue budgétaire, gérés au sein de pôles dans la catégorie du personnel non médical. Cette gestion globale administrative ne permet pas une gestion particulière des sages-femmes. La négociation des nouveaux postes ou le calcul du nombre de CDD alloué sont mis en concurrence face aux besoins des autres catégories professionnelles. L'arbitrage peut être le fruit de longues négociations au cours desquelles il faut sans cesse rappeler la spécificité médicale de notre profession. **Une gestion dans la catégorie des personnels médicaux est cohérente avec la garantie d'une sécurité tant pour les patientes que pour les sages-femmes.**

L'invisibilité de la profession et de son volume d'activité, les salaires plafonnés à niveau Bac+3, le non respect de leur Code de Déontologie, la restriction de leur exercice dans sa globalité et sa diversité, car la pratique de certains actes (la consultation, l'échographie, l'acupuncture...) dépend de la volonté du chef de service. **Il est inacceptable que l'exercice d'une profession médicale puisse dépendre du bon vouloir d'une autre.**

La Fonction Publique hospitalière inscrit les sages-femmes dans un système de double hiérarchie : intra-professionnelle, via les sages-femmes cadre/cadre supérieure, et extra-professionnelle, via les instances administratives hospitalières.

B - La formation médicale continue

Concernant la formation médicale continue, ou Développement Professionnel Continu (DPC), les sages-femmes se heurtent à des difficultés majeures. Elles sont intégrées au plan de formation des personnels de l'établissement : financement sur les fonds des personnels non médicaux. On observe une disproportion importante entre l'ensemble des personnels non médicaux et la profession de sage-femme.

Dans le système actuel, les sages-femmes bénéficient du Droit Individuel à la Formation (DIF) fixé à 20h annuelles (2 jours et demi). Or les formations utiles aux professionnels médicaux nécessitent plusieurs semaines d'enseignement théorique (et parfois de stage), tout comme nombre de formations universitaires complémentaires. Au final, les sages-femmes sont contraintes de se former sur leur temps de repos.

C - L'enseignement et la recherche

L'entrée de la formation initiale des sages-femmes dans le nouveau système européen d'organisation des diplômes (Licence-Master-Doctorat), l'évolution annoncée de l'intégration des structures de formation au sein de composantes universitaires, nécessitent qu'un regard actualisé soit porté sur le statut des enseignants sages-femmes. Les titulaires d'un doctorat qui assurent les missions de formation et de soins doivent pouvoir accéder dès aujourd'hui au corps enseignant de l'enseignement supérieur de la fonction publique de l'état et conserver une activité clinique tel que le préconisait l'IGAS dans son rapport de 2008 ⁽⁸⁾.

L'enseignement, théorique et pratique, assuré aux étudiants en maïeutique n'est pas comptabilisé dans les temps de travail. Il ne l'est pas non plus pour les sages-femmes lorsqu'elles assurent le tutorat de ceux-ci au cours de leurs stages.

A ce jour, pour assurer des cours théoriques auprès des étudiants, les cliniciens qui souhaitent enseigner doivent obtenir l'autorisation de leur hiérarchie pour un cumul d'exercice, cumul qui est assuré sur leur temps de repos (CA, RTT, jours de repos). D'autre part, le statut actuel des sages-femmes enseignantes ne permet pas de conserver une activité clinique cumulée. Pour exemple, les sages-femmes enseignantes de Marseille, seule école universitaire de maïeutique, ont ainsi été placées en disponibilité de la FPH (dans un statut précarisé), sans possibilité d'exercer une activité clinique parallèle.

Certaines sages-femmes enseignantes sont titulaires de masters ou de doctorats : chargées de l'enseignement et/ou de la co-direction de travaux de recherche des étudiants dans leur domaine de compétence, elles ne constatent pourtant aucune reconnaissance par leurs pairs médicaux (publications, carrière hospitalo-universitaire).

Des articles issus de mémoires d'étudiants sages-femmes ont fait l'objet de publications, sans individualisation du travail effectué dans le cadre de la formation de sage-femme, avec un corps enseignant impliqué et attentif à la qualité des mémoires réalisés et à valoriser les travaux de recherche des étudiants. Toutefois ces professionnels disposent de compétences à partager avec le monde universitaire : l'expérience et l'expertise de la formation clinique, du tutorat clinique, de l'apprentissage progressif d'une profession.

La création d'une filière universitaire sage-femme est un challenge pour la profession, pour les universités, pour la collectivité régionale, nationale et internationale. **Elle impose aux acteurs en présence de réussir à transformer une formation spécifique (jusqu'à présent très ancrée dans l'hôpital et l'insertion professionnelle) en un cursus résolument tourné vers l'université.**

D - Focus sur les professions intermédiaires

Ici sont retranscrits quelques extraits de différents documents de travail et rapports.

Le «Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire» mené par le Pr Berland⁽⁹⁾, et paru en 2011, préconise la création de nouveaux métiers en santé et au service de la santé.

Les futurs nouveaux métiers en santé devront obéir, selon ses recommandations, à quelques principes incontournables:

- ◆ Ils seront construits à partir des métiers paramédicaux d'aujourd'hui
- ◆ Ils ne seront pas redondants avec un métier existant
- ◆ Ils devront correspondre à un mode d'exercice professionnel et des responsabilités identifiées
- ◆ Ils auront vocation à constituer à terme des professions médicales à compétence définie par transfert de compétences (IADE, IBODE, infirmière clinicienne).

