

Les Médecins des Hôpitaux Publics



Janvier / Juin 2015

N° 239



Sommaire

EDITO : LIBERTE EGALITE FRATERNITE (p. 2)

Actualités syndicales 12/01/15 (p. 3-4)

Quatrièmes rencontres professionnelles

LA JOURNEE DU PRATICIEN

PRESENTATION DE LA LOI DE SANTE

Jean DEBEAUPUIS, Directeur de la DGOS (p. 5-8)

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

ÉTAT DES LIEUX ET PROJECTION

Dr Patrick BOUET, Président du CNOM (p. 9-11)

Tribune Libre : Ce qui a changé, ce qu'il faudrait changer, ce qui va changer...(p. 12)

La puissante « lame de fond » qui soulève notre Pays suite aux événements dramatiques qu'il vient de vivre ne pouvait laisser notre Revue MHP sans voix.

Des terroristes commandités par les djihadistes ont assassiné à Paris des compatriotes parce qu'ils étaient journalistes, policiers, juifs ou seulement présents sur les lieux... Un véritable électrochoc a été vécu par nos concitoyens qui se sont mobilisés en masse au cri de « je suis Charlie », entre le recueillement et les applaudissements. Les Français, à l'appel de leur Président et de tous leurs représentants, ont manifesté soudainement une véritable Union Nationale à laquelle tous ont participé, après que les forces de l'Ordre ont réussi à neutraliser ces sinistres individus, aveuglés et fanatisés. De multiples manifestations d'entraide, de solidarité, de reconnaissance aux forces de police et de gendarmerie se sont, de façon tout à fait extraordinaire, exprimées. Sous les pancartes « je suis Charlie, je suis Flic, je suis Juif », chacun, jeune ou vieux, de toute opinion, de toute confession ou sans confession, de toute culture et de toute couleur de peau, a tenu à témoigner de son indignation, de sa colère, de son émotion, de son chagrin, de sa volonté de rester debout face la barbarie.

Cette lame de fond a déferlé sur toute la planète, et Paris fût un jour la capitale du monde libre, opposé au terrorisme. Cette photographie des chefs d'Etat du monde entier, défilant de façon oh combien symbolique entre la République et la Nation fera

incontestablement date dans l'Histoire.

Il fallait sans doute de tels drames pour provoquer le sursaut. Notre société, terriblement malmenée par la crise économique, sociale, et culturelle, reste secouée, menacée par les dérives terrorisantes, populistes ou de toute autre nature, par les idéologies du déclin, par l'antisémitisme, l'islamophobie et tout autre recherche pervertie d'un bouc émissaire. Certains jeunes ont même perdu l'espoir. Plût au ciel (pour celles et ceux qui y croient !) que ces inoubliables journées puissent les aider à le retrouver, et nous aider tous à mieux vivre ensemble, à prendre meilleure conscience de ce que veulent dire nos trois mots républicains fondateurs, liberté, égalité, fraternité, que les journalistes de Charlie Hebdo ont défendu au prix de leur vie. Sans oublier que ce qu'ils défendaient était tout simplement la liberté d'expression dans notre société laïque où chacun est libre de croire ou de ne pas croire, mais dans le respect mutuel de ce qui fait de nous des citoyens français.

La France fût ainsi un symbole international de la liberté. Elle a ses particularités, avec sa République issue de la Révolution, sa Démocratie, mais aussi ses Services Publics, et notamment son Ecole et son Hôpital publics. Tout n'est pas réglé et beaucoup reste à faire. Mais faisons en sorte qu'à l'avenir ces efforts s'appliquent toujours dans le cadre d'une démocratie plus tolérante et plus optimiste.

Bruno Devergie, Jacques Trévidic, Arnaud Patenotte

Actualités syndicales 12/01/15

L'actualité syndicale est particulièrement abondante en cette fin d'année 2014 et début d'année 2015, et les sujets concernés très sensibles.

Temps de travail

Dans un contexte conflictuel entre les médecins libéraux et le gouvernement, nos collègues urgentistes ont déposé un préavis de grève pour la semaine du 22 décembre 2014, ce qui a conduit le Ministère de la santé à acter une revendication depuis longtemps portée par les organisations syndicales de praticien hospitalier, dont la CPH, concernant le décompte du temps de travail.

En effet, constatant que 25% des structures d'urgences et/ou SAMU-SMUR (et non des moindres) ne sont pas en décompte horaire alors que l'activité le justifie, la Ministre a demandé par instruction aux ARS et aux hôpitaux la généralisation du principe de décompte horaire du temps de travail dans ces structures au plus tard le 1^{er} juillet 2015. L'instruction pose également le principe d'une rémunération complémentaire par tranche de 5 heures au-delà des 39 heures hebdomadaires. La CPH considère que cette mesure n'est que justice pour ces praticiens à forte contrainte de travail en raison de la prédominance d'activités en travail posté et en permanence des soins.

Toutefois, ces mesures ne peuvent suffire à restaurer l'attractivité des carrières médicales hospitalières. Au-delà des seuls urgentistes, ce sont toutes les disciplines médicales, pharmaceutiques et odontologiques qui, soumises à la pression des impératifs budgétaires et au recours croissant de nos concitoyens aux structures publiques de soins, sont en situation d'horaires à rallonge et de dépassement de la durée légale du temps de travail définie par les textes européens.

La CPH exige que l'ensemble des professionnels médicaux hospitaliers puisse bénéficier selon leur choix du décompte horaire de leur temps de travail, sur une base déclarative. Le temps de travail légal de chaque praticien doit être fixé sur une base de 10 demi-journées hebdomadaires et compte tenu des 19 jours de RTT à **39 heures par semaine**, avec un maximum de 48 heures, la période entre 39 et 48 heures correspondant à des heures supplémentaires. Au-delà de 48 heures, il ne peut s'agir que de temps additionnel, contractualisé sur la base du volontariat.

En revanche, la CPH est opposée à la notion intro-

duite par cette instruction de vouloir différencier le temps dédié au travail clinique de celui réservé aux activités non cliniques. Outre que la définition des temps clinique et non clinique n'est pas explicitée, cette distinction n'est pas pertinente pour la majorité des disciplines dans la mesure où l'exercice médical, pharmaceutique et odontologique est consubstantiel entre clinique, évaluation, formation et organisation des soins. En fait, cette notion ne peut se comprendre que dans le cadre d'un exercice posté où le praticien n'a pas l'autonomie de l'organisation de son temps de travail. C'est pourquoi la CPH demande que ce paragraphe soit entièrement reformulé en considérant non pas la distinction artificielle entre activités clinique et non clinique mais plutôt l'autonomie des praticiens dans l'organisation de leur temps de travail au sein d'une équipe.

