

FPS

Fédération des Praticiens de Santé
Président : DR J. AMHIS

SPEEP

Syndicat des Médecins Exerçant en
Milieu Pénitentiaire
Président : Dr E. CHAIGNE

SUDF

Syndicat Urgences de France
Président : Dr M. GIROUD

SNHG

Syndicat National des Hôpitaux
Généralistes
Président : Dr A. JACOB

SNHU

Syndicat National des
Hospitalo-Universitaires
Président : Dr B. DIQUET

SNOHP

Syndicat National des Odontologistes
des H. Publics
Président : Dr E. GERARD

SNPEH

Syndicat National des Pédiatres des
Etablissements Hospitaliers
Président : Dr J.L. CHABERNAUD

SNPH-CHU

Syndicat National des PH de CHU
Président : Dr J.M. BADET

SPEP

Syndicat des Psychiatres d'Exercice
Public
Président : Dr A. POLI

SYNPREFH

Syndicat National des Pharmaciens
des Etablissements Publics de Santé
Présidente : Dr M. LEBOT

SNPH TP

Syndicat National des Praticiens
Hospitaliers à Temps Partiel
Président : Dr T. RAHME

SNMInf

Syndicat National des Maladies
Infectieuses
Président : Pr Eric PICHARD

CNAH

Confédération Nationale des
Assistants des Hôpitaux
Président : Dr Jean-Marie FARNOS

FNASF

Fédération Nationale des
Associations de Sages-femmes
Présidente : Mme MASCART

SFCP

Syndicat des Chirurgiens Pédiatres
Français
Président : Dr Philippe MONTUPET

Paris, le 13 décembre 2012

La confiance en pacte : pourquoi pas ? Rachel Bocher

Depuis le 7 septembre dernier, chaque semaine, tous les acteurs de santé du Pays sont réunis à Paris.

Trois groupes ont été constitués afin de parvenir à un PACTE DE CONFIANCE.

Voilà l'objectif : la confiance !

Pour s'assurer de la maintenir, il est convenu de "pactiser" avec elle : dont acte.

L'INPH participe bien entendu à ce travail dont on veut croire qu'il a pour objectif une volonté commune de changement.

Les acteurs devront tout d'abord reconnaître que la rigueur budgétaire n'exclut pas la culture médicale ni son armature éthique.

Fort de ce constat, l'attractivité des carrières qui repose sur l'indépendance professionnelle – y compris dans une dépendance institutionnelle – s'inscrira dans un hôpital ouvert sur la société telle qu'elle est, permettant aux patients une accessibilité accrue pour tous.

Travailler à l'hôpital, c'est s'intégrer dans un travail d'équipe qui implique une coopération inter-professionnelle. Le rôle social du service public hospitalier est bien au cœur de nos préoccupations quand nous recherchons l'émergence de nouveaux métiers pour répondre aux nouveaux défis.

Partant, la question autour de la T2A et de son devenir sont posés : doit-elle être modifiée ? A l'évidence OUI. Doit-elle être abandonnée, cette option doit maintenant être écartée.

Le travers de la T2A est de construire un outil de planification.

Ce travers doit être rectifié pour combattre le caractère inflationniste, l'opacité, l'instabilité des tarifs sans articulation claire avec les coûts : en aucun cas les MIGAC ne doivent devenir des variables d'ajustement mais doivent remplir leur fonction de financement des activités d'intérêt général.

Partant du constat de la démographie médicale défaillante comme étant une des causes de la désertification médicale, de la défiance entre les pratiques de la médecine de ville et de la médecine hospitalière, ce futur pacte devra s'essayer à de nouvelles méthodes de reconnaissance mutuelle.

L'INPH propose de maintenir une vision territoriale du service public hospitalier par la définition de territoires prioritaires. Bien entendu comme à chaque fois, il ne faut pas oublier de fixer les contours de l'enveloppe nécessaire pour le déploiement des moyens humain et matériel afin que le service public hospitalier s'implique dans toutes ses missions y compris dans l'éducation sanitaire, la prévention et les réseaux de soins.

Au cœur de ce débat, les inter-syndicats - au premier rang desquels l'INPH - trouveront leur place dans les structures de développement, de régulation et de contrôle de l'activité hospitalière, notamment dans le nouveau dispositif nécessaire pour une réforme des urgences et des gardes.

Etre au plus près du terrain est une règle commune reconnue. Elle s'applique aussi ici. L'échelon régional est incontournable mais insuffisamment reconnu actuellement par les commissions existantes (CPR quasi inexistence, CRSA peu représentative). En aucun cas la représentation syndicale ne pourra s'inviter seule à la CME.

Dès lors, on voit que ce pacte ne peut être qu'un point de départ, de rassemblement pour élaborer ce que pourrait être l'hôpital du XXIème siècle.

La qualité du dialogue social qui est un élément fort de la restauration de la confiance, doit se poursuivre une fois le pacte conclu.

Les modalités des négociations statutaires doivent être clairement définies.

Cette confiance retrouvée permettra de définir la nouvelle grille de lecture de notre statut de praticien hospitalier, comme pilier de notre indépendance professionnelle et fondement de notre liberté d'exercice dans nos pratiques.

Beaucoup de pistes existent pour écrire ce nouveau chapitre : les évolutions du statut à valences contractuelles semblent aujourd'hui admises comme indispensables à la dynamisation et à l'amélioration du déroulement de nos carrières. Il est vrai que la participation à l'enseignement et à la recherche sont autant de facteurs d'attractivité

La responsabilité médicale est indissociable de la confiance : confisquer l'une c'est attaquer la seconde. Nous serons très attentifs.

Enfin pour que la confiance convoquée soit solide, la revalorisation de nos carrières, soit par le raccourcissement des échelons, soit par une rémunération accrue des nouvelles missions, ne pourra pas être contournée. (Intéressement collectif universellement demandé).

Les différents statuts devront être harmonisés : les temps partiels attendant depuis trop longtemps d'être écoutés et entendus pour faire reconnaître l'importance de leur valeur ajoutée dans le système hospitalier public. Les praticiens libéraux devront s'asseoir autour de la table, avec les praticiens du public : les chiffons rouges agités sur les dépassements d'honoraires et autres consultations privées devront trouver un point d'équilibre. L'attaque frontale est et sera contre productive.

Reste la gouvernance qui fait l'objet du travail du groupe 3 : des conclusions de ce groupe il ressortira assurément que la composition et la mission des CME devront être profondément revues ainsi que les instances actuelles (directoire, conseil de surveillance). Le système pyramidal a depuis longtemps montré les limites de son efficacité.

Le dimensionnement et le découpage en pôles laissent perplexes par l'abandon réel de toute logique médicale pour un confort administratif incertain.

Les Pôles pourquoi faire ? Parce que c'est la mode ?

Parce que tel est le modèle de management enseigné ?

La dimension humaine s'évapore, les patients souffrent dans leur parcours.

Les praticiens sont invités à signer un pacte de confiance ?

Volontiers : à condition que le virage soit négocié au plus près des réalités de terrain.