La note du conseil d'analyse stratégique « Les coopérations entre professionnels de santé » (décembre 2011)⁽⁹⁾, propose par exemple de positionner les infirmiers en pratique avancée dans deux secteurs d'intervention :

- ◆ Les soins « courants » dits de première ligne : prévention, diagnostic, traitement (soins pour plaies, traumatismes légers, vaccination) et orientation
- ◆ La prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques : conseil, accompagnement et éducation thérapeutique, analyse des examens de contrôle et réajustement des thérapeutiques

En Juin 2013, le rapport Cordier précise⁽¹⁰⁾ :

Et nombreux sont les observateurs à souligner l'absence de formation intermédiaire dans le monde de santé entre bac + 3 et bac + 10, mise à part la brillante exception des sages-femmes. [...]. Il est urgent d'offrir des perspectives plus diversifiées au-delà de l'exercice du seul métier socle :

- ◆ *construire notamment autour des spécialisations et des professionnels paramédicaux en pratique avancée sur le champ des soins de santé primaires, une offre de prise en charge renouvelée au service de la médecine de parcours.*
- ◆ *Privilégier l'accès aux nouveaux métiers par la voie de la formation continue et de la VAE plutôt que de la formation initiale, compte tenu des besoins en métier socle.*

Enfin, en décembre 2012, le Pacte territoire santé prévoit⁽¹¹⁾, parmi 12 engagements, de transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé

- ◆ engagement 5 : développer le travail en équipe,
- ◆ engagement 6 : rapprocher les maisons de santé des universités,
- ◆ engagement 8 : accélérer les transferts de compétences.

Ces brefs extraits éclaircissent le risque pour la profession de sage-femme d'être incorporée dans un corps de professions intermédiaires dans les années à venir, et d'avoir plus de difficultés encore à faire reconnaître sa spécificité médicale.

III

-

LE STATUT DE PRATICIEN HOSPITALIER POUR LES SAGES-FEMMES

A - Le statut des personnels médicaux hospitaliers

Le praticien hospitalier est un agent public nommé à titre permanent dans les hôpitaux publics.

«Les praticiens hospitaliers assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par les établissements publics de santé. Ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.»

Il existe deux statuts de praticiens exerçant à titre permanent :

- ◆ d'une part les praticiens hospitaliers à temps plein : l'expression «temps plein» signifie qu'ils consacrent la totalité de leur temps de travail à l'hôpital public, sans pouvoir avoir d'activité libérale.
- ◆ d'autre part les praticiens hospitaliers à temps partiel, qui peuvent poursuivre en outre une activité libérale.

Il existe également des statuts de praticiens recrutés à titre temporaire :

- ◆ Les praticiens contractuels,
- ◆ Les assistants des hôpitaux et les assistants associés,
- ◆ Les assistants des hôpitaux et les assistants associés

Dans les faits, leur statut est proche de celui d'un fonctionnaire, toutefois les lois et règlements du statut général de la fonction publique ne leur sont pas applicables. Ils bénéficient d'une forme de « garantie d'emploi » car ils peuvent être placés « en recherche d'affectation » auprès du centre national de gestion (CNG) s'il est mis fin à leur emploi par un établissement de santé.

Le statut de Praticien Hospitalier (PH) est un statut de personnel médical et pharmaceutique.

B - Le service public

Tous les personnels hospitaliers, médicaux et non-médicaux ont une mission de service public. «L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs missions de service public garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions :

- 1 - L'égal accès à des soins de qualité,
- 2 - La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution,
- 3 - La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative

Les obligations qui incombent à un établissement de santé s'imposent également à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou plusieurs des missions de service public.»⁽¹²⁾

Le Code de la Santé Publique fixe (article L6112-1) 14 missions de service public hospitalier recouvrant :

- 1° La permanence des soins ;
- 2° La prise en charge des soins palliatifs ;
- 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- 4° La recherche ;
- 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- 10° Les actions de santé publique ;
- 11° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- 13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- 14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

C - La reconnaissance médicale

Le statut de praticien hospitalier comporte une partie législative commune à toutes les professions, avec des modalités d'application, via des décrets, qui permettent d'adapter le statut en fonction de la profession (c'est le cas pour les pharmaciens et les odontologistes).

La loi HPST a instauré la mise en place du Directoire au sein des établissements de santé (composé de 7 membres dans les centres hospitaliers et de 9 dans les centres hospitaliers universitaires). Est prévu dans ce cadre la nomination par le directeur de l'établissement d'une majorité de membres «appartenant au personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique»⁽¹³⁾. Dans les faits, les sages-femmes y sont rarement nommées.

Les Commissions Médicales d'Établissements comptent, elles aussi, des représentants de tous les personnels médicaux des hôpitaux, dont les sages-femmes.

Nous devons participer activement aux réflexions :

- ◆ sur l'organisation d'unités physiologiques de maïeutique au sein des établissements de santé (privés et publics), concernant les femmes enceintes présentant des grossesses dites «à bas risque».
- ◆ sur l'organisation la plus efficiente possible des services d'obstétrique, pour que les femmes présentant des grossesses pathologiques bénéficient du fruit de la collaboration médicale efficace entre les obstétriciens, anesthésistes, pédiatres et sages-femmes.

Or, l'organisation et la gestion en toute autonomie de ces nouvelles structures, que l'on peut appeler 1er recours à l'hôpital, passe par le statut de praticien hospitalier car dans les textes, les praticiens hospitaliers « *participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions* » (Art. R. 6152-2).

L'exigence des sages-femmes d'être praticiens de 1er recours dans le parcours de santé des femmes, en ville comme à l'hôpital, passe par une réelle représentativité dans les instances de gouvernance hospitalière.

La notion d'autorité fonctionnelle est relativement récente. Elle s'est construite par opposition à l'autorité hiérarchique.

L'autorité hiérarchique est bien définie dans le statut des fonctionnaires. Les directeurs d'hôpitaux ont autorité hiérarchique sur l'ensemble du personnel non médical (et ce, depuis les années 40).

Les directeurs généraux de CHU sont nommés en conseil des ministres par décret du ministre de la Santé et du ministre de l'Université et de la Recherche; les directeurs de Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) sont également nommés en conseil des ministres mais par décret du ministre de la santé, pour les autres établissements de santé publics par arrêté du directeur général du centre national de gestion (CNG) qui nomme aussi les directeurs adjoints et les directeurs de soins.

À l'hôpital, l'autorité fonctionnelle a fait son apparition avec la nouvelle gouvernance en 2004, réaffirmée par la loi HPST : « le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médicotechnique met en oeuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement.

Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme»

Le directeur nomme et sanctionne les fonctionnaires non médicaux de son établissement. Il nomme aussi les cadres des services médicaux. Il nomme également les chefs de pôle. Ce chef de pôle est alors placé dans une ligne hiérarchique avec le Directeur. Il peut dès lors détenir, via la délégation, des « pouvoirs » qui jusque là n'étaient pas dans les attributions des praticiens hospitaliers. L'inscription du chef de pôle dans une ligne hiérarchique rend logique la nécessité de rendre des comptes, de soumettre ses décisions et résultats à un contrôle et une évaluation, c'est là l'esprit de la contractualisation interne. Alors que l'autorité hiérarchique exerce « le pouvoir de nomination, d'avancement, de mutation » c'est-à-dire qu'elle gère la carrière des agents (concours, grade, recrutement...), l'autorité fonctionnelle du chef de pôle encadre et organise le travail sur le terrain donc donne des avis sur les affectations et les fiches de postes. **Les chefs de pôle ont autorité fonctionnelle et non pas hiérarchique sur l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux.** Les chefs de pôle organisent non seulement le fonctionnement technique du pôle mais en supervise également l'ensemble de son fonctionnement, afin d'exécuter le contrat de pôle signé avec le directeur.

Au final, le directeur de l'hôpital a une autorité hiérarchique sur le personnel non médical et une autorité d'organisation sur le personnel médical.

Les sages-femmes sont soumises à leur Code de déontologie médicale. Celui-ci précise que « **les sages-femmes ne peuvent aliéner leur indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit** » (CSP art. R4127-307).

Le chef de pôle doit respecter, tout comme le directeur, la déontologie de chaque praticien, ainsi que les missions et les responsabilités des structures prévues par le projet. Le code de déontologie médicale le précise : un praticien hospitalier ne peut accepter que ses avis, prescriptions, actes soient limités par des directives. Une concertation d'ordre médical peut intervenir entre le praticien et le chef de pôle, mais ne peut être imposée.

Seul le statut médical de praticien hospitalier permet l'indépendance technique nécessaire à la déontologie médicale.

E - La formation médicale continue

La loi HPST du 21 juillet 2009 instaure l'obligation de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé. Le DPC est organisé par la Commission Médicale d'Etablissement.

Les personnels médicaux et pharmaceutiques ont droit à un congés de formation de 15j annuels. Pendant ce congé, ils continuent à percevoir la totalité de leur salaire.

Les sages-femmes, en intégrant le seul statut médical existant, pourront satisfaire à cette obligation dans des conditions en rapport avec leur spécificité médicale. Seules ces conditions permettront le maintien des compétences médicales des sages-femmes, ainsi que l'apprentissage des dernières données disponibles en sciences maïeutiques. Le contexte médico-légal omniprésent en obstétrique, anesthésie et pédiatrie impose une formation régulière de tous les professionnels.

En effet, le Conseil d'Etat a statué sur ce point: « *les pouvoirs des directeurs d'établissements et des chefs de service à l'égard des praticiens hospitaliers placés sous leur autorité ne peuvent s'exercer que dans le respect du principe de l'indépendance professionnelle* ».

F - L'enseignement et la recherche

Depuis la loi n°2009-833 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants, le recrutement des étudiants en Médecine, Pharmacie, Odontologie et Maïeutique s'est uniformisé.

Depuis l'arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue de la validation du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques, puis en 2013 avec l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, les études de maïeutique convergent avec les autres études médicales et pharmaceutique, précisant donc cette uniformisation.

Malgré toutes ces avancées, les étudiants sages-femmes ne bénéficient pas aujourd'hui d'un statut d'étudiants hospitaliers. Ce statut doit être inscrit dans le Code de la Santé Publique, comme pour les étudiants en médecine, odontologie et pharmacie.

Alors que la maïeutique (midwifery) est enseignée comme une science dans de nombreux pays étrangers (Royaume-Uni, Pays-Bas, Norvège, Japon, Canada, Etats-Unis..), elle n'apparaît pas dans le champ de l'enseignement académique français et la recherche en maïeutique est inexistante.

Les centres hospitalo-universitaires assurent le lien entre l'université et l'hôpital. Le statut bi-appartenant, ou hospitalo-universitaire, est défini au sein du Code de la Fonction Publique ⁽¹⁶⁾: « les emplois des centres hospitaliers et universitaires occupés par des personnels médicaux et scientifiques mentionnés aux articles L. 95221 du code de l'éducation nationale et L. 61511 du code de la santé publique » ; au même titre que les autres professions médicales qui assurent leurs

missions de formation, soins et recherche, les sages-femmes enseignantes doivent pouvoir intégrer les statuts de MCU-PH, PHU et PU-PH.

Les groupes de travail sur l'enseignement et la recherche en Maïeutique, débutés suite au mouvement de grève nationale depuis Octobre 2013, n'ont pas abouti sur des propositions concrètes.

La décision politique attendue concernant la bascule statutaire des sages-femmes hospitalières dans le Code de la Santé Publique facilitera la prise de décision concernant le statut des étudiants de cette filière, ainsi que la réflexion indispensable concernant le statut hospitalo-universitaire des enseignantes.

Le développement de la recherche, en particulier pour une discipline médicale, est basé tout autant sur des études universitaires que sur la pratique clinique. Il est impératif que les sages-femmes hospitalières qui le souhaitent puissent bénéficier d'un temps de recherche clinique compris dans leur temps de travail.

Un autre groupe de travail, toujours suite au mouvement de grève national des sages-femmes, doit permettre d'élaborer le parcours spécifique de santé des femmes. Les sages-femmes souhaitent que ce parcours de santé soit coordonné, simple, visible, centré sur la santé génésique, avec la sage-femme comme praticien de premier recours; cela requiert une autonomie de formation, ainsi que la réalisation de recherches en sciences maïeutiques afin de promouvoir nos propres savoirs.

G - L'organisation du travail et les postes

Le temps de travail du personnel médical hospitalier est 39h/semaine avec 20 RTT (soit l'équivalent de 35h/semaine annualisé, **1607 h/an**), allant jusqu'à **48h maximum** lissé sur 4 mois. Au-delà de 39h, c'est du temps additionnel récupéré ou rémunéré, ou posé sur un CET. Le décompte est de 10 demi-journées. Il bénéficie de 25 jours de Congés Annuels.