La CPH est fermement attachée au statut unique de praticien hospitalier. Sauf à acter l'éclatement du statut, il est impératif que les avancées obtenues sur un sujet aussi fondamental que le temps de travail soient appliquées à toutes les disciplines médicales, pharmaceutiques et odontologiques. Nous rappelons que la Ministre de la santé a souhaité mettre en œuvre tous les moyens nécessaires tant pour améliorer l'attractivité de l'exercice médical au sein de l'hôpital public que pour garantir à tous les patients une prise en charge de qualité et en toute sécurité. Il est urgent de mettre en pratique ces bonnes intentions faute de quoi, de nouveaux mouvements sociaux interviendront avant la fin du mois de janvier 2015.

Application de l'arrêté sur la permanence des soins

Les conditions de l'application de l'arrêté du 8 novembre 2013 sont toujours difficiles et de nombreux établissements n'ont pas encore pris en compte en 2014 les modifications dans l'organisation des soins qui en découle.

Il semble cependant que la situation est en train d'évoluer, en particulier à partir de 2015. Pour s'en assurer, la DgOS va lancer une enquête dans tous les hôpitaux afin de comparer la situation en 2013, 2014 et 2015. Les Commissions Régionales Paritaires seront informées des résultats. Elles ont un rôle important dans l'organisation de la permanence des soins et doivent être saisies en cas de difficultés constatées sur le terrain.

Afin de faciliter l'organisation du fonctionnement des services, la CPH demande que le découpage des journées de travail soit comptabilisé non plus en 4 demi-journées mais 5 plages horaires. Cette mesure faci-

litérait grandement la réalisation des obligations de service et la permanence des soins dans le cadre de restructurations à base territoriale, et permettrait le respect du repos quotidien des professionnels après le travail de nuit.

Mission Attractivité

La Ministre de la santé a confié à M. Jacky Le Menn une mission destinée à formuler des propositions concrètes et immédiatement opérationnelles visant à améliorer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital.

La CPH a rencontré M. Jacky Le Menn à 2 reprises au cours du mois de décembre 2014 et lui a présenté ses propositions. En retour, des pistes ont été évoquées concernant une nouvelle grille indiciaire, un travail sur les « valences », une amélioration de la gouvernance hospitalière, un aménagement de la participation à la permanence des soins à partir de 55 ans et une exemption à partir de 60 ans, la création d'une position de praticien remplaçant au sein du statut de PH, la possibilité de prolongation d'activité au-delà de la limite d'âge actuelle et d'autres mesures relatives aux conditions de travail.

D'ores et déjà, d'autres rendez-vous sont prévus en janvier 2015 et un point d'étape est prévu à la mi-janvier. Cette mission devra avoir rendu ses conclusions d'ici le mois de mai.

La CPH sera particulièrement attentive aux résultats concrets de cette mission. Les mesures qu'elle préconisera auront un impact considérable pour l'avenir des recrutements de praticiens et par conséquent sur l'avenir de l'hôpital public dans son ensemble. Il est donc particulièrement important de ne pas décevoir nos jeunes collègues et de conforter les moins jeunes dans leur choix de carrière hospitalière.

DPC

Jamais le DPC n'a mérité autant son surnom de « Dossier Particulièrement Compliqué ».

A la suite du rapport Igas sur l'OGDPC, le Ministère a décidé d'engager un cycle de concertation avec les professionnels libéraux et hospitaliers, l'objectif étant d'aboutir à une redéfinition des objectifs d'ici la mi-février 2015.

Dans l'attente, la DgOS a envoyé un courrier à l'ANFH l'autorisant à financer de manière dérogatoire des actions de FMC sur l'enveloppe des cotisations des établissements. Las, l'ANFH interprète cette dérogation de manière stricte et n'accepte de financer que lorsque le « reconditionnement » en programme

DPC est impossible. La CPH a plaidé pour plus de souplesse.

Sur la réforme indispensable du DPC lui-même, la CPH va proposer des mesures de simplification sur les bases suivantes :

- Le financement de la formation médicale continue classique (FMC) doit être assuré. Le format DPC ne permet pas de répondre à la totalité des besoins de formation.
- Les fonds destinés à la FMC et au DPC des personnels médicaux hospitaliers doivent être garantis afin que l'OPCA puisse avoir une visibilité suffisante de ses possibilités financières.
- Les 2 sources de financement cotisation établissement et contribution de l'industrie doivent pouvoir être utilisées aussi bien pour des programmes DPC que pour des formations classiques.
- L'obligation annuelle de DPC doit être maintenue, mais avec dissociation possible de la partie cognitive (qui pourrait relever d'une action de FMC) et de la partie APP (qui pourrait être effectuée dans l'établissement). L'obligation de combiner les deux s'appliquerait par praticien et non par programme.
- Une obligation complémentaire de réaliser un programme DPC complet sans dissociation des parties cognitive et APP, et hors de l'établissement employeur, doit également être introduite, mais avec une périodicité plus longue (triennale ou quinquennale).
- Les établissements de santé employeurs ne doivent pas recevoir de financement au titre d'ODPC pour leurs propres salariés, car il est dangereux que ces établissements puissent à la fois établir la commande et percevoir la facture de ces formations (risque d'abus de position dominante).
- Le financement doit être équitable pour toutes les disciplines médicales, pharmaceutiques et odontologiques.
- Le financement ne doit couvrir que les frais pédagogiques, ainsi que les frais de déplacement et d'hôtellerie. En aucun cas, ils ne doivent servir de compensation financière au paiement des traitements des praticiens partis en formation, ni à leur remplacement.
- La représentation des syndicats représentatifs de praticiens hospitaliers dans les instances de régulation de l'OGDPC doit être assurée, y compris sur le plan scientifique, afin d'encourager l'offre de programmes et d'organismes de formation spécifiquement adaptés à l'exercice hospitalier.
- L'OPCA chargé de la gestion des fonds pour les médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers doit être réellement paritaire.

Cependant, de récents contacts nous font craindre que les crédits issus de la taxe sur les laboratoires pharmaceutiques seraient considérablement réduits pour les exercices ultérieurs, ce qui serait de nature à remettre en cause toute l'organisation du DPC pour les hospitaliers. ■

PRESENTATION DE LA LOI DE SANTE

Jean DEBEAUPUIS, Directeur de la DGOS

(Extraits)

La Journée du Praticien
Vendredi 10 octobre 2014

...] Vous m'avez demandé [...] une mi-présentation, mi-commentaire ou explication du projet de loi dans son état actuel. [...] Vous allez voir que c'est une vraie loi de santé et pas une loi centrée sur l'hôpital. Puis, on va faire deux zooms successifs sur la partie hospitalière qui me concerne et qui vous concerne le plus, [...] puis sur les avancées ou les derniers ajustements qui ont été opérés à votre demande et à celles des intersyndicales de praticiens hospitaliers dans certaines des dispositions-clés de ce texte.

