

CHARTRE SYNDICALE

Le SPHP s'adresse aux praticiens des établissements publics de santé de toutes disciplines dans une perspective de dépassement des seuls intérêts catégoriels en favorisant les relations transversales inter-disciplinaires.

Le syndicat des praticiens des hôpitaux publics (SPHP) regroupe des praticiens temps plein et temps partiel qui depuis le début des années 1980 ont soutenu :

- la démocratisation de l'organisation médicale avec la création du statut unique des praticiens hospitaliers, la promotion de la collégialité, et l'indépendance professionnelle des praticiens.
- la modernisation des hôpitaux publics.
- la planification sanitaire.

Soucieux d'une bonne gestion des ressources publiques consacrées à la santé, le SPHP souhaite, malgré les aléas du contexte économique et les pressions qui s'exercent sur les dépenses publiques, que notre pays conserve son système de protection sociale parce qu'il permet globalement l'accès à des soins de qualité pour toute la population.

OBJECTIFS DU SPHP.

- **Défendre et moderniser la protection sociale et le financement de notre système de santé**

Le système de sécurité sociale créé en 1945 en France doit être préservé sans se détourner de l'effort nécessaire pour gérer au mieux les ressources consacrées à la santé. L'équilibre entre les dépenses et les recettes se fait d'autant plus facilement que l'activité économique est soutenue et le chômage contenu. Le financement actuel repose essentiellement sur des cotisations assises sur les revenus du travail salarié. Il doit être élargi aux autres actifs. La création de la CSG fut un pas en avant qui doit être consolidé.

Depuis les ordonnances de 1995, l'attribution au Parlement du rôle d'apprécier chaque année les dotations financières allouées à l'Assurance Maladie peut certes être une garantie démocratique. Mais elle ne prendra tout son sens que si en amont des procédures budgétaires, est organisé un vrai débat concernant les acteurs et les usagers du système de santé. La création des outils nécessaires à ce débat et à son efficacité reste d'actualité.

- **Conforter et améliorer l'organisation sanitaire.**

L'hôpital public doit rester le pivot du dispositif sanitaire et garder sa logique de service public, garant d'une médecine de qualité pour tous.

Le secteur privé jusqu'ici alternative à l'hospitalisation publique dans certains secteurs (chirurgie...) ne doit pas, dans le cadre des dispositions de coopération notamment, devenir le substitut d'un hôpital public qui serait laissé en déshérence.

La loi hospitalière de 1991 après la mise en place du budget global en 1984 a permis un utile effort de rationalisation du système de soin. L'offre de soin a été modulée, le nombre

de lits diminué, les hôpitaux ont vu leurs responsabilités mieux définies et s'articuler de façon complémentaire dans le cadre des Schémas Régionaux de l'Organisation Sanitaire de première et deuxième génération.

Beaucoup de maternités ont été regroupées, majoritairement dans le secteur public et à moyens constants, des services de chirurgie ont été fermés dans de petites villes parfois isolées.

Pour être poursuivie, cette restructuration, déjà importante, doit être évaluée dans ses effets et menée en tenant compte avant tout des besoins sanitaires des populations et de l'évolution scientifique, dans une logique nationale avec le souci d'aménager de façon équilibrée le territoire de chaque région.

Les réseaux de santé, qui ne doivent pas se substituer à une offre de soins cohérente, ne constituent qu'une réponse privilégiée à la nécessaire coordination des soins entre les différentes structures hospitalières publiques, privées et la médecine libérale.

L'évaluation, la certification et l'accréditation, s'il s'agit d'accompagner les établissements dans une démarche d'amélioration des prestations, peuvent constituer une garantie de qualité des soins pour les patients et des conditions de travail pour les personnels. A contrario, elles peuvent n'être qu'une démarche exclusivement bureaucratique, uniquement préoccupées par une présentation de façade, de fait déconnectées de la réalité et de la vraie qualité des soins.

➤ **L'hôpital et ses malades.**

De plus en plus, sous prétexte d'une recherche d'optimisation du service rendu, les malades ne sont plus appelés des patients mais des usagers ou des clients...

Ce glissement sémantique progressif serait susceptible d'entraîner une modification positive des comportements à leur égard.

Pourtant on peut douter que la logique marchande soit de nature à rassurer complètement sur la qualité de la prise en compte des consommateurs que seraient devenus les patients : outre les impératifs financiers, les accidents liés aux outrances publicitaires ou aux démarches frauduleuses sont malheureusement fréquentes dans le domaine commercial.

Pour ce qui nous concerne, l'éthique professionnelle doit rester le cœur de la relation avec ceux qui doivent demeurer avant tout des malades. Pour eux nous devons, et les procédures organisationnelles et statutaires doivent le vérifier, veiller à rester compétents, respectueux, disponibles, avant tout attentifs à leurs souffrances et soucieux d'y répondre aux mieux. C'est notre responsabilité et celle des établissements où nous exerçons.