Rappel du temps de travail dans la FPH



Article 2 :

- La durée du travail est fixée à 35 heures par semaine (**1 607 heures**)
- Le temps d'habillage et de déshabillage est considéré comme temps de travail effectif.
- La durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder 48 heures au cours d'une période de 7 jours.
- Les agents bénéficient d'un repos quotidien de 12 heures consécutives minimum et d'un repos hebdomadaire de 36 heures consécutives minimum.
- Le nombre de jours de repos est fixé à 4 jours pour 2 semaines, deux d'entre eux, au moins, devant être consécutifs, dont un dimanche.
- En cas de travail continu, la durée quotidienne de travail ne peut excéder 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour les équipes de nuit. Toutefois lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut déroger à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures.
- Une pause d'une durée de 20 minutes est accordée lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6 heures consécutives.
- Le nombre de jours supplémentaires de repos prévus au titre de la réduction du temps de travail est calculé en proportion du travail effectif accompli dans le cycle de travail et avant prise en compte de ces jours. Il est, notamment, de : 18 jours ouvrés par an pour 38 heures hebdomadaires ; 12 jours ouvrés par an pour 37 heures hebdomadaires ; 6 jours ouvrés par an pour 36 heures hebdomadaires ; 3 jours ouvrés par an pour 35 h 30 hebdomadaires.
Pour un travail effectif compris entre 38 h 20 et 39 heures, le nombre de jours supplémentaires de repos est limité à 20 jours ouvrés par an.
- Dans chaque établissement, un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le chef d'établissement précise les horaires de chaque agent pour chaque mois. Ce tableau de service doit être porté à la connaissance de chaque agent quinze jours au moins avant son application.

Article 6 :

La durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, **ne peut excéder 48 heures** au cours d'une période de 7 jours.

Les agents bénéficient d'un repos quotidien de 12 heures consécutives minimum et d'un repos hebdomadaire de 36 heures consécutives minimum.

Le nombre de jours de repos est fixé à 4 jours pour 2 semaines, deux d'entre eux, au moins, devant être consécutifs, dont un dimanche.

Article 9 :

Le travail est organisé selon des périodes de référence dénommées cycles de travail définis par service ou par fonctions et arrêtés par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique.

Le cycle de travail est une période de référence dont la durée se répète à l'identique d'un cycle à l'autre et ne peut être inférieure à la semaine ni supérieure à douze semaines ; le nombre d'heures de travail effectué au cours des semaines composant le cycle peut être irrégulier.

Il ne peut être accompli par un agent plus de 44 heures par semaine.

Les heures supplémentaires et repos compensateurs sont décomptés sur la durée totale du cycle. Les repos compensateurs doivent être pris dans le cadre du cycle de travail.

L'exercice à temps plein ou à temps partiel, dans plusieurs établissements de santé est régit par l'article R.6152-4 du code de la Santé Publique « les praticiens hospitaliers peuvent également exercer leur activité dans plusieurs établissements pour favoriser le développement de la mise en réseau d'établissements de santé mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires et les actions de coopération mentionnées à l'article L. 6134-1 ». Ce texte prévoit également des missions d'intérêt général.

Les postes des sages-femmes, comme les personnels médicaux acteurs de la périnatalité, dépendent des décrets de 1998. La révision de ces décrets est en cours de concertation.

Il existe une possibilité de travailler en temps médical continu qui s'organise selon les établissements ⁽¹⁷⁾:



Les activités médicales et pharmaceutiques sont organisées en demi-journées ou par dérogation en heures dans des structures à temps médical continu.

Dans ce dernier cas, à l'initiative du responsable médical de la structure et après avis des praticiens concernés, la commission médicale d'établissement peut proposer au directeur après avis de la commission de l'organisation de la permanence des soins, et pour une durée d'un an renouvelable après évaluation des activités concernées, une organisation en temps médical continu pour les activités suivantes :

- en anesthésie-réanimation ;
- dans les structures en charge d'une activité d'obstétrique réalisant plus de 2 000 accouchements par an.
- Afin d'assurer la continuité des soins, l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique, établie en fonction des caractéristiques propres aux différents services ou départements, est arrêtée annuellement par le directeur de l'établissement après avis de la commission médicale d'établissement. Un tableau de service nominatif, établi sur cette base, est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de service ou de département.
- Le service hebdomadaire des assistants exerçant à temps plein est fixé à dix demi-journées hebdomadaires, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, il est compté pour deux demi-journées.
- Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures.
- Rémunérations : Des émoluments mensuels variant selon l'échelon (article R. 6152-23). Ces émoluments sont fixés par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. Ils suivent l'évolution des traitements de la fonction publique, constatée par le ministre chargé de la santé et des indemnités et allocations mentionnées au 2° de l'article R. 6152-23-1.

«L'organisation des temps de travail des personnels médicaux hospitaliers» dépend du service, de l'hôpital, des personnels disponibles. Un document de travail appelé «Organisation du temps de travail des médecins. Retours d'expérience», produit par la Mission nationale d'Expertise et d'Audits Hospitaliers (MEAH), montre différentes façons de procéder.

La retraite

Les praticiens hospitaliers relèvent du régime général de la Sécurité sociale pour leur retraite de base et de l'IRCANTEC pour leur retraite complémentaire. A partir de 60 ans, qui est toujours l'âge légal de la retraite, et au plus tard à 65 ans qui est encore la limite d'âge statutaire pour les Praticiens Hospitaliers (avec prolongation d'1 à 3 ans selon la situation de famille mais aussi à la demande de l'intéressé). Le droit à la retraite IRCANTEC est ouvert à taux plein à 65 ans mais peut l'être dès 60 ans à condition de totaliser 160 trimestres auprès des régimes de base (sécurité sociale, CARMF, etc...) ⁽¹⁸⁾.

H - La représentativité syndicale

«Le droit syndical est reconnu aux praticiens hospitaliers. Ils peuvent créer des organisations syndicales, y adhérer, y exercer des mandats. Ils ne peuvent subir aucun préjudice ou bénéficier d'avantages en raison de leurs engagements syndicaux.

Des autorisations spéciales d'absence sont accordées, par le directeur de l'établissement, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, aux représentants syndicaux des praticiens hospitaliers, dûment mandatés, à l'occasion de la tenue de congrès syndicaux, fédéraux et confédéraux, ainsi que de la réunion des instances nationales et régionales de leur syndicat lorsqu'ils en sont membres élus» (CSP R6152-73).