[...] Un petit point de méthode d'une loi sur la santé, en dehors des lois de finances ou de financement de la sécurité sociale. Ça ne passe pas tous les ans, c'est effectivement un dispositif complexe. Ça fait un an qu'on la prépare au sein du ministère et sous l'autorité de la ministre. Ça se traduit par des arbitrages gouvernementaux, [...] et ça devient un projet de loi quand il est adopté par le conseil des ministres et adressé au parlement dans le calendrier d'examen. C'est une préparation qui est extrêmement lourde et qui suppose des arbitrages difficiles, parce qu'il y a toujours beaucoup de matière, beaucoup de demandes à intégrer et que le projet de loi, qui est en l'état quasi final [...] comprend à peu près **55 dispositions**. [...]

La structuration [...] est la suivante. Un titre liminaire, un article premier qui est, en gros, un article chapeau qui définit ce qu'est une politique de santé et ce qu'est une stratégie nationale de santé. **La stratégie nationale de santé**, c'est une approche nouvelle et ambitieuse portée par le premier ministre et par la ministre de la Santé. Il y a donc une différence avec une loi de santé publique. [...]

Je passe très rapidement sur le titre I qui est **consacré à la prévention** et comprend 10 articles. Il est porté essentiellement par la Direction Générale de la Santé. Donc, on voit déjà d'emblée que ce n'est pas une loi centrée sur l'hôpital, ça n'est pas une loi centrée sur le territoire. [...] C'est [sur] l'utilisateur du système de santé, avec l'accent et la priorité qui sont mis sur la prévention d'un côté et sur la démocratie sanitaire.

Le titre II qui veut promouvoir le **parcours de santé** comprend un certain nombre de dispositions : le **service territorial de santé au public**, la refondation de la **santé mentale et de la psychiatrie** comme déclinaison du service territorial de santé au public, les **plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours complexes**. [...]

L'article suivant, c'est la promotion d'un **numéro national unique de permanence des soins ambula-**

toires, à côté des autres numéros existants 15 et SOS Médecin. Plein d'autres dispositions que je ne cite pas, mais dont le **service public d'information en santé**, puisque la ministre promet une approche [...] et une boîte à outils d'information du patient beaucoup plus développée qu'actuellement ; le **document d'information de sortie des établissements de santé et la lettre de liaison**, puisqu'un des choix du gouvernement a été de dire [...] : à l'heure du numérique et du XXIème siècle, on ne peut plus se satisfaire que des courriers papiers sortent à 80 % à 5 jours de la sortie de l'hospitalisation, et que le médecin traitant manque souvent d'informations en la matière, ou inversement que les praticiens et les équipes soignantes des établissements n'aient pas à l'entrée des informations qui soient transmises par le médecin traitant ; [...] évidemment la refondation du **service public hospitalier**, et puis une approche plus intégrée de la coopération qui s'appelle les **Groupements Hospitaliers de Territoire**.

Titre III suivant, c'est innover, avec un réexamen-refondation du **développement professionnel continu**, une disposition sur les actes des étudiants paramédicaux ; la définition, qui est un chantier pluriannuel, des **pratiques avancées paramédicales** ; des dispositions sur **vaccination et substituts nicotiniques** ; **l'encadrement de l'intérim**, puisqu'on s'est aperçu à l'occasion d'une mission parlementaire que l'intérim médical n'était prévu absolument nulle part dans le code de la santé publique ; l'extension du **contrat unique de recherche clinique** dans les établissements de santé privés, puisqu'il a été lancé dans les établissements publics.

Enfin, un titre IV qui est à la fois planification du **pilotage des politiques publiques** en santé et accentuation de la **démocratie sanitaire**, avec un article 37 qui est très important, qui fait un retour d'expérience sur 5 ans de projet régional de santé et qui le simplifie, le remodele un petit peu ; c'est une disposition longue, elle fait 6 pages ; la redéfinition des **vigilances sanitaires**, la **gestion du risque**, des dispositions sur la **convention nationale**, la **fusion de trois agences sanitaires nationales**, le **renforcement de la représentation des usagers dans les agences nationales**, l'évolution du rôle des CRUQPC qui deviennent des **commissions des usagers** dans les établissements ; **l'action de groupe**, problème de société extrêmement important et qui fait débat, des dispositions plus latérales sur **l'accès au dossier médical en cas de décès** ; une très importante disposition à l'article 46 sur les **données de santé**, qui renvoie aussi à un vrai débat de société extrêmement important, une disposition qui fait 8 pages ; la fameuse **instance médicale au Conseil National**, sur laquelle on va revenir qui est à l'article 47 ; l'article-clé sur la

gouvernance d'établissement de santé qui est, enfin clé dans vos réflexions et d'un autre, qui est l'article 48.

Juste un mot pour terminer en disant qu'il y a également un titre V, **simplification**, qui était pour partie présent dans la loi 2009 ou dans d'autres lois, qui est assez significative, et [...] qui donne, si le parlement les adopte, habilitation au gouvernement à procéder par ordonnance dans un délai [...] qui est entre 1 an et 2 ans sur des choses assez complexes, qu'on va concerter ; puisque la ministre nous a demandé à la fois de préparer avec vous et de concerter en temps utile les textes d'application réglementaire. [...] Donc, simplifier le droit des **coopérations**, simplifications en matière de **pharmacie à usage intérieur**, de **droit des autorisations** dans les établissements, de **fonctionnement du CNOSS**, de reconnaissance des **qualifications**, d'évolution du **service de santé des armées** ou spécifiquement sur l'outre-mer...

Je vous ai redonné la structuration du projet de loi, vous connaissez ses priorités, ses thèmes, son contexte : le développement du vieillissement et des maladies chroniques. Même si c'est quelque chose qui manque depuis maintenant pas mal d'années, dans un contexte économique contraint bien sûr, mais qui oblige aussi à l'innovation avec des priorités sur la promotion de la santé et sur la prévention, sur une refondation de prise en charge de proximité de premier recours auquel les établissements ne sont pas étrangers ; mais en renforçant également le rôle de recours des établissements, sans oublier le soutien ou le développement de l'innovation partout dans le système de santé, y compris dans les établissements, avec des dispositions sur la formation, sur les compétences, sur les technologies. Et donc, une démocratie sanitaire renforcée, les établissements ont été assez pionniers en la matière et il y a d'autres déclinaisons qui sont incluses dans le projet de loi.

Cette structuration des soins de proximité me permet donc de commenter la disposition proposée en matière de **Service Territorial de Santé au Public**. Alors je rappelle que le STSP a été proposé après un an de réflexion à la fois par Edouard Cauty et par Bernadette Devictor avec un rapport spécifique. Et c'est l'idée que quelle que soit la bonne volonté des professionnels et la bonne organisation et la qualité générale du système de santé, y compris dans les comparaisons internationales, parfois on pêche en terme de coordination et de parcours et que sur les thèmes qui peuvent être spécifiques sur certains territoires, mais qui concernent à la fois les réponses en urgence, la permanence des soins, mais aussi des populations spécifiques, personnes handicapées, personnes en risque de perte d'autonomie, etc., sur proposition des acteurs et après diagnostic partagé dans le cadre du projet régional de santé, il peut y avoir proposition des acteurs d'une meilleure coordination qui, dans un premier temps, se base sur des changements de pratiques, de meilleures organisations, qui n'impliquent pas spécifiquement de financement supplémentaire ou nouveau, qui soient proposées au Directeur Général de l'ARS, le cas échéant à d'autres financeurs type collectivité locale, et

qui se traduisent par une contractualisation de type contrat territorial de santé. Vous savez qu'il existe déjà pas mal de contrats locaux de santé, sachant qu'il est proposé aussi un volet gouvernance avec un renforcement de la place des usagers dans cette gouvernance territoriale.

