

Médecin PSPH : Quel statut ? Quel avenir ?

Les hôpitaux privés sans but lucratif participant au service public hospitalier (PSPH) relèvent de la convention collective nationale de la FEHAP datant de 1953 rénovée en 2003. Les médecins, pharmaciens et biologistes de ces établissements sont contractuellement engagés sous un régime de droit privé régi par la convention FEHAP, avec l'application depuis le 01/01/2000 de la loi sur la réduction du temps de travail sous une forme AUBRY I ou II selon les accords locaux ou nationaux.

Dans ce cadre législatif, les personnels médicaux ont été concernés par un forfait en jours sur l'année (art.8 de l'avenant n° 2000-02 du 12 avril 2000 CCN du 31 octobre 1951). Depuis l'année 2003, la convention collective nationale 51 a été rénovée avec pour effet de modifier le mode de calcul des rémunérations aussi bien du personnel médical que non médical. Dans le même temps les statuts du public ont évolué aussi bien au niveau des grilles des praticiens hospitaliers (prime d'exclusivité) qu'au niveau de leur temps de travail : application au secteur public des lois sur la RTT en 2002, mise en place de la directive européenne 93/104/CE comportant en particulier la notion de repos de sécurité.

UNE COMPARAISON PUBLIC/PSPH DIFFICILE

Tous ces éléments sont à prendre en compte lorsque l'on compare le fonctionnement du public et du PSPH dont la mission est pour une grande part identique ainsi que le mode d'allocation de budget (budget global puis T2A). Pour compliquer la comparaison, tous les établissements PSPH n'ont pas négocié la RTT de la même façon, les budgets alloués par les tutelles pour financer la rénovation de la convention et l'évolution des salaires sont incomplets, le financement du repos de sécurité n'a pas encore été réalisé et les difficultés budgétaires sont variables depuis la mise en place de la T2A en 2004.

Pour exemple, si l'on compare le statut médical du public avec celui d'un établissement PSPH comme l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM) qui compte 400 lits médico-chirurgicaux et obstétricaux, on peut apprécier les différences contractuelles, conventionnelles et de fonctionnement.

A l'IMM, pour les 125 ETP médicaux (hors responsables de département) l'application des 35 heures a été négociée et mise en place en janvier 2000 sous la forme d'un forfait jour annuel de 214 jours à partir de 52 semaines de 5 jours ouvrés (moins 2 1/2 journées possibles de vacances extérieures non

lucratives) desquelles sont déduites 7 jours de RTT, 8 jours fériés annuels et 30 jours de congés annuels soit au total 7 semaines 1/2 de droit à absence. Il est à noter que la FMC (15 jours dans le public) n'est pas prise en compte dans ce forfait établi dans le cadre des accords Aubry II sans embauche de personnel médical.

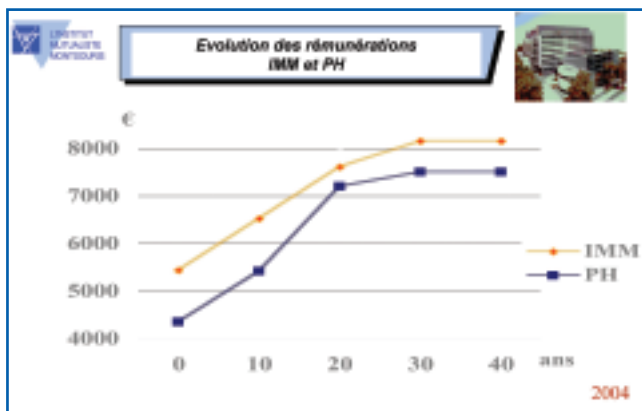
Le forfait jour est compris hors gardes et astreintes rémunérées en sus du salaire de base avec un forfait astreinte par département et par spécialité médico-chirurgicale. Une exception existe à l'IMM pour l'anesthésie en mère-enfant où la garde est incluse dans le temps de travail comme dans le public.

Les grilles salariales de la nouvelle convention FEHAP s'appuient sur un coefficient de base à 937 (médecin spécialiste) auquel on ajoute différents compléments pour une spécialité 100 pts, ancien CCA 170 pts, unité de court séjour 35 pts. L'ensemble permet d'obtenir un salaire de base en multipliant la somme des points (base + compléments = 1242) multipliée par la valeur du point FEHAP (4.172 € au 01/01/05). Ce salaire initial de 5182 € bruts est ensuite valorisé d'une prime d'ancienneté de 1 % par an pendant 30 ans plafonnée à 30 ans et d'une majoration spécifique de 1 % par an pendant 20 ans dans la limite de 20 %. Une fois l'ancienneté appliquée, il y est adjoint depuis 2003 une prime de 5 % qui correspond à la prime décentralisée par analogie à l'ancienne prime d'assiduité du personnel non médical.