I - La rémunération

L'Arrêté du 12 juillet 2010 «relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé» définit une grille de salaire avec des échelons pour chaque corps (assistant, attaché, contractuel, praticien hospitalier) au sein du statut de personnel médical (JORF n°0168 du 23 juillet 2010 page 13591).

Les grilles indiciaires sont les mêmes quelque soit la profession du praticien.

EN CONCLUSION

Le statut des personnels médicaux et pharmaceutique est le seul statut qui permet une pleine et entière reconnaissance de la spécificité médicale de la profession de sage-femme, garantissant l'indépendance qui lui est nécessaire. Il permet également d'assurer, en toute responsabilité, les missions de service public.

100 % des naissances en France nécessitent la présence d'une sage-femme, pivot entre les patientes et l'ensemble des intervenants autour de la naissance (obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, professionnels médico-psycho-sociaux). Le changement statutaire revendiqué affirmera cette position au sein des instances décisionnelles.

Ce positionnement, ainsi qu'un enseignement médical autonome, un accès facilité à la recherche, permettra de promouvoir un environnement sécurisé et bientraitant pour les patientes.

RÉFÉRENCES

1. Collège National des Sages-Femmes de France. Réflexions sur l'évolution du statut de la sage-femme hospitalière. 2011 [consulté le 19/01/2014].
<http://cnsf.asso.fr/doc/96F217A8-5056-9C00-4146DDFEF77D909E.pdf>
2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les professions de santé au 1er janvier 2013
3. Assemblée Nationale. Proposition de Loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. 28/12/2013.
4. République française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
5. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. La fonction publique hospitalière (FPH) [consulté le 19/01/2014].
<http://www.sante.gouv.fr/la-fonction-publique-hospitaliere-fph.html>
6. Direction générale de l'administration et de la fonction publique. Rapport annuel sur l'état de la fonction publique. La documentation française; 2012.
7. République française. Circulaire DHOS/M/P n° 2002-308 du 3 mai 2002 relative à l'exercice de la profession de sage-femme dans les établissements de santé publics et privés.
8. Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche. EVALUATION DE L'IMPACT DU DISPOSITIF LMD SUR LES FORMATIONS ET LE STATUT DES PROFESSIONS PARAMEDICALES. Septembre 2008 p. 9.
9. Berland Y. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire 2011 [consulté le 19/01/2014]
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf
10. Cordier A. Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 2013 [consulté le 06/01/2014].
<http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT-CORDIER.pdf>
11. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Le « Pacte territoire-santé » : pour lutter contre les déserts médicaux [Internet]. 2012 : <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/dossiers-de-presse,2323/le-pacte-territoire-sante-pour,15464.html>
12. République française. Article L6112-3. Code de santé Publique.
13. République française. Article L6112-3. Code de la Santé Publique.
14. Avenir Hospitalier. A l'hôpital, c'est qui le chef ? [Internet]. [consulté le 22/01/2014].
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/hierarchie_a_l_hopital.pdf
15. Santé RH. Autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle [Internet]. [consulté le 22/01/2014].
<http://www.sante-rh.fr/print.asp?67A0558E417EBF>
16. Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat.
17. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers. Organisation du temps de travail des médecins. [consulté le 19/01/2014].
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_Organisation_du_temps_medical.pdf
18. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. La retraite du praticien hospitalier. 2005 [consulté le 22/01/2014].
http://www.anemf.org/IMG/pdf/RETRAITE_version_2005.pdf

La loi du 24 juillet 1987 a permis l'accès des pharmaciens hospitaliers au statut de Praticien Hospitalier. Cette mesure a été assortie d'un droit d'option (article 29 de la Loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 portant diverses dispositions d'ordre social) permettant aux pharmaciens de choisir entre ce nouveau statut et l'ancien au sein de la fonction publique hospitalière.

La mise en œuvre de cette loi s'est traduite par l'application du décret N°88-665 du 6 mai 1988 et de la circulaire n°07754 du 27 juillet 1988. Ces deux textes précisent, pour chaque point, les modalités du reclassement des pharmaciens de la fonction publique hospitalière vers le statut de praticien hospitalier. Ces dispositions constituent une preuve de la faisabilité légale, d'une part, de basculer une profession d'un statut de fonctionnaire vers un statut hors fonction publique et d'autre part, de l'application d'un droit d'option en offrant la possibilité de conserver leur statut de fonctionnaire.

Annexe 1

Circulaire n° 07754 du 27 juillet 1988 concernant l'intégration des pharmaciens-résidents dans le corps des praticiens hospitaliers

Date : 27/07/1988

Type : Circulaires / Instructions ministérielles

Rubrique : 03. Personnel

Thème(s) : B. Statuts - Statuts personnel médical - 02.02 Praticien hospitalier - Recrutement - accès au corps des praticiens hospitaliers

Le décret du 6 mai 1988 publié le 8 mai 1988 rend applicable les dispositions de l'article 29 de la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987, qui donnent aux pharmaciens-résidents le statut de praticiens hospitaliers. En conséquence vous deviendrez praticien hospitalier à compter du 8 mai 1988, sans avoir de formalité particulière à accomplir. Cependant, si vous désirez conserver votre régime statutaire antérieur, il vous appartient de faire valoir votre droit d'option avant le 8 novembre 1988. Ce délai de six mois doit être mis à profit pour vous documenter afin de formuler votre choix en connaissance de cause.

Dans le même esprit cette lettre a pour objet:

- de vous aider à mieux appréhender les caractéristiques des deux statuts, en fonction de votre ancienneté dans le corps ainsi que de votre situation personnelle;
- de vous informer des modalités d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions statutaires.

A. - Comparaison des deux statuts

Les deux statuts ont une base juridique fondamentalement différente. Le statut particulier des pharmaciens-résidents est pris en application du livre IX du code de la santé publique, devenu titre IV.