[...] La refondation du **dossier médical partagé**, c'est un grand chantier sur lequel je n'apporterai pas de commentaire particulier.

Alors là aussi tirons les leçons des **coopérations** article 51. On voit bien les incompréhensions que ces différents articles peuvent susciter, mais il y a à la fois une aspiration des professions paramédicales, à évoluer au-delà des formations sanctionnées par les diplômes, et à définir en dehors des protocoles de coopération une pratique avancée qui soit reconnue par une formation universitaire plutôt de niveau master 1 ou master 2. Donc, une offre de formation à créer sur le territoire qui n'existe pas et qui, progressivement, couvrirait certains segments, apporterait des compétences supplémentaires en bonne interaction et coopération, avec en particulier les professions médicales. Donc, il n'y a pas de concurrence exacerbées me semble-t-il derrière cette idée. C'est une idée qui prendra du temps pour se mettre en œuvre sur le terrain et sur l'ensemble du territoire. Vous savez qu'une priorité a été donnée par le Président de la République en matière de cancérologie qui correspond également à l'avancée de certaines thérapeutiques en cancérologie, mais de façon générale sur les maladies chroniques.

Alors, premier zoom donc sur la partie plus proprement hospitalière de ce projet de loi, la redéfinition du **service public hospitalier** par un bloc d'obligations qui couvre l'ensemble de l'activité des établissements concernés. Ce n'est pas la porte grande ouverte à l'intrusion d'établissements privés lucratifs, qui ne respecteraient pas le cahier des charges du service public refondé, en particulier l'absence de dépassement d'honoraire. Il y a des établissements [privés] qui ont pu apporter des compléments dans le passé au service public, tel qu'il avait été redéfini par la loi de 2009, en tout cas des établissements peu nombreux qui pourraient demander à rentrer dans le service public sans changer de statut. C'est une démarche assez particulière, assez exceptionnelle [...] et ces établissements devront en particulier respecter l'absence de dépassement sur la totalité de leur activité. Donc, on supprime totalement les dispositions de 2009 tant décrites : la fameuse liste des quatorze missions de service public qui, de surcroît, correspondait à une partie non seulement minoritaire, mais plutôt marginale de l'activité des établissements publics et anciennement participants au Service Public Hospitalier, et on revient sur cette conception de bloc d'obligations et de couvertures de l'ensemble des activités des établissements avec des garanties et un cahier des charges.

Les **Groupements Hospitaliers de Territoire** : ce qui a été proposé, pas dans l'idée de transbahuter des médecins ou des personnels au sein de monstres territo-

riaux, c'est comme les mégapoles ou les trop grands pôles que vous évoquiez tout à l'heure. Mais par contre la coopération territoriale a une vraie valeur ajoutée et les médecins sont évidemment pionniers et pilotes dans ces coopérations. C'est l'idée, partant des débats récents, de renforcer une stratégie de groupe publique pour avoir des établissements publics qui soient plus forts sur leur territoire, y compris quand ils sont concurrencés, de renforcer cette notion de filière de soins et de parcours de soins sur le territoire, en approche gagnant-gagnant en fonction des missions à la fois pour la proximité et pour le recours, d'optimiser le temps médical et de favoriser la coopération plutôt que la compétition. Comme les Communautés Hospitalières de Territoire, dont c'est le fondement légal actuel, ça commence par un projet médical commun avant toute chose, c'est ça qui est le plus important. Et il est proposé que ces GHT qui remplaceraient les CHT puissent mettre en commun un certain nombre de compétences, de compétences rares, signant une intégration renforcée des établissements, qui demeurent au sein du GHT. Le GHT tel qu'on le propose actuellement n'a pas la personnalité morale et les établissements demeurent. Mais ça leur permet de mutualiser des choses assez structurantes sur le système d'information, sur la politique d'achat, sur la coordination des instituts de formations paramédicales, et le cas échéant, dans le cadre du volontariat, sur différentes fonctions administratives techniques ou logistiques. On voit bien que sur un territoire qui est plutôt un territoire de proximité ou un territoire de santé, [...] il y a un renforcement et une mutualisation plus forte qui est proposée, dans un calendrier qui pose le principe d'une adhésion obligatoire pour tous les établissements publics de santé à compter du 1^{er} janvier 2016, avec une cartographie qui sera concertée par les ARS en plusieurs temps [...] avant la fin d'année 2015. Juste un élément de rappel : il y a en France actuellement 75 CHT. Elles embarquent à peu près 300 établissements publics de santé, donc 4 en moyenne. Ça va de 2 à 16 dans le cas extrême qui est en Limousin. La moitié des CHU sont associés, mais la plupart du temps, c'est des GHT sans CHU. Il y a la question du rôle particulier des CHS qui est en débat également. Le projet de loi prévoit que les GHT puissent associer des établissements de recours, type CHR ou CHS et d'autre part, associer (ils ne sont pas membres) des établissements privés.

Deuxième zoom, le point d'avancement des discussions récentes en soulignant donc le fameux article 47 qu'on a eu un peu de mal à rédiger. Le travail qui a été fait entre le mois de juillet et le mois d'octobre avec le Conseil d'État a été un travail de réécriture extrêmement poussé. [...] La loi, le Code de la Santé Publique, dit déjà beaucoup de choses, en particulier sur la gouvernance, parce que ça a été un choix politique du gouvernement, du parlement, en 91, en 2005, en 2009. C'est vrai qu'il y a déjà beaucoup de choses dans la loi, elle est un peu sursaturée de ce point de vue-là. Mais tout n'est pas dans la loi, et il y a un manifestement des incompréhensions dans le mode de fonctionnement et dans l'articulation interne des établissements et des pôles qui doivent être retravaillées. Et nous sommes tout à fait prêts à conduire cet exercice

avec vous et avec l'ensemble des communautés concernées, conférences comprises. Je pense qu'il y a des choses qu'on a encore besoin de discuter avec vous et qui se traduiront, soit au niveau de la loi, le cas échéant par amendement, si c'est le choix du gouvernement et du parlement, soit au niveau réglementaire, soit même au niveau du guide de bonnes pratiques.

