



Lettre du SNAM-HP

Syndicat National des Médecins, Chirugiens,
Spécialistes et Biologistes des Hôpitaux Publics.

8 mars 2005

>> INFO SNAM-HP - CMH STATUT UNIQUE DU PRATICIEN HOSPITALIER : Rumeurs et désinformation : Pour qui ? Pourquoi ?

A quelques semaines d'élections qui vont concerner l'essentiel de la communauté hospitalière, certains sonnent le tocsin et stigmatisent la patrie hospitalière en danger. Statut de PH transformé en CDD, vente des nominations de PH aux directeurs, autant de rumeurs et de désinformations qui ne sont en fait que de petites manipulations de campagne. Pour autant, elles ne doivent pas cacher les vrais enjeux.

Avant 1983, dans les centres hospitaliers généraux, les médecins, candidats à l'exercice à l'hôpital, pouvaient postuler sur trois types de statuts. Ils pouvaient être assistants, adjoints ou chefs de service. Dans les CHU, s'ils n'étaient pas hospitalo universitaires, ils avaient accès à un statut de mono appartenant.

Ces différents statuts concernaient toutes les spécialités médicales à l'exception des pharmaciens qui étaient encore astreints à un statut de fonctionnaire qui les soumettaient à l'autorité hiérarchique de la direction.

LE STATUT UNIQUE

En 1983/84, est né le statut unique de praticien hospitalier. L'élément le plus important en a été la dissociation du grade et de la fonction. Ce statut a été ouvert à toutes les spécialités médicales. Les pharmaciens ont pu secondairement le rejoindre trouvant sous ce nouveau régime statutaire plus d'indépendance que précédemment.

Avant comme après 1983, les statuts médicaux hospitaliers n'ont donc jamais été organisés par disciplines ou par spécialités mais par rapport à la fonction.

Dès sa naissance, la rémunération liée au statut unique de praticien hospitalier a été accompagnée de «compléments». Il en était déjà ainsi du secteur privé (qui concerne environ un quart des praticiens hospitaliers). Il en était aussi ainsi des accélérations offertes à certains moments de la carrière. Elles avaient l'avantage de créer un «effet cliquet» dans la mesure où l'accélération de carrière était irréversible. Elles ont cependant été remises en cause par les conditions laborieuses de leurs mises en place au niveau des régions et finalement abandonnées.

Par la suite, une pluie de primes, d'indemnités et de contrats ont été négociés et acceptés par l'ensemble des syndicats pour compléter le statut. Leur liste est longue : indemnité de service public exclusif, demi-journées contractualisées d'intérêt général, prime de sujétion de travail de nuit, prime d'exercice multi site, prime d'exercice en zone prioritaire, plages additionnelles... Naturellement, le régime des astreintes est venu au même titre que l'indemnité de sujétion de travail nocturne compléter cette part variable.

Au fil du temps, la part variable du revenu hospitalier a pris de l'ampleur et notamment depuis la mise en place de la réduction du temps de travail et le développement des plages additionnelles. Pour une part importante de praticiens et pour certaines spécialités, cette part variable peut correspondre à presque 50% de la

rémunération. Par définition, elle n'est pas pérenne et participe de façon partielle aux cotisations sociales et notamment à la retraite.

AUJOURD'HUI

Une nouvelle étape est franchie le 2 septembre 2004 lorsque l'ensemble des syndicats signe un protocole qui indique :

«Les signataires souhaitent :

- en premier lieu réaffirmer l'unicité du socle que constitue le statut de praticien hospitalier ;
- en second lieu permettre par des dispositions statutaires et indemnitaires les reconnaissances des charges particulières des praticiens en terme d'activité, de responsabilités institutionnelles ou spécifiques et de pénibilité ainsi que des actions réalisées pour la qualité et pour l'activité publique.»

De façon cocasse, notons que les pourfendeurs de toute part variable au nom de la mise à mort du statut unique, ceux qui, bien qu'ayant signé cet accord, stigmatisent la « braderie du statut » sont souvent ceux là même qui disposent dans des conditions actuelles, d'avantages spécifiques les plus importants ...

Dans une plaquette récente largement diffusée, les mêmes stigmatisent «les autres syndicats qui abandonnent ce qui faisait l'intérêt de notre statut pour en aggraver les contraintes et l'assujettissement à l'administration sans bénéficier des avantages liés à une libre contractualisation.»

En milieu psychiatrique notamment, des nouvelles alarmistes ont été largement diffusées alors même qu'a été obtenu le maintien des mesures spécifiques les concernant ! Pourquoi cette caricature ? Pourquoi cette manipulation et cette désinformation ?