Le statut des praticiens hospitaliers ne trouve pas son origine dans les dispositions générales de la fonction publique hospitalière, mais dans l'article L. 685 du code de la santé publique. Les praticiens hospitaliers disposent donc d'un statut spécifique, sans référence à des textes généraux. Ils sont régis exclusivement par le décret du 24 février 1984 modifié. C'est ainsi par exemple, que les praticiens hospitaliers pharmaciens ne peuvent revendiquer le bénéfice du régime des autorisations d'absence ou des modalités de formation permanente en dehors de ce qui est précisément prévu par le statut des praticiens hospitaliers.

Les caractéristiques des deux situations reposent sur cette distinction essentielle, notamment, en ce qui concerne les avantages financiers et le régime de retraite.

Avantages financiers.

Pharmaciens-résidents, vous percevez des éléments de rémunération, par référence aux grilles et aux règles de la fonction publique. Au traitement indiciaire de base s'ajoutent notamment, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement, la prime de service, et l'indemnité de responsabilité et de gestion, ainsi que, éventuellement des indemnités diverses et avantages particuliers, comme par exemple la prise en charge partielle de la cotisation annuelle à l'Ordre.

Vous allez bénéficier, en qualité de praticien hospitalier, de la rémunération fixée par l'article 28 du décret modifié du 24 février 1984 qui comprend uniquement les émoluments forfaitaires mensuels, ce qui exclut l'attribution du supplément familial de traitement. Il est simplement possible de percevoir en sus des indemnités ou vacations selon les dispositions de l'article 28 ci-dessus.

Cependant, si vous exercez dans un établissement situé dans un département d'outre-mer, les dispositions du titre X du statut, accordant des avantages particuliers (majoration des émoluments, congés bonifiés, congés de formation supplémentaires) aux praticiens hospitaliers de ces établissements vous seront applicables.

Dans tous les cas, les prestations familiales sont versées par la caisse d'allocations familiales, la situation à cet égard demeure inchangée.

Par ailleurs, vous ne pourrez plus, en votre qualité de praticien hospitalier bénéficier d'une concession de logement, mais vous serez normalement soumis, en fonction des nécessités du service au régime de gardes et d'astreintes des praticiens hospitaliers. Néanmoins, si vous êtes logé, à la date de publication du décret du 6 mai 1988, il vous sera possible en application des dispositions de l'article 49 de ce décret, de demeurer exceptionnellement logé contre paiement d'un loyer, du chauffage et de l'éclairage.

Retraite.

Comme agent de la fonction publique hospitalière vous êtes affilié à la Caisse nationale des agents de collectivités locales, et vos cotisations sont assises sur la seule base du traitement indiciaire.

Praticien hospitalier, vous serez en qualité d'agent public non titulaire, assujetti au régime général de la sécurité sociale pour l'ensemble des risques, y compris la vieillesse, et vous serez affilié au régime de retraite complémentaire I.R.C.A.N.T.E.C. Vos cotisations seront calculées au titre de la sécurité sociale, sur l'ensemble des rémunérations perçues, et au titre de l'I.R.C.A.N.T.E.C. sur les émoluments à l'exclusion des gardes et astreintes, ceci selon des règles propres à chacun des deux régimes.

Pour la période antérieure au 8 mai 1988, votre situation devra être réglée différemment selon que vous comptez ou non quinze années au moins de cotisations à la C.N.R.A.C.L.

Dans le premier cas, vous percevrez deux pensions: la première, versée par la C.N.R.A.C.L., liquidée à raison de 2 p. 100 par année sur la base des émoluments correspondants à l'indice détenu au 7 mai 1988 à condition d'avoir bénéficié de cet indice pendant six mois au moins.

La seconde, versée par l'I.R.C.A.N.T.E.C. sur la base des points acquis à compter du 8 mai 1988.

Dans l'autre cas, si vous n'avez pas cotisé pendant au moins quinze années, vous ne pourrez prétendre à pension au titre de la C.N.R.A.C.L., mais les droits à pension que vous avez acquis seront transférés, pour la période concernée, auprès de l'assurance vieillesse du régime général. La même période pourra être validée auprès de l'I.R.C.A.N.T.E.C. Vous aurez alors à prendre en charge le rachat de la part ouvrière, et

l'établissement employeur sera tenu de verser la cotisation patronale correspondante. Pour votre information précise, concernant les caractéristiques de votre situation personnelle, les organismes de retraite sont les mieux à même de vous documenter. Je vous rappelle également qu'une réunion d'information à laquelle participaient vos représentants a été organisée par l'I.R.C.A.N.T.E.C. au mois de mars dernier dans les locaux du ministère.

B. - Modalités d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions

A compter du 8 mai 1988, le statut des praticiens hospitaliers s'applique aux pharmaciens des hôpitaux à temps plein, les décrets n°s 72-360 et 72-361 du 20 avril 1972 étant maintenus en vigueur tant que resteront en fonctions des pharmaciens-résidents ayant fait valoir le droit d'option dont ils disposent en application du dernier alinéa de l'article 29 de la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987. Les pharmaciens-résidents continuent à bénéficier des dispositions générales du titre IV du statut général et de leur évolution, mais le décret statutaire ne pourra plus être modifié.

L'échéance du 8 mai 1988, marque:

l'état désormais figé du statut de 1972, et la transformation des emplois de pharmacien-résident en emplois de praticien hospitalier;

le point de départ de l'intégration des pharmaciens-résidents dans le corps des praticiens hospitaliers.

Les emplois.

Pour la publication des vacances de postes, l'appartenance statutaire étant sans effet sur les chefferies de service, les emplois de praticien hospitalier pharmacien des hôpitaux, continueront, dans le cadre de l'application de l'article 46 du décret du 6 mai 1988, à être assortis de la mention de la nature du poste de pharmacien-résident, pharmacien, pharmacien-chef de deuxième classe, pharmacien-chef de première classe afin de permettre aux pharmaciens ayant opté pour le maintien de leur statut et aux praticiens hospitaliers pharmaciens des hôpitaux, de faire conjointement acte de candidature.

Cette mesure n'autorise cependant plus la transformation des postes en fonction de l'évolution de la capacité ou du classement de l'établissement; lorsqu'ils seront vacants, ils seront publiés au titre de la catégorie dans laquelle ils étaient classés le 7 mai 1988.

L'intégration des pharmaciens.

