



**Docteur Nicole
Smolski**
Présidente

**Docteur Pascale
Le Pors**
*Vice-Présidente
SYNGOF*

**Docteur Yves
Rebufat**
Vice-Président

**Docteur François
Braun**
*Vice-Président
SUDF*

**Docteur Olivier
Duffas**
*Vice-Président
SMH*

**Docteur Bernard
Planques**
*Vice-Président
SNGC*

CONTRIBUTION AVENIR HOSPITALIER POUR LA GRANDE CONFERENCE DE LA SANTE

« Place du praticien hospitalier dans le système de santé »

Au terme du débat ouvert dans la préparation de la Grande Conférence de la Santé nos concitoyens devraient mieux comprendre les orientations jugées nécessaires à son évolution et les partager.

Quelle que soit l'évolution du système de santé dans notre pays, et notamment le virage ambulatoire, l'hôpital public restera un lieu incontournable au sein de l'organisation des soins pour les usagers qui le financent et en vivent les difficultés croissantes.

En tant que praticiens hospitaliers, nous souhaitons contribuer sur notre place dans le système de santé et les mécanismes de réciprocité sociale que suppose notre investissement dans le secteur public que nous choisissons de servir.

Ces réflexions impliquent que nous soyons sortis du creux démographique actuel (2015) par de réelles dispositions d'attractivité à installer sans tarder. La maîtrise des conditions de l'investissement des soignants, notamment, la prise en compte des évolutions sociétales et technologiques qui vont se poursuivre, peut laisser espérer une implication durable de ceux-ci dans un système de santé efficace.

- place des praticiens hospitaliers dans le processus de soins
- place du praticien hospitalier dans le parcours du patient qui se confie à une équipe
- place du praticien hospitalier dans son hôpital d'affectation
- place du praticien hospitalier dans le territoire de santé

1. Formation initiale et continue.

- Le nombre de médecins, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes formés chaque année doit faire l'objet d'une analyse démographique nationale scientifiquement étayée et transparente (critères nationaux par spécialité axés sur les besoins de santé et les priorités) et régionale à laquelle les acteurs doivent participer (ville et hôpital).
- Il faut favoriser les passerelles pour les non admis à la PACES vers d'autres professions de santé. Il faut développer encore plus les expériences locales visant à intégrer les étudiants de PACES dans des cursus motivants (classes préparatoires, écoles d'ingénieurs, licences de biologie ou autre ...)
- Concernant l'ECN : établir un classement en fin de scolarité faisant, pour moitié, appel à un contrôle continu sur des critères objectifs sur tout le 2^e cycle plus un examen national pour l'autre moitié de la note.

Dr Nicole Smolski

Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital de la Croix Rousse, 69004 Lyon Cedex

tél. 06 88 07 33 14 ou 04 26 10 93 67

[✉ nicole.smolski@snphar.fr](mailto:nicole.smolski@snphar.fr)

- Une FMC « réhabilitée » avec de véritables moyens, au financement sanctuarisé, négocié avec les acteurs et qui soit une obligation statutaire. Une procédure d'accréditation individuelle et en équipe sera réalisée tous les 5 ans dans la carrière. Le tout, dans le cadre d'une démarche DPC portée par chaque CNP de spécialité dont le rôle, la place et les moyens doivent être renforcés. (Labellisation des programmes FMC, actions prioritaires DPC, portage du portfolio de chaque professionnel attestant de l'inscription dans le parcours DPC prévu par la réglementation en vigueur tout en laissant l'initiative à chaque professionnel garanti d'un financement suffisant). La création d'un fond territorial (de santé) pour chaque GHT peut garantir ce financement mutualisé, transparent et constituer un facteur d'attractivité du GHT.

2. Place des jeunes médecins en formation dans l'hôpital

Les futurs médecins doivent être accueillis lors de chaque stage avec un livret exposant les objectifs et les critères d'évaluation du stage. Leur stage sera évalué par la faculté avec remontée aux HU et sanctions si, sur des critères ciblés, l'évaluation est défavorable. Ils doivent aussi pouvoir effectuer des stages en CH non universitaire avec suppression du terrain de stage en cas de mauvaise évaluation.