Je reviens à la **représentation syndicale**. On était dans une ambiguïté, presque dans un no man's land. Les agents publics praticiens hospitaliers que vous êtes ou les médecins en formation étaient un peu hors-tout. C'est le Conseil d'État lui-même qui, sur la base d'une loi de 2010, nous a fait remarquer que c'était la seule catégorie d'agents publics pour laquelle, quand il y avait un amendement, un texte statutaire, il n'y avait pas d'instance nationale avec vos représentants pour donner un avis préalable. Vous avez rappelé, Monsieur le Président, que c'était bien une consultation, ce n'est pas une instance de négociation. Mais avoir une instance nationale de ce type-là telle qu'elle a existé dans le passé sous la forme du Conseil Supérieur des Hôpitaux, même si les compétences sont un petit peu différentes. C'est un principe de droit et de dialogue social qui fait partie de notre environnement juridique, et que même le Conseil d'État nous a rappelé en la matière. [...] C'est vrai qu'à partir du moment où on redéfinit les choses dans la loi, ça oblige à se clarifier entre nous et de façon plus pérenne, sachant que le droit syndical, a fortiori aussi pour les médecins, est consacré en tant que garantie générale. Ça suppose de définir des critères de représentativité, de définir ultérieurement (ce n'est pas au niveau de la loi) comment sera constitué cette instance de consultation nationale pour les personnes médico-odontologiques et pharmaceutiques, médecins en formation compris, sachant qu'elle sera consultée sur les projets de texte relatifs à la situation et au statut des personnels concernés, ou pour l'examen de toute question relative aux personnels médicaux, et qu'elle sera mise en place après élection, couplée avec d'autres instances vous concernant en 2016. Donc, c'est quand même une avancée tout à fait significative.

Alors je reviens sur la **gouvernance interne**. Ça veut dire quoi l'organisation en pôles d'établissement ? Elle était déjà facultative : il fallait demander juste une dérogation au Directeur Général de l'ARS. Peut-être beaucoup pensaient que c'était une formalité un peu lourde, peu l'ont saisie. Désormais en dessous d'un seuil d'agents de l'établissement, ça sera libre organisation de l'établissement, on ne met pas en place de pôles. Quand il n'y a pas de pôles, qu'est-ce qui se passe ? Les pôles, ça sert à ce que le chef d'établissement, [...] au lieu de traiter avec chaque équipe médicale et soignante, par exemple avec 100 chefs de service dans un CHU de taille moyenne, il traite [...] avec une quinzaine ou une vingtaine de responsables de pôles. Il rencontre régulièrement le Président de la CME bien sûr, le Directoire qui est apparu depuis, et qui a renforcé avec sa majorité médicale l'ancien Conseil Exécutif. Parce que finalement, le responsable de pôle c'est celui qui, à un moment donné, s'engage sur les objectifs qui ne sont pas des objectifs purement finan-

ciers. [...] Le pôle est le premier niveau de la gouvernance. Il y a évidemment un deuxième niveau dans lequel, culturellement, on a cette référence au service, l'appellation va revenir dans le projet de loi. Les structures internes, c'est une appellation neutre qui essayait de sortir du miroitement historique du service. Mais le service c'est plutôt une référence disciplinaire. Vous avez tout à l'heure eu un propos un peu fort, Monsieur le Président, en disant que le chef de pôle, par définition, ne comprend rien à ce qui se passe dans le service, parce que ce n'est pas forcément sa discipline. Je pense qu'il y a une communauté ou une compréhension médicale qui, même dans des pôles qui doivent avoir une cohérence, qui ne sont pas nécessairement composites, fait qu'il y a un dialogue médical possible, et qui d'ailleurs s'exprime de façon aussi solidaire que possible au sein d'un pôle vis-à-vis de la direction de l'établissement. En tout cas, moi c'est la conception que j'ai, la pratique que j'ai observée. Alors, s'il n'y a pas de pôle on pourra revenir à cette hypothèse facultative, en dessous d'une certaine taille. [...] Il y a deux niveaux de gouvernance quelles que soient les appellations. Il y a un niveau de contractualisation qui me semble-t-il doit être un peu resserré, sinon on s'épuise les uns et les autres, vous comme nous dans l'organisation, la définition d'un semblant d'objectifs qui ensuite sont déclinées à un deuxième niveau de gouvernance qui a une légitimité absolument totale et pour partie disciplinaire, et en tout cas ne sera pas uniquement historique. [Sur] les points de co-signatures du contrat de pôle, je pense qu'on a progressé y compris avec vos représentants institutionnels, Conférences de Directeurs et de Présidents de CME de tous établissements, puisqu'on a réussi [...] que pour la nomination des chefs de pôles, on revenait sur la formule simple « sur proposition » qui dit bien ce qu'elle veut dire. Ça veut dire qu'il faut une proposition du Président de CME, qui lui, consulte comme il veut sa communauté sur ce point précis. Il fait une proposition au Directeur, le Directeur conserve le droit de ne pas être d'accord, mais il ne peut pas sortir de cette proposition. C'est ce qui s'appelle sur proposition conforme. Et donc ça veut dire qu'à ce moment-là, il y a alors discussion, il y a éventuellement blocage archi-exceptionnel sur le territoire français depuis 15 ans. De même que je vous le rappelle, pour la nomination des chefs de structures ou des chefs de service, actuellement c'est sur proposition du Chef de Pôle après avis du Président de la CME, et donc cette notion de « sur proposition » manifestement, n'a pas empêché les établissements de tourner jusqu'à présent, et donc les conférences ont donné leur quitus sur ce point. Il y a un peu la même simplification qui a été faite pour les membres médicaux du directoire. Et je voulais simplement évoquer juste deux commentaires sur la gouvernance interne. D'abord, je vous rappelle qu'à la fin

de l'article qui est l'article précepte là-dessus le 6146-1 il est dit la chose suivante. « *Le praticien-chef d'un pôle d'activité organise avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lequel il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures services ou unités fonctionnelles prévues par le projet de pôle.* » Je répète, « ... dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et des responsabilités des structures... » Donc cette disposition, on vit avec depuis pas mal d'années, elle a été ciselée manifestement, [...] et c'est une référence importante dans le code. Et pour juste illustrer un point sur lequel vous nous avez interrogés encore récemment, sur l'organisation en pôles, je vous rappelle qu'on a procédé à votre demande le 20 septembre 2013 à la sortie de trois décrets sur les compétences de la CME, du CTE et sur les Commissions Régionales Paritaires. Et dans les compétences pour avis de la CME, a été réintroduite le 20 septembre 2013 [...] l'organisation en pôles. Donc, l'organisation en pôle elle est faite : un, dans le respect du projet de l'établissement en cohérence avec le projet médical ; deux, sur avis du président de CME ; et trois, la commission médicale d'établissement est consultée spécifiquement sur ce point comme sur de nombreux autres [...].

L'intérim médical, l'évolution du DPC, que je vous rappelle simplement pour terminer le calendrier.

