



LA CNDCH ET LE STATUT DES P.H.

Au moment où s'ouvrent les négociations autour du statut des P.H., la CNDCH tient à rappeler que ce dossier doit s'inscrire dans le contexte général de l'évolution de l'institution hospitalière. Si la CNDCH ne revendique en rien une quelconque participation aux discussions menées avec les syndicats de praticiens hospitaliers, elle se considère néanmoins comme fondée à apporter sa contribution à la réflexion sur un domaine clé dans l'aboutissement des changements en cours.

A cet égard, la contractualisation de l'engagement des PH par les hôpitaux constitue l'indispensable corollaire de la réforme de la gouvernance et donc le fil conducteur de toute nouvelle construction statutaire. L'heure n'est plus à opposer les notions de contrat et de statut au moment où s'instaure un financement à l'activité et que se renforce la politique d'évaluation.

Dès lors que l'objectif poursuivi est d'améliorer la réponse aux besoins de santé apportée par les hôpitaux en l'articulant autour de projets concertés puis évalués, il est indispensable que les professionnels chargés de la mise en oeuvre de ces projets soient clairement impliqués.

Si l'on tient pour un "droit acquis" le principe d'un concours national et d'une nomination par le Ministre, en revanche le processus de recrutement par l'établissement doit s'inscrire dans une autre dynamique, qui ne se limite pas à une simple et définitive affectation sur un poste dans un service.

L'adéquation entre le cursus du candidat et les missions que va lui confier l'hôpital se mesure à travers un profil de poste.

Proposé par le (futur) chef de pôle, ce profil est examiné par la CME au regard du projet médical puis validé par le conseil exécutif. Dans l'optique contractuelle une possibilité de négociation devra être ménagée dans le contenu de ce profil de poste.

Un "contrat local d'affectation", pour reprendre la formule de la conférence des présidents de CME de CH, est ensuite signé avec le directeur et le président de la CME. Il détermine les conditions d'exercice de praticien et notamment les moyens mis à sa disposition pour atteindre les objectifs fixés. Dans ce cadre sont convenus des indicateurs, y compris en matière d'effectivité du temps médical. Ceci nécessitera au préalable que soit levé le flou "artistique" autour du temps de travail des P.H, notamment en ce qui concerne la durée de la "½ journée".

Le débat reste ouvert sur les espaces de liberté des établissements par rapport aux termes du contrat :

- durée du contrat et conditions de renouvellement (ou de non-renouvellement),
- dispositions relatives à l'évaluation des compétences, au niveau d'activité requis et à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle (la loi relative à

l'assurance-maladie du 13 août 2004 soumet l'ensemble des praticiens hospitaliers à ces dispositions),

- droits et obligations en matière de temps de travail en lien avec la mise en place de l'ARTTM (définition d'un temps de travail "plancher" au-delà duquel s'acquièrent de manière modulée les droits à RTT),
- prise en compte des valences (activités autres que cliniques ou médico-techniques),
- déroulement de carrière et modalités particulières de rémunération (l'intéressement, positif ou négatif, pourrait être fondé sur une modulation de la rémunération liée à l'activité, en cohérence avec le changement du mode d'allocations des ressources aux hôpitaux),
- conditions d'exercice de l'activité libérale,
- droits et devoirs en matière de formation (qui s'exerceraient dans le cadre d'un plan de formation du personnel médical arrêté au niveau de l'établissement), dans une perspective d'affranchissement de la dépendance par rapport aux laboratoires pharmaceutiques, les ressources nécessaires étant maîtrisées par les hôpitaux,
- possibilité de mise en place d'un temps médical partagé non seulement entre établissements publics mais aussi avec des établissements privés.

Sur tous ces points, il faudra trouver un équilibre entre le nécessaire maintien de garanties statutaires et la prise en compte de spécificités locales.

A l'issue de la négociation statutaire, on pourra mesurer la volonté des uns et des autres de donner une marge d'autonomie aux établissements, élément-clé de la nouvelle gouvernance. Malheureusement, le projet d'ordonnance ne va pas vraiment dans ce sens en instaurant des listes nationales d'habilitation aux fonctions de chef de service et de chef de pôle et en édulcorant le rôle de chef de pôle par rapport aux fonctions maintenues de chef de service.

NOVEMBRE 2004