La formation des internes par compagnonnage leur permet d'acquérir une autonomie de décision progressive et doit être consolidée. La place et l'espace du compagnonnage doivent être valorisés et donner lieu à évaluation pour le senior.

Il faut renforcer l'apprentissage théorique par du temps dédié et des moyens adaptés (accès bibliographiques, séminaires pédagogiques, ateliers de simulation)

Les conditions de travail doivent être en accord avec les aspirations générationnelles pour leur permettre d'apprendre leur métier en préservant une qualité de vie personnelle et prévenir la survenue de l'épuisement, de la dépression ou des idées suicidaires qui touchent cette population plus vulnérable.

3. Entrée dans la carrière médicale hospitalière.

C'est une période cruciale pour le jeune professionnel mais aussi pour l'établissement qui recrute.

- **Dans chaque CHU, des réunions d'information**, seront proposées sur la carrière hospitalière, les statuts, droits et devoirs, les différents modes et lieux d'exercice, les GHT, les passerelles avant la fin de l'Internat (3^{ème} et 5^{ème} années).
- il ne doit plus y avoir que **deux voies pour le post internat** : la voie universitaire avec passage par les postes de **CCA**. Et **un seul statut** en attente de la titularisation sur un **statut de praticien hospitalier contractuel ?**, sans saut de salaire et avec les mêmes droits et avantages sociaux qu'au sein du statut de PH.
- Pour **faciliter le choix du lieu d'exercice** (CHU ou CH non U), l'exercice pourra selon les désirs du jeune médecin être alternativement sur plusieurs établissements, à condition que le médecin en exprime le souhait, au vu des avantages tangibles et statutaires qui lui seront signifiés.
- **Tout jeune médecin envisageant la carrière hospitalière doit être reçu** par les responsables de la structure dans lesquelles il pourra travailler : chef d'équipe, de service, de pôle, ainsi que par le directeur du site. Un profil de poste et de carrière sera formalisé et écrit qui servira de référentiel pour maîtriser le début de sa carrière.

- Des **moyens seront donnés** pour l'exercice de ses activités statutaires : bureau, ordinateur, téléphone, secrétariat, intégration et connexion à un réseau de partage d'informations, accès aux revues, bibliographie, etc.
- **Le temps consacré au travail doit obéir à des standards acceptables** car à présent, rien ne justifie l'exposition contrainte à des rythmes insoutenables ou dérogeant à toute règle de droit commun.
- **Le profil de poste devra comporter du temps non clinique**, transparent et contractualisé au sein de l'équipe.
- **Les aspects financiers ne sont pas anodins** : le delta de rémunération entre l'exercice libéral et l'hôpital doit être limité et ne pas dépasser un facteur 2.
- Les jeunes médecins qui ne choisissent pas l'hôpital au terme de ce post-internat seront reçus conjointement par la gouvernance médicale et administrative, pour que les raisons de son non-choix de l'hôpital public soient comprises.

4. Concours national de praticien hospitalier

C'est aussi un moment important dans une carrière. Cette épreuve doit rester un concours républicain, d'autant que la période de crise démographique sera terminée et qu'il y aura plus de candidats que d'admis.

Pour l'inscription sur la liste d'aptitude (concours de PH)

- Il doit s'agir d'un vrai concours, d'un seul type, car les deux types actuels de concours, ne correspondent pas à des différences d'exercice ultérieur.
- Ce ne doit pas être une formalité : il doit y avoir évaluation du travail réalisé jusque là (titres fonctions, investissements divers, services rendus, participation à la PDES, publications), une évaluation des connaissances, et un entretien, menés par un jury indépendant.

Pour le recrutement sur un poste : il doit y avoir un entretien local pour voir la convergence entre profil de poste et attentes du candidat, et cet entretien devra figurer dans le dossier de candidature sur le poste publié au J.O.