1. Le classement dans le corps des praticiens hospitaliers.

La décision vous intégrant dans le corps des praticiens hospitaliers à compter du 8 mai 1988 ne pourra être prise qu'à la fin de la période d'option puisqu'il convient d'attendre le 8 novembre 1988 pour connaître ceux des pharmaciens qui ne souhaitent pas bénéficier de cette intégration.

Il faut souligner que le reclassement des pharmaciens-résidents dans la carrière des praticiens hospitaliers a été établi en comparant les émoluments bruts de praticiens hospitaliers à l'ensemble les éléments de rémunération perçus en qualité de pharmacien-résident, et en tenant compte également de l'impact des modifications concernant le montant des cotisations ouvrières.

Les tableaux de concordance, faisant l'objet de l'article 37 du décret du 6 mai 1988 ont été arrêtés avec le souci de garantir votre situation financière ainsi que vos perspectives de carrière.

Vous serez reclassé selon ces bases à partir de votre position dans la carrière des pharmaciens-résidents le 7 mai 1988.

Mes services procèdent actuellement à la mise au point des dossiers d'avancement: si vous pouvez prétendre à un avancement d'échelon avant le 8 mai 1988, un arrêté vous promouvant à l'échelon supérieur vous sera adressé prochainement.

A partir du 8 mai 1988, vos conditions d'avancement seront régies par le statut des praticiens hospitaliers. Cependant, si vous demandez à conserver le bénéfice de votre statut antérieur, votre avancement, au titre de l'année 1988, s'il intervient à partir du 8 mai 1988, sera notifié après la fin de la période d'option.

2. Les positions statutaires.

J'attire votre attention sur le fait que vous êtes concerné par les nouvelles dispositions, quelle que soit votre position. Si vous êtes en disponibilité ou en détachement par exemple, faute d'option pour le maintien des dispositions statutaires antérieures, vous serez intégré le 8 mai 1988 dans le corps des praticiens hospitaliers. Cette intégration ne met pas un terme aux situations accordées en application du statut de pharmacien-résident, celles-ci, dans un souci de bonne gestion, se dérouleront jusqu'à leur échéance.

A l'issue de la période, ou en cas de demande de réintégration avant le terme, la procédure applicable sera celle en vigueur pour les praticiens hospitaliers si vous n'avez pas fait valoir votre droit d'option.

3. La régularisation à partir du 8 mai 1988.

Votre intégration dans le corps des praticiens hospitaliers marque le point de départ de votre changement:
de mode de rémunération;
de régime de retraite.

Votre situation doit être régularisée à compter du 8 mai 1988:

si votre reclassement, vous conduit à bénéficier d'une base de rémunération supérieure à ce qui vous était alloué en qualité de pharmacien-résident, un rappel sera servi par votre établissement employeur qui devra prendre en compte votre échelon de praticien hospitalier, déduction faite des traitements, primes et indemnités perçus au titre de la même période. La régularisation du taux et des bases de calcul des prélèvements et cotisations sur salaires sera réalisée à cette occasion. En cas contraire, la nécessité de modifier les précomptes sur salaire reste effective à partir de la date d'intégration;

en effet, c'est aussi à compter du 8 mai 1988, que doit prendre date votre affiliation à l'I.R.C.A.N.T.E.C., et votre assujettissement au régime général de la sécurité sociale pour l'ensemble des risques. Il vous appartiendra d'entreprendre, par l'intermédiaire de votre établissement, les démarches nécessaires aux régularisations qui s'imposent et, le cas échéant, à la validation des services passés auprès de l'I.R.C.A.N.T.E.C.

4. Situation particulière des pharmaciens autorisés à exercer conjointement les fonctions d'enseignant d'une unité de formation et de recherche de pharmacie, et celles de pharmacien à temps plein, et n'optant pas pour l'ancien statut.

Les nouvelles dispositions ne modifient en rien les principes de la situation de cumul. Votre régime de retraite reste inchangé, et vous continuerez à percevoir au titre de votre activité hospitalière une indemnité non soumise à retenue pour pension égale à 60 p. 100 des émoluments forfaitaires mensuels afférents à votre classement dans le corps des praticiens hospitaliers.

Vous trouverez ci-joint à cette lettre un document destiné à faciliter l'expression de votre droit d'option, qui ne devra être adressé à la direction de hôpitaux que si vous désirez continuer à bénéficier de votre situation antérieure.

Mes services, bureau 7 C, restent à votre disposition pour tous renseignements complémentaires. Vous pouvez consulter:

Marie-Thérèse Chabot, tél.: 40-56-44-34;

Nicole Bigeni, tél.: 40-56-45-26;

Micheline Chotard, tél.: 40-56-53-07.

ANNEXES

Pharmacien-résident

(Régis par les dispositions des décrets n° 72-360 et n° 72-361 du 20 avril 1972 à la date du 8 mai 1988)

Vous allez être intégré dans le corps des praticiens hospitaliers à partir du 8 mai 1988, conformément aux dispositions de l'article 29 de la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 et du **décret n° 88-665 du 6 mai 1988**. Dans ce cas aucune démarche n'est à faire.

Toutefois, vous pouvez conserver votre situation statutaire antérieure en le demandant dans un délai de six mois à compter du 8 mai 1988.

Dans ce cas, votre option doit être adressée sous pli recommandé le 8 novembre 1988, au plus tard, le cachet de la poste faisant foi, au ministère chargé de la santé, direction des hôpitaux, sous-direction des personnels médicaux hospitaliers, bureau 7 C, 8, avenue de Ségur, 75007 Paris.

OPTION

(cf. le document original)

ANNEXE III

Emoluments hospitaliers des praticiens hospitaliers (Décret n° 84-131 du 24 février 1984)

Mesures permanentes

MONTANTS

PERSONNELS CONCERNES au 1er mars 1988

Praticiens hospitaliers exerçant leurs fonctions:

dans les établissements hospitaliers autres que les centres hospitaliers et universitaires;

dans les centres hospitaliers et universitaires,

dans des emplois hospitaliers placés hors de l'application de l'ordonnance du 30 décembre 1958.

Douzième échelon 413437

Onzième échelon 361270

Dixième échelon 347943

Neuvième échelon 321170

Huitième échelon 288496

Septième échelon 269300

Sixième échelon 250103

Cinquième échelon 237307

Quatrième échelon 224506

Troisième échelon 211709

Deuxième échelon 198911

Premier échelon 186114

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE Direction des hôpitaux.