Donc, effectivement, le calendrier, y compris celui de cet été : il n'est pas forcément commode pour nous de faire de la concertation sur quelque chose qui n'était pas un texte, qui n'était pas stabilisé, dont vous n'aviez pas la totalité. A partir de mercredi prochain, donc le texte sera public et déposé auprès du parlement. Donc, les 54 articles pourront être expliqués et commentés et débattus. Le délai qui nous sépare d'ici le début de la discussion parlementaire au 15 janvier (*) permet que les commissions parlementaires ne travaillent qu'après le mois de novembre et après la discussion du PLFSS qui va venir d'abord. On a plusieurs semaines pour continuer à discuter et à répondre à vos questions et à vos interrogations, sachant que des amendements parlementaires ou gouvernementaux peuvent évidemment enrichir le texte, ainsi qu'en termes de pédagogie, de préparation, soit des textes d'applications, soit des volets ordonnances.

(*) L'examen du texte par le parlement a depuis cette intervention été repoussé au mois d'avril (NDLR).

Les conférences de la Journée du Praticien 2014 ont suscité un vif intérêt, comme l'a montré votre très forte participation. Comme l'année précédente, nous mettons en ligne les diaporamas et les vidéos (<http://www.cphweb.info/spip.php?article796>) des interventions des auteurs, avec leur accord.

Un très grand merci pour leur travail !

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ÉTAT DES LIEUX ET PROJECTION

Dr Patrick BOUET, Président du CNOM

(Extraits)

La Journée du Praticien

Vendredi 10 octobre 2014

Merci d'avoir invité l'Ordre à venir discuter avec vous d'un certain nombre de problèmes qui, effectivement, demandent à être partagés, puisque nous quittons un espace de certitude dans lequel les projections démographiques avaient annoncé une catastrophe numérique pour tomber dans un autre espace de certitude qui est que, nous nous sommes probablement tous trompés sur l'analyse de la situation d'aujourd'hui mais qu'il convient de mieux faire pour ne pas se tromper sur la situation à venir.

[...] Il y a 25 ans nous étions dans le dogme de la pléthore. Aujourd'hui nous sommes dans le dogme des déserts, chaque période finalement porte des symboles et on analyse les situations au travers de ces symboles. On y apporte aussi des solutions d'ailleurs, puisque la pléthore n'apportait comme solution la sortie anticipée de la profession et qu'aux déserts médicaux on n'a pas aujourd'hui la réponse très précise puisqu'on n'a pas vraiment très bien défini ce qu'était cette dimension du désert médical qui est différente suivant que l'on regarde la totalité de la profession ou les modes d'exercices des professions et des spécialités.

Enlevons-nous d'emblée une certitude ou un fantasme, c'est-à-dire qu'aujourd'hui, il y a sur le territoire français plus de médecins qu'il n'y en a jamais eu inscrits et autorisés à exercer globalement. [...] Nous sommes à peu près à 276 000 médecins inscrits au tableau de l'Ordre et vous savez que pour exercer la médecine en France, il nous faut être inscrit à l'Ordre des médecins faute de quoi, même titulaire d'un diplôme, on est en exercice illégal. Sur ces 276 000 médecins, [...] à peu près 215 000 [sont] en activité. Et [voyez] la progression très forte des médecins en cessation d'activité, que l'on pourrait dire médecins en retraite suivant un terme générique, nous préférons dire nous, médecins ayant fait valoir leurs droits sociaux. Puisque la notion de retraite aujourd'hui devient beaucoup plus complexe que ce qu'elle pouvait être il y a quelques années. Donc une pro-

portion non négligeable de médecins que nous ne pouvons plus aujourd'hui incorporer dans le processus de l'exercice régulier de l'activité médicale.

Regardons un peu plus précisément deux particularités : la première, la spécialité en médecine générale, qui est aujourd'hui sur le plan démographique celle qui va connaître la plus forte décélération. [En] 2007, 97 000 médecins généralistes [soit...] l'ensemble des médecins spécialistes en médecine générale, qualifiés en médecine générale ou inscrits en médecine générale. Et la projection [...] à 6 ans, [...] faite à partir des étudiants qui vont rentrer au niveau de l'ECN dans la spécialité de médecine générale et des projections de la CARMF en matière de cessation d'activité, c'est le passage à 86 000 médecins généralistes en 2020. C'est-à-dire une perte d'à peu près 12 % de professionnels dits de premier recours. Et dans le même temps, nous avons une progression [...] « inattendue », de 101 000 médecins qualifiés dans les autres spécialités et une prévision à 113 000 médecins qualifiés dans les autres spécialités. C'est-à-dire que ces deux courbes sont totalement inversées. [...] mais là encore cela recouvre des disparités très fortes. [...] On sait que contrairement à ce qu'on pensait, la spécialité d'ophtalmologie va être une des spécialités qui va progresser le plus dans les 6 années qui viennent, mais que par contre la spécialité de psychiatrie va être une des celles qui va décélérer le plus dans le même temps. Et qu'au niveau de la chirurgie, on a le même paradoxe, c'est-à-dire qu'on a des spécialités de chirurgie qui décélèrent [...], comme la chirurgie orthopédique, alors qu'on va avoir d'autres spécialités de chirurgie qui vont très nettement progresser dans les chirurgies très spécialisées comme la chirurgie cardiovasculaire ou la chirurgie ORL, maxillo-faciale et [...] orale [...].

Ce qui est intéressant à regarder aujourd'hui [...], c'est que globalement, dans ces 5 dernières années, nous inscrivons à l'Ordre des médecins, trois-quarts de diplômes français pour un quart de diplômes extranationaux. Et j'insiste bien nous ne parlons pas de médecins étrangers nous parlons de médecins à diplôme étranger. Et cela a une certaine part d'importance puisque nous allons devoir apporter un élément correctif à cette

dimension du médecin à diplôme étranger. Voyez donc, on est passé globalement sur 5 ans du même pourcentage de médecins 76, 73, 72, 75, 76, donc on est à trois-quarts de médecins formés par l'Université française et qu'à l'intérieur des médecins à diplômes extranationaux la répartition reste à peu près homogène sur les 5 ans, c'est-à-dire qu'il y a un peu plus de 12,5 % de médecins intra union européenne, mais migration intra européenne, et à peu près un peu plus de 10 de 11 % de médecins extra-européens [...] principalement [...] du Maghreb [...]. Et l'année dernière le plus gros pourcentage de médecins de diplômes étrangers que nous avons inscrits ce sont des syriens puisque bien entendu on a là des réalités historiques. Et donc on a des cursus ou des courants naturels qui amènent un certain nombre de ces professionnels vers nous sans parler de nos collègues d'Afrique centrale et d'Afrique occidentale qui sont assez largement représentés au détriment bien souvent de l'espace sanitaire de leur propre pays [...].