5. Carrière médicale hospitalière : place du médecin à l'hôpital.

Les conditions d'exercice dans les établissements seront affichées avec transparence

- temps de travail, permanence des soins, organisation du travail,
- temps non clinique, enseignement recherche, missions institutionnelles ou transversales,
- évaluation du degré de satisfaction au travail, des projets à concrétiser, par des entretiens au minimum à mi parcours
- reconnaissance et valorisation des modes d'exercice particuliers (en terme de pénibilité, ou transversaux au sein du GHT, ou autres) selon des critères nationaux avec déclinaison locale.
- Une base informatisée permettra à tout moment à chaque praticien de faire état de son parcours hospitalier qui devra comporter l'inscription de ses investissements (services rendus, tableaux de services, enseignement, réseaux, etc.) pour faciliter sa mobilité s'il le souhaite.

Un statut unique est le socle de qualité et de bon fonctionnement de l'hôpital

Toutefois, des modalités d'exercice spécifique doivent être reconnues pour que l'hôpital ne soit pas un socle monolithique trop lourd à gouverner et que chacun trouve de la satisfaction et de la reconnaissance au travail.

- Il y a des spécialités « à clientèle » et d'autres sans,
- il y a des spécialités qui s'exercent en plateau technique multi-disciplinaire et d'autres où l'exercice est plus individuel,
- il y a des spécialités techniques et d'autres plus cliniques,
- il y a des spécialités qui travaillent beaucoup la nuit et d'autres pas ou peu,
- il y a des spécialités qui s'exercent au niveau d'un territoire et d'autres où ce n'est pas nécessaire,
- il y a des spécialités qui travaillent étroitement avec d'autres professions, d'autres moins, etc :
- Ainsi, au sein du statut unique, il est nécessaire de pouvoir adapter les modes de reconnaissance à chaque type d'exercice.

Un suivi en médecine du travail sera, dans la pratique, obligatoire avec obligation de résultat pour l'employeur, ainsi qu'un suivi individuel de l'exposition à certaines pénibilités, avec compensation.

L'accès des praticiens hospitaliers au CHSCT via leurs organisations syndicales représentatives est devenu incontournable, sauf à continuer d'accepter une exception sociale inexplicable. La création d'une commission conditions de travail au sein de la CME ne saurait s'y substituer et n'a pas vocation à priver les praticiens de l'exercice d'un regard et d'une action syndicale en ce domaine qui est le leur.

Des baromètres sociaux seront suivis au sein de chaque unité, afin de dépister et réduire les risques psycho-sociaux. Le bilan social de chaque établissement fera état du suivi en santé au travail, des arrêts de travail et du turn-over.

Les médecins participent à la vie de leur hôpital, notamment via la **CME dont le rôle consultatif et décisionnel doit être réintroduit**. Mais ce n'est pas suffisant : pour exercer au quotidien, le PH doit être informé des décisions qui concernent son exercice, et pouvoir y participer.

- Des lieux et des canaux d'information doivent donc exister au sein du pôle, du service, et de l'équipe. Faire subir au médecin des décisions qui concernent son exercice sans le concerter est un échec pour les applications des décisions, mais aussi pour **l'adhésion** du médecin à la stratégie de son établissement.
- **Les fonctions de management d'équipe, de service ou de pôles, ne sont pas l'exclusive de certains statuts**, mais doivent répondre à des qualités relationnelles et de management et/ou de gestion.
- **La nomination à ces postes ne peut donc s'envisager que de manière consensuelle au sein de l'équipe avec validation par la gouvernance.**
- La reconduction de ces fonctions se fera sur des indicateurs de résultats de management.

6. Place des médecins hospitaliers dans le parcours de soins

L'hôpital doit conjuguer à la fois les fonctions de **recours et de proximité** pour la **formation** des médecins et soignants et pour les **soins** aux patients du service public. Le médecin hospitalier doit savoir conjuguer ces particularités et les exercer avec le souci de la qualité/sécurité.