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, porte-parole du Gouvernement, à Monsieur ou Madame, pharmacien.

Non parue au Journal officiel.

Annexe 2

Décret n°88-665 du 6 mai 1988 modifiant le décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers et rattachant les pharmaciens des hôpitaux au corps des praticiens hospitaliers

NOR: ASEH8800508D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de la privatisation, du ministre des affaires sociales et de l'emploi, du ministre de l'éducation nationale et du ministre des départements et territoires d'outre-mer,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 356, L. 514, L. 577, L. 684, L. 685 et R. 5091 à R. 5091-3 ;

Vu l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale ;

Vu la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur, complétée par la loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques, modifiée par la loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 en son titre III ;

Vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière ;

Vu la loi n° 71-536 du 7 juillet 1971 relative à l'enseignement de la biologie et au statut des laboratoires hospitaliers de biologie ;

Vu la loi n° 79-4 du 2 janvier 1979 portant réforme de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur et relative aux études en pharmacie et au statut des personnels enseignants des unités d'enseignement et de recherche pharmaceutique ;

Vu la loi n° 84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur ;

Vu la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social, notamment son article 29 ;

Vu le décret n° 43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 modifié ;

Vu le décret n° 61-142 du 7 février 1961 relatif au recrutement et à la rémunération des chargés de mission d'inspection de la pharmacie ;

Vu le décret n° 63-592 du 24 juin 1963 modifié, relatif aux conventions à conclure entre, d'une part, les facultés de médecine, les facultés mixtes de médecine et de pharmacie ou les écoles nationales de médecine et de pharmacie, d'autre part, les centres hospitaliers régionaux en vue de déterminer les modalités de fonctionnement des centres hospitaliers et universitaires ; à la structure et au fonctionnement des centres hospitaliers et universitaires ; au règlement intérieur de ces centres ;

Vu le décret n° 72-360 du 20 avril 1972 portant statut des pharmaciens résidents de l'administration générale de l'assistance publique à Paris, de l'administration de l'assistance publique à Marseille et des hospices civils de Lyon ;

Vu le décret n° 72-361 du 20 avril 1972 relatif à la nomination et à l'avancement des pharmaciens résidents des établissements d'hospitalisation de soins et de cure publics ;

Vu le décret n° 74-369 du 29 avril 1974 portant application de l'article 4 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative aux conventions régissant les centres hospitaliers et universitaires ainsi que de la loi n° 71-536 du 7 juillet 1971 relative à l'enseignement de la biologie et au statut des laboratoires hospitaliers de biologie ;

Vu le décret n° 75-226 du 8 avril 1975 relatif aux modalités de rémunération de certains personnels enseignants occupant un emploi dans un établissement d'hospitalisation public ;

Vu le décret n° 80-1161 du 29 décembre 1980 portant intégration des pharmaciens résidents relevant de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris ;

Vu le décret n° 81-61 du 27 janvier 1981 relatif au statut du personnel enseignant et hospitalier des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires ;

Vu le décret n° 81-291 du 30 mars 1981 portant statut des attachés et des attachés associés des établissements d'hospitalisation publics ;

Vu le décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers ;

Vu le décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifié portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires ;

Vu le décret n° 85-384 du 29 mars 1985 portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics ;

Vu le décret n° 86-442 du 26 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires ;

Vu le décret n° 87-788 du 28 septembre 1987 relatif aux assistants des hôpitaux ;

Vu le décret n° 88-225 du 10 mars 1988 pris pour l'application des articles 20-1 et 20-2 de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et relatif à la nomination aux fonctions de chef de service dans les établissements d'hospitalisation publics ;

Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Crée Décret n°84-131 du 24 février 1984 - art. 75 (Ab)

Article 30

A modifié les dispositions suivantes :

Modifie Décret n°84-131 du 24 février 1984 - art. 20 (M)
Modifie Décret n°84-131 du 24 février 1984 - art. 32 (Ab)
Modifie Décret n°84-131 du 24 février 1984 - art. 35 (M)
Modifie Décret n°84-131 du 24 février 1984 - art. 36 (Ab)
Modifie Décret n°84-131 du 24 février 1984 - art. 4 (M)
Modifie Décret n°84-131 du 24 février 1984 - art. 44 (M)
Modifie Décret n°84-131 du 24 février 1984 - art. 46 (M)
Modifie Décret n°84-131 du 24 février 1984 - art. 48 (M)
Modifie Décret n°84-131 du 24 février 1984 - art. 58 (M)
Modifie Décret n°84-131 du 24 février 1984 - art. 66 (Ab)
Modifie Décret n°84-131 du 24 février 1984 - art. 67 (Ab)
Modifie Décret n°84-131 du 24 février 1984 - art. 72 (Ab)
Modifie Décret n°84-131 du 24 février 1984 - art. 82 (Ab)

TITRE Ier : DISPOSITIONS MODIFIANT LE DECRET N°
84-131 DU 24 FEVRIER 1984. (abrogé)

TITRE II : DISPOSITIONS TRANSITOIRES GENERALES.
(abrogé)

TITRE III : DISPOSITIONS TRANSITOIRES PROPRES
AUX PHARMACIENS. (abrogé)

Article 50

A modifié les dispositions suivantes :

TITRE III : DISPOSITIONS TRANSITOIRES PROPRES AU
SITUATION ANCIENNE (abrogé)

JACQUES CHIRAC Par le Premier ministre :

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi,

PHILIPPE SÉGUIN

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie,

des finances et de la privatisation,

ÉDOUARD BALLADUR

Le ministre des départements et territoires d'outre-mer,

BERNARD PONS

Le ministre de l'éducation nationale,

RENÉ MONORY

Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie,

des finances et de la privatisation,

chargé du budget,

ALAIN JUPPÉ

Le ministre délégué auprès du ministre

de l'éducation nationale, chargé de la recherche

et de l'enseignement supérieur,

JACQUES VALADE

Le ministre délégué auprès du ministre

des affaires sociales et de l'emploi,

chargé de la santé et de la famille,

MICHÈLE BARZACH