Je reviens aux médecins retraités parce qu'on a l'impression que le nombre de médecins retraités a très nettement augmenté et que finalement, ceci contribuerait aujourd'hui à la capacité nationale de pallier aux déserts médicaux. Mais il faut regarder cela d'une façon très précise. Il y avait 2700 médecins retraités dits en cumul emploi-retraite en 2007, premier temps du cumul emploi-retraite, il y en avait en 2014, 12946. Ce qui paraît être une explosion ! Et la tendance naturelle est de dire ben oui, les médecins retraités travaillent ! Or, [...] on s'aperçoit qu'en fait [...], l'âge de départ en retraite qui était retardé dans les années 2000-2007 puisqu'il était en moyenne à 68 ans sur l'ensemble du territoire, a très nettement diminué [...] à 65 ans. Et que donc on retrouve dans ces cumuls emploi retraite une partie des médecins qui continuaient de travailler à temps plein dans leur cabinet ou dans leur structure, au-delà des 65 ans [...]. [...] Le bénéfice tiré de l'activité cumul emploi retraite en fait n'est que de l'ordre de 2500 médecins, sur cette période. Ce qui finalement, relativise énormément l'intérêt du cumul emploi retraite comme étant une réponse potentielle à la problématique de désertification.

[Pour] les médecins remplaçants qui sont également une autre vanne potentielle en matière d'exercice, [...] on est finalement à 1000 près dans les mêmes chiffres que nous étions en 2007 avec [...] un petit regard sur le décalage en âge [...] à l'installation [...], puisqu'on est passé d'un âge moyen d'installation à 31 ou 32 ans à un âge moyen d'installation à 37 ou 38 ans. [...] Les remplaçants [...] sont principalement des étudiants formés par l'Université française. Et [...] il n'y a pas une masse ou une horde de médecins à diplôme étranger qui viendraient faire des remplacements sur le territoire français.

[En ce qui concerne] les modes d'exercice, [...] il y a un certain tassement de l'installation en médecine libérale, il y a une augmentation de l'installation ou de l'entrée en carrière au niveau du mode salarié [...] global, c'est-à-dire autant l'exercice en milieu hospitalier que l'exercice divers salariés, qui concerne tout autant les médecins du travail que les médecins exerçant dans un certain nombre de centres de santé ou les médecins exerçant dans les entreprises. Et puis il y a une petite augmentation de la mixité, c'est-à-dire du fait que les carrières [...] comportent des activités dans l'un et l'autre des compartiments. [...] Elle traduit dans les jeunes générations notamment le souhait d'avoir des activités diverses.

Je reviens un peu sur [...] les diplômes extranationaux [...] parce que c'est là que nous nous sommes trompés. Quand nous avons dit que la démographie médicale serait décroissante dans les années 2015, c'est parce que nous n'avions pas anticipé que nous allions passer de 12 000 médecins à diplômes extranationaux à 24 000 médecins en 2018 à diplômes extranationaux. C'est-à-dire que nous n'avions pas anticipé qu'il y aurait cette cohorte de 12 000 médecins qui serait complétée par les 2 500 médecins exerçant en cumul emploi retraite et qu'effectivement contrairement à la baisse annoncée [...] de] 10 000 ou 15 000 médecins [...] dans les années 2015, [...] il y a eu 12 000 à 15 000 médecins en plus non attendus qui sont venus remplir cet espace [...] démographique.

C'est important de comprendre pourquoi nous nous sommes trompés. [...] Un numerus clausus donne un certain nombre d'ECN qui donne théoriquement un certain nombre de médecins formés dans les spécialités. Mais [...] nous avons, par un mécanisme naturel de migration à l'intérieur de l'Europe, un mécanisme d'arrivée de professionnels qui s'insèrent après l'ECN, [et] nous avons par un mécanisme naturel un certain nombre de médecins de l'Union Européenne à quota fixé qui viennent passer l'ECN sur un certain nombre de postes qui leur sont réservés, mais nous allons voir arriver [...] des étudiants français [...] n'ayant pas eu le numerus clausus ou ayant choisi de ne pas le passer, qui vont aller faire leurs études des 6 premières années, licence-master, à l'extérieur du territoire mais qui vont revenir passer l'ECN sur le territoire. Cette année nous avons eu la « première promotion » [...] qui est venue passer l'ECN sur le territoire, elle était peu nombreuse, une cinquantaine, mais c'est le début de quelque chose. [...] Il y a quatre universités en Roumanie qui ont une filière francophone, il va y en avoir une cinquième non négligeable puisque c'est la capitale. La Croatie vient d'annoncer qu'elle allait créer deux filières francophones. [...] Or, cela crée un réel problème de discordance puisqu' [...] il y a

un Numerus, [...] un certain nombre d'étudiants qui sont portés au niveau de l'ECN et l'ECN ensuite permet l'accès à des filières de spécialités et que nous allons voir arriver sur ces ECN qui vont devoir les absorber, des étudiants non formés sur le territoire français dans les six premières années et qui vont donc entrer en concurrence sur les spécialités avec des étudiants qui sont formés par l'Université française. [...] Dans les faits, nous nous retrouvons avec un parcours détourné ou contourné puisqu'il y a des entrées périphériques à ce parcours obligé et qu'elles viennent impacter forcément l'ensemble des éléments prévisionnels.

[...] Et puis enfin, il faut regarder le qualitatif, c'est-à-dire qu'effectivement même si nous formons un nombre de professionnels suffisant, même si nous avons démographiquement un nombre de médecins suffisant, il n'en est pas moins vrai que le problème de l'inégalité sur l'ensemble du territoire reste totalement posé. Parce que ces collègues à diplôme étranger ou ces jeunes français venant compléter leurs études en France, auront les mêmes orientations de site d'activité ou de mode d'activité que les médecins formés sur le territoire. [...] Cet afflux potentiel de médecins venant de l'extérieur de notre circuit d'étude n'est pas pour autant une réponse à la problématique que connaissent les établissements dans les zones en difficulté ou les cabinets libéraux dans les zones en difficulté. Cela pose plus largement la problématique de l'incitation forte positive ou négative, puisque pour l'instant rien n'est tranché bien que nous allions tous dans le sens de l'incitation positive, [à] l'installation de ces professionnels. Or, le déficit dans les établissements hospitaliers généraux ou de proximité est important [...] et il y a encore aujourd'hui en activité dans les hôpitaux des médecins qui sont en exercice illégal de la médecine. Et [...] il va bien falloir que nous arrivions à y trouver les solutions régulatrices.

[...] Il faut arrêter de dire que la féminisation est un problème [...]. La féminisation [...] n'a pas changé la nature du contrat médical entre le médecin et sa responsabilité. Ce qui est un problème, c'est l'évolution de notre société [...] qui

font qu'aujourd'hui, les investissements peuvent être d'une autre nature. Mais cela ne sert à rien de stigmatiser [la féminisation] comme, nous avons d'ailleurs su le faire nous à l'Ordre en son temps.