- Dans cet objectif, il doit établir un lien permanent avec les correspondants de ville.
- Grâce au dossier médical personnalisé (DMP) le patient a le plus souvent un parcours complexe ville/hôpital qu'il faut respecter.
- Des moments et des lieux de communication doivent être créés pour assurer ce lien (colloques, ou entretiens téléphoniques, participation aux RCP, etc).
- **La participation des PH à l'équipe doit se traduire par la possibilité de relations professionnelles claires quant au rôle et à la place de chacun.**
- **La notion d'équipe nécessite que son contour soit précisé par la réglementation et son fonctionnement par règlement intérieur.**
- **Des coopérations interprofessionnelles** fondées sur des accords forts et la reconnaissance de nouvelles compétences acquises (**nouveaux métiers**) sont nécessaires. Elles doivent faire consensus en intégrant toutes les facettes du parcours de soin du patient au sein du GHT ou de l'établissement mais aussi dans la communication d'informations indispensables aux soins en secteur ambulatoire.

7. Place des médecins hospitaliers dans le processus de soins.

De par sa formation, le médecin est au centre du recrutement des patients, de l'organisation des soins, et des responsabilités médico-légales.

Il travaille avec de nombreux autres intervenants, collaborateurs, soignants ou non, de statuts et formation très différents selon les spécialités et modes d'exercice.

- La démographie actuelle, les frustrations d'un certain nombre de professions, conduisent à une forte pression, à la mise en route de coopérations ou de transferts de tâches.
- Celles-ci ne sont envisageables que si la sécurité et la qualité des soins ne s'en trouvent pas dégradées, si ces organisations sont validées au niveau national par les organisations professionnelles, si les responsabilités sont assumées par chaque acteur, et que si une évaluation des services rendus et des éventuelles complications est établie de manière collégiale.

8. Place du médecin dans son territoire de santé et dans l'espace hospitalier public

Un annuaire national des praticiens hospitaliers doit voir le jour facilitant les échanges.

Les adresses professionnelles des messageries électroniques courantes doivent être facilement accessibles. Une adresse générique nationale uniformisée doit être mise en place pour faire cesser les recherches infructueuses : nomdusage.prénom-composé@ch-ville.fr à l'exclusion de toute autre avec substitution progressive.

Quelle que soit sa taille, un territoire de santé va comporter plusieurs hôpitaux, un CHU souvent, des établissements privés, des médecins libéraux.

- **Le médecin hospitalier ne peut trouver sa place au sein de l'organisation territoriale que grâce à un projet médical partagé** : partagé s'entend partagé par les acteurs et pas uniquement construit sur des projets managériaux, politiques ou de présidents de CME seuls. Sinon, c'est un échec annoncé. Par contre, si c'est bien un projet d'équipe élaboré par les acteurs, le médecin hospitalier y trouvera un lieu d'épanouissement professionnel.
- Projet médical partagé, mais aussi évalué quant à ses résultats sur les patients, et en terme de satisfaction au travail pour tous les acteurs du territoire.
- Se pose la place du CHU : il semble que le CHU doive trouver une place qui ne soit pas hégémonique sur les autres établissements, mais un lieu de recours, d'échanges et de formation continue pour tous les médecins du territoire : on peut imaginer des colloques organisés au niveau du territoire, RCP, DPC etc.

La dimension universitaire ne doit plus être centrée sur un seul établissement : la notion de CHU ne devrait à l'avenir se décliner qu'en intégration complète au sein d'un réseau hospitalier dans lequel les affectations seraient possibles aux conditions décrites plus haut.

Ce n'est pas parce qu'on forme plus de médecins, qu'ils vont venir travailler à l'hôpital et qu'on résoudra la crise d'attractivité actuelle, en tous points, inédite dans notre pays.

Mais bien plutôt en imaginant des territoires et des hôpitaux « magnétiques », espaces de démocratie, d'écoute des acteurs soignants et des usagers soignés.