En faisant croire que les sujets sont « la perte de l'indépendance du praticien par des nominations et des révocations exclusivement locales aux mains des directeurs », en écrivant à destination des praticiens que la patrie est en danger et que ce qui est en jeu est «le remplacement de notre statut par un CDD» alors que nous avons exigé et obtenu que ces orientations soient écartées, on manipule et on évite d'avoir à proposer.

Si la situation actuelle était bonne, si les postes étaient attractifs et si les praticiens n'avaient pas perdu dès aujourd'hui une grande part de leur responsabilité face à l'administration nous dirions qu'il ne faut rien changer et que nous avons le temps devant nous. Ce n'est pas le cas : il est urgent d'agir !

PROPOSITIONS

Pour nos organisations, proposer signifie une action dans 3 directions :

- Il s'agit d'abord de défendre la notion de statut unique de praticien hospitalier conçu comme un statut commun à tous les médecins et pharmaciens exerçant à l'hôpital. L'exercice hospitalier est un exercice d'équipe. Cette équipe est forcément regroupée par spécialités médicales. Mais aucune spécialité ne peut s'exercer de façon indépendante des autres. Les disciplines de médecine, de chirurgie, de psychiatrie, de pharmacie et de biologie sont complémentaires et interdépendantes. Un statut commun permet de mettre en place le socle statutaire qui reconnaît cet exercice collégial. L'accès au statut doit se faire par un concours national qui valide les compétences. La nomination doit se faire par le ministre pour en préserver l'indépendance. Les rémunérations doivent être améliorées.

- Pour autant, chacun sait qu'il existe de nombreuses spécificités de l'exercice. Ce sont ces spécificités ou « valences » qui doivent compléter le socle commun de statut unique. Ces spécificités sont nombreuses : enseignement, recherche clinique

responsabilité, participation à la permanence des soins, exercice multi sites, engagement dans l'accréditation... Pour chaque spécialité, selon les équipes, les engagements peuvent être différents. Mais l'important est que cette part variable complémentaire (que nous évaluons à 15% en plus de la rémunération statutaire) soit accessible dans un délai maximum de 3 ans à toutes les activités et à toutes les spécialités. Enfin, nous souhaitons l'augmentation significative de la prime d'exercice public exclusif.

Le sujet essentiel n'est donc pas tant l'existence d'une part variable complémentaire que surtout les conditions de sa mise en œuvre. En effet, actuellement, la multiplicité et la complexité de cette part variable aboutissent à fragiliser la situation de nombreux praticiens face à leur direction. Le praticien est souvent isolé dans la discussion voire la négociation avec l'administration. Le danger de dépendance n'est pas en devenir mais il existe et est subi dès aujourd'hui. C'est aujourd'hui que la déontologie est vulnérable !

Pour améliorer les choses, il est nécessaire que le contrat portant sur la part variable soit engagé avec l'ensemble de l'équipe concernée, cet engagement collectif permettant d'assurer un meilleur équilibre vis-à-vis de la direction. Il doit se faire à égalité de droits et de devoirs. Et si un conflit survient, si un recours est nécessaire, il faut créer un lieu pour le traiter. Ce lieu doit par nature être extérieur à l'établissement puisqu'on ne peut être à la fois juge et partie. C'est la raison pour laquelle nous avons demandé et obtenu la création d'une commission régionale paritaire. Celle-ci réunira 50% de représentants des organisations syndicales et 50% de représentants de l'ARH. Cette capacité nouvelle de disposer de plus de transparence et de recours est sûrement une avancée très importante.

- Nous exigeons sans tarder une négociation statutaire complémentaire pour améliorer la part de l'IRCANTEC pour les PH et la part hospitalière de la retraite des PU-PH, pour obtenir la poursuite de l'amélioration de la carrière et de sa durée, pour exiger des conditions équitables de reprise d'ancienneté pour celles et ceux qui ont consacré toute leur activité à l'hôpital public, pour réaffirmer l'indépendance des nominations et des affectations médicales.

L'important c'est aussi et peut être surtout de restituer à la communauté médicale hospitalière sa place et son rôle qui doivent être centraux à l'hôpital. La suradministration, le développement des directions de soins sont autant de marginalisation de la responsabilité médicale. Cela doit changer non pas pour obtenir le retour à un ordre ancien mais parce qu'il en va de l'intérêt du malade dont le médecin est l'interlocuteur premier et essentiel.

Pour parvenir à cela nous refusons les manipulations clientélistes. Pour la CMH et le SNAM HP, c'est en fonction du réel contenu du projet de protocole d'accord et de la prise en compte de nos propositions que nous devons définir notre position.

C'est dans l'union que les médecins et leurs organisations doivent agir.

Roland Rymer - Président du SNAM-HP

François Aubart - Président de la CMH

Conformément à la loi Informatique et Liberté du 06/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de radiation des données vous concernant. Si vous désirez vous désabonner de la liste de diffusion, répondez à cet e-mail en indiquant comme sujet : DESABONNEMENT.