La deuxième chose qu'il faut évacuer et c'est aussi indispensable, c'est que nous devons avoir un contrat de confiance avec les jeunes générations et qu'il n'est pas question pour nous aujourd'hui de dire que ces jeunes générations sont moins investies dans leur métier ou n'ont pas la même envie que nous de bien l'accomplir. [...] Je ne suis pas convaincu pour nous tous qui avons vécu ces trente dernières années, que nous sommes tout à fait sûrs de dire qu'avant c'était très bien. Donc, globalement, il faut être vigilant sur ces affirmations [...] qui divisent la profession plutôt qu'elles ne la rassemblent dans un objectif commun. Il faut que nous soyons attentifs à des réalités qui sont effectivement qu'aujourd'hui, les jeunes, tant du choix de leur activité ont six ans de plus qu'il y avait 25 ans, sont mariés, avec des conjoints ou des conjointes qui sont en activité, et avec des enfants qui sont à scolariser et que tout ceci crée une dynamique de choix qui n'a rien avoir avec la dynamique de choix d'un étudiant d'un jeune médecin de 30 ans, qui n'était pas marié et qui n'avait pas d'enfant à scolariser. [...] Si on veut demain faire vivre des établissements, si on veut demain faire vivre de la proximité qui n'est pas – et je continue de le dire – l'apanage de la médecine libérale, [...] il va bien falloir que nous mettions en œuvre des techniques imaginatives qui nous permettent de trouver des solutions d'aménagement de territoire et d'occupation de territoire, qui répondent aux besoins de la population.

Donc notre vision institutionnelle est une vision analyste, est une vision de recherche d'arguments, est une vision d'équilibre entre les divers compartiments d'exercice parce que nous ne soutiendrons jamais l'idée que, un exercice plus qu'un autre est garant de la sécurité de l'accès aux soins ou de la proximité. C'est bien la conjonction de l'ensemble de ces organisations qui peut permettre de répondre à cette nécessité. Et nous devons tous ensemble travailler pour en trouver les solutions. [...]

Les conférences de la Journée du Praticien 2014 ont suscité un vif intérêt, comme l'a montré votre très forte participation. Comme l'année précédente, nous mettons en ligne les diaporamas et les vidéos (<http://www.cphweb.info/spip.php?article796>) des interventions des auteurs, avec leur accord.

Un très grand merci pour leur travail !

*Ce qui a changé, ce qu'il faudrait changer,
ce qui va changer...*

Indépendamment des réformes dont il est régulièrement la victime, notre système de santé, en particulier hospitalier, évolue dans des directions dont on ne prend souvent conscience qu'a posteriori et dont l'origine lui est étrangère. Ainsi de 3 évolutions qui ont transformé depuis 25 ans notre pratique :

- L'hospitalisation programmée (à durée déterminée) : quelle transformation cette organisation a apporté au fonctionnement précédent de l'hôpital où on entrainait par les urgences pour en sortir nul ne savait quand ! Elle a permis une rationalisation de l'activité pour un meilleur rendement de l'hôpital au bénéfice de tous ; à ne pas confondre pour autant avec son excès ou sa caricature à laquelle l'activité ambulatoire prend parfois le risque de tendre... Et elle a ses inconvénients : difficile aujourd'hui d'être admis à l'hôpital en urgence, illustrant l'aphorisme selon lequel on est, sinon d'autant mieux soigné, du moins d'autant mieux accueilli à l'hôpital... qu'on est moins malade !
- La révolution numérique, qui touche toute notre société et révolutionne notre civilisation ; en médecine, c'est surtout l'imagerie, qu'on n'appelle plus radiologie, qui a bénéficié, et ce n'est pas fini, des progrès apportés. Elle participe aussi à la disparition du secret médical...
- La collégialité, illustration à l'hôpital du concept d'horizontalisation du monde, au dépens de la hiérarchisation verticale traditionnelle ; elle a ses raisons médico-légales ; elle n'est pas étrangère à la disparition des chefs de service... comme à la délégitimation médicale, origine essentielle du mal-être de la profession qui s'exprime dans les grèves récentes.

Aucune de ces profondes évolutions n'a répondu à une claire volonté politique. Faut-il pour autant s'abandonner au cours des choses ? Formulons, en ce début d'année, 3 vœux :

- la nécessaire réforme du financement de la protection sociale qui devrait reposer sur la consommation et pas sur le travail, afin que sa charge ne pénalise plus indûment l'emploi en France,
- la «renationalisation» des hôpitaux publics, pour

mettre un terme à l'imposture que constitue leur autonomie, responsable de l'injonction paradoxale qui nous est faite : rétablir par notre production de soins l'équilibre financier des hôpitaux sans creuser celui de la sécurité sociale,

- revenir sur l'absurde dissociation du grade et de la fonction pour réhabiliter une responsabilité médicale légitime, partenaire de l'autorité managériale (directement dépendante du ministère de la santé) ; **il n'est pas normal que les nominations aux fonctions exécutives de chefs de pôle relèvent de l'arbitraire directorial sans légitimation professionnelle propre.**

Mais voyons plus loin, en prenant acte, par exemple, des autres effets de la révolution numérique sur l'exercice médical : au-delà de l'automatisation de l'interprétation de l'imagerie, des robots chirurgicaux, des algorithmes diagnostiques et thérapeutiques, du décryptage individuel du génome, l'accès par internet à l'ensemble et aux plus récentes connaissances médicales bouleverse la relation médecin - malade en favorisant, selon le concept d'autoproduction, l'autonomie et la responsabilité du second au dépens de l'autorité traditionnelle du premier. Elle va entraîner une extension de l'activité d'exécution des soignants non médecins et une transformation de notre métier vers le conseil (à l'image, par exemple, de l'évolution des métiers de la banque...) et la prévention au risque de faire de nous des agents d'une normalisation sanitaire imposée par les organismes de financement auxquels nous serons de plus en plus affiliés.

Une seule obligation reste ardente : celle de la recherche, dont les progrès sont les seuls vrais progrès de la médecine et la seule source véritable, sinon d'économies, tout au moins d'augmentation du rendement de l'activité médicale, au sens d'abord de l'amélioration des services rendus aux malades, avec ce paradoxe que la finalité de la recherche médicale, c'est la disparition des maladies et, peu ou prou, de la médecine. Est-ce pour cela que son organisation et son financement paraissent relever de moins en moins de la médecine ?

Bonne année 2015

Vincent Maunoury



Bulletin d'adhésion pour l'année civile 2015

Titre : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Spécialité exercée : _____

Statut et fonction : _____

Coordonnées professionnelles :

Etablissement : _____

Service : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____ BP : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Cedex : _____

Téléphone : _____ Télécopie : _____

Email professionnel : _____

Coordonnées personnelles :

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Mobile : _____

Email personnel : _____

Déclare adhérer au **Syndicat des Praticiens des Hôpitaux Publics** au titre de l'année civile 2015, dont le montant de la cotisation annuelle est de 120 €.

Je souhaite recevoir les informations transmises par le syndicat :

- par courrier électronique sur mon adresse personnelle professionnelle
- par courrier normal à mon adresse personnelle professionnelle

Note : Plusieurs réponses possibles. Cependant, pour des raisons d'économie, la majeure partie des informations syndicales seront transmises par courrier électronique.

Règlement par chèque à l'ordre du SPHP

Merci d'envoyer votre cotisation à :

Eusébio De Pina Fortes
SPHP
BAL n° 75
3 Rue Jeanne d'Arc
75013 PARIS