La force de notre exercice de médecins de service public est justement d'avoir une distance statutaire avec les contraintes de la rentabilité purement économique.

➤ **Améliorer l'organisation hospitalière sans la bouleverser**

Depuis la loi hospitalière de 1991, dans le droit fil de celle de 1970, les hôpitaux étaient dirigés par leur conseil d'administration qui délibérait sur l'essentiel, le directeur assurant le pouvoir exécutif. Les médecins, pharmaciens et biologistes représentés dans les différentes instances ont vu depuis 1991 le rôle de leur commission consultative devenue commission d'établissement s'étendre ; elle « préparait avec le directeur le projet médical...et les mesures d'organisation des activités médicales.. », « elle délibérait sur les choix médicaux de l'année à venir.. » certes « dans le respect de la dotation budgétaire

allouée ». Les autres catégories de personnels (nonobstant leur représentation au conseil d'administration) se retrouvent dans une instance uniquement consultative : le comité technique d'établissement.

Les ordonnances de 2005 visent à faire partager le pouvoir exécutif par les médecins (création du comité exécutif, des pôles d'activités ...) aux dépens des responsabilités du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement à laquelle il est d'ailleurs proposé de fusionner avec le comité technique d'établissement.

Le budget global conçu comme un outil de maîtrise des dépenses hospitalières a été à juste titre vécu comme contraignant. Malgré tout il permettait une approche différenciée des dotations entre les régions, les différents hôpitaux et les diverses activités.

Le paiement à l'activité qui doit progressivement le remplacer aura du mal à échapper à deux risques contraires : l'inflation des actes à l'avantage des établissements (mais aux détriments de la sécurité sociale) ou leur mise en difficulté si le prix des actes est inférieur aux coûts. Le maintien des dépenses de santé dans une enveloppe globale (ONDAM) laisse entendre qu'à terme, la deuxième hypothèse est la plus probable. Déjà sa mise en place paraît souffrir d'un manque de transparence et la gestion qu'il entraîne peu de lisibilité. Dans les faits, beaucoup d'hôpitaux ne disposent plus aujourd'hui des moyens budgétaires nécessaires à l'assurance de leurs différentes missions. Certaines de leurs activités jugées non rentables risqueraient de ne plus être prises en charge.

Pour ce qui concerne l'organisation médicale, la loi de 1991 proposait la possibilité de maintenir les services, de créer des départements ou des fédérations de services. Dans tous les cas, l'unité fonctionnelle devait être l'unité de base. En fait l'organisation médicale repose toujours sur les services avec ou sans unités fonctionnelles. Si des services ont été regroupés, peu de départements ont vu le jour. Ils étaient pourtant d'essence médicale. En effet, la bonne gestion ne doit pas contrarier la qualité de la pratique médicale. Or les pôles paraissent avant tout d'essence gestionnaire. Avec eux, l'architecture médicale va se complexifier et sans doute s'alourdir.

➤ **Préserver le statut des praticiens hospitaliers**

Redéfini en 1984 avec la création du statut unique de praticiens hospitaliers, auquel nous sommes très attachés au point qu'il constitue un des fondements essentiels de notre engagement syndical, ce statut vient d'être modifié.

Certaines adaptations se sont au fil du temps révélées nécessaires (prime d'exercice public exclusif, prime multi-sites, activités d'intérêt général...). D'autres seraient souhaitables (valence universitaire par exemple). Le droit statutaire à l'exercice d'une activité libérale doit être maintenu.

Par contre, nous déplorons le retour à une nouvelle hiérarchie médicale (responsable d'unité, chef de service, coordonnateur de pôle, président de CME...). La collégialité qui a beaucoup progressé dans nos établissements, risque de ne pas y résister, et le recrutement, déjà difficile, en souffrira davantage encore.

Nous maintenons notre refus de la dévalorisation du concours, ainsi que notre opposition totale à la précarisation introduite par la dissociation entre nomination et affectation, et la nouvelle position de recherche d'affectation.

La gestion du statut unique doit rester nationale (nominations, mutations, dispositions

disciplinaires...), gage de qualité, d'indépendance professionnelle et d'impartialité.

Enfin, l'amélioration du statut des praticiens temps partiels (rémunération, prime d'exercice public exclusif, retraite), sans cesse reportée, doit être enfin prioritaire. De même celles qui pénalisent ceux de nos collègues exerçant une activité libérale, pour leur assiette de cotisation à l'IRCANTEC.

La retraite par répartition doit rester la pierre angulaire d'un dispositif qui doit être amélioré pour permettre la retraite à 60 ans des praticiens qui le souhaitent dans des conditions équivalentes à celles des autres salariés de la fonction publique. Un audit indépendant de l'IRCANTEC doit être réalisé afin d'évaluer réellement les perspectives économiques de notre caisse de retraite complémentaire.