Calcul des émoluments bruts mensuels (CCN 51 FEHAP modifiée en 2003)		
Médecin spécialiste	Coef.Réf.	937
Complément spécialité		+ 100
Ancien interne ou ACCA		+ 170
Complément court séjour		+ 35
	total =	1242 points
Salaire brut = 1242 x 4.172 (point FEHAP)		
+ 1%/an sur 20 ans (cadre)		
+ 1%/an sur 30 ans (ancienneté)		
+ 5 % salaire brut (prime décentralisée)		
=> salaire brut ancienneté zéro = 5440		

Ce salaire initial à l'embauche sans ancienneté de 5440 € montre donc un différentiel en faveur du PSPH de 1374 € par rapport aux émoluments bruts mensuels des PH premier échelon à 3875.40 € + 462,85 € d'indemnité d'engagement de service public exclusif.

Ce différentiel persiste au long de la carrière avec des écarts variables selon l'ancienneté.



En revanche, il est à minimiser du différentiel de charges sociales en défaveur du PSPH (+ 8%), et d'un taux de remplacement par les caisses de retraite moindre (45%).

Le même constat peut être réalisé pour les astreintes aussi bien opérationnelles que de sécurité avec à l'IMM la mise en place depuis 2000 d'un forfait par astreinte de 2287 € (hors retour) à répartir selon le nombre de médecins participants.

Indemnités brutes pour astreintes		
	Forfait astreinte	Déplacements
IMM	2287 €/nb médecins par type d'astreinte (2287/5 = 457€/med)	< 3 heures : 83 € + 34 €/heure au delà (ex : 8 heures 253€)
PH	Ast. Op : 36.78 € (36.78 x 6 = 221 €/med) Ast. Sec : 24.06 € (24.06 x 6 = 144 €/med)	A.O, A.S, except : 62.11 € > 3heures jour : 150.75 € nuît : 175 €

A l'IMM comme dans d'autres établissements PSPH, la RTT a été réalisée sans embauche de personnel médical et le repos de sécurité non réalisé en raison du non financement dans le PSPH de la directive européenne 93/104/CE applicable en novembre 2003. Les gardes à l'IMM ne sont pas décomptées dans le temps de travail (sauf pour l'anesthésie en mère-enfant), leur rémunération est de 305€ bruts (+ 10% de congés payés) alors que le statut des PH intègre la garde dans le temps de travail avec une indemnité de 251.25 €. Les possibilités de temps

additionnel prévues dans le public n'existent pas encore dans le secteur PSPH. Un accord récent dans ce sens si il est agréé par les tutelles devrait permettre un rapprochement vers le statut actuel du public.

Dans le cas particulier de l'IMM des périodes de moindre activité, correspondant à 12 semaines par an, existent depuis l'année 2000 afin de permettre à l'ensemble du personnel la prise des droits à congé dont la RTT.

PSPH : DES STATUTS ET DES ORGANISATIONS MULTIPLES

Dans le secteur sanitaire, l'importance du rôle joué par les établissements de santé privés à but non lucratifs dans l'offre de soins est reconnue par les tutelles. Les difficultés budgétaires qu'ils rencontrent, en particulier dans les secteurs aigus, pèsent sur leur avenir ce qui a conduit leurs administrateurs et la FEHAP à alerter les sphères ministérielles, l'ARH et la DHOS. L'iniquité public-PSPH sera alourdie avec la mise en place dans le cadre actuel, de la réforme T2A.

Comme l'a exprimée la conférence régionale des présidents de CME des PS-PH, la rénovation de la convention collective FEHAP n'a pas réglé les problèmes : absence de reconnaissance du travail médical de nuit, absence de décompte du temps de garde dans le temps de travail, absence de règles claires et de moyens de mise en œuvre du repos de sécurité, absence de passerelle entre le PSPH et le public.

Force est de constater qu'hormis un cadre conventionnel commun, il y a autant d'organisations de travail et de statuts qu'il y a d'établissements PSPH, avec les situations de précarité que cela induit. L'organisation obéit à une logique plus privée que publique que la T2A ne devrait pas améliorer.

EN CONCLUSION

Les établissements hospitaliers privés, qui ont choisi d'exercer leur activité de soins à titre non lucratif en participant au service public hospitalier apportent sans conteste depuis des décennies un savoir-faire, une qualité de soins et des exemples de restructuration liée aux contraintes budgétaires. Le rétablissement d'un équilibre avec le secteur public est aujourd'hui nécessaire quand tout les rapproche : le mode d'attribution des budgets, les règles légales d'organisation du travail, les missions de service public et la répartition de l'offre de soins. A moins que le PSPH ne vive ses derniers instants avant de disparaître en perdant son statut non lucratif.