

Chers collègues chers amis.

Après 10 ans de vice-présidence en tant que responsable du médico-social, puis 8 ans de présidence de notre syndicat, atteint par la limite d'âge, il était normal et salubre que je passe la main.

2018 sera donc pour le SNGC une année de renouveau, au moins dans ce domaine, car une rapide rétrospective de notre actualité montre que les thèmes en discussion il y a 8 ans le sont toujours aujourd'hui.

**La représentation syndicale des médecins n'est pas acquise.** La loi santé exige une mesure de la représentativité des diverses composantes « sur le marché », ce qui est une excellente chose pour l'intersyndicale avenir hospitalier à laquelle nous avons adhéré il y a plusieurs années. Elle est en effet forte de bien plus de voix que d'autres organisations croupion qui ne représentent que leur conseil d'administration, mais pas encore assez pour influencer valablement le cours des choses. Les élections professionnelles à venir seront donc sur ce point un test fort.

Partout, les injonctions à produire plus à effectif constant, voire diminué, sont devenues insupportables pour tous les acteurs du système de santé. On observe une dégradation majeure des conditions de travail, l'hôpital en est la victime visible, mais le médico-social ne va guère mieux, témoin les mouvements de grève organisés par certaines directions d'EHPAD en cette fin d'année.

La mise en place d'un observatoire de la souffrance au travail, le témoignage de nos collègues en burnout, la campagne menée par notre intersyndicale sur la nécessité pour les médecins à partir de leurs difficultés psychologiques à se soigner convenablement eux-mêmes, témoignent de ce que nous sommes tout autant touchés que les autres personnels par la dureté des temps et la fragilité du système. On a voulu en 1973 par l'instauration du numerus clausus réduire le nombre de prescripteurs pour réduire les coûts : c'est gagné ! Sauf que l'on n'a pas appris à nos concitoyens à utiliser la ressource soignante avec tact et modération, bien au contraire.

Le seul point positif de la réduction des effectifs médicaux est qu'il nous est possible de reprendre un pouvoir sur les organisations, en particulier la mise en place des GHT, de retrouver des conditions salariales convenables (ce qui est rare est cher) : pour rappel un PH en début de carrière dans les années 80 commençait à plus de 4 fois le SMIC, il est à 2 1/2 aujourd'hui.

La Ministre de la Santé, Agnès BUZIN, affirme dans Libération que l'hôpital est arrivé au bout d'un système. Pour elle, la logique de la rentabilité est arrivée à son terme, l'hôpital n'est pas une entreprise ; même s'il doit faire attention à ses budgets, il ne doit pas se concentrer sur des activités rentables, ce qui lui a fait perdre le sens de sa mission, et a rendu malheureuses les équipes. L'hôpital doit se recentrer sur la médecine de recours, renforcer sa capacité à accueillir tout le monde, et les solutions budgétaires vont passer par la pertinence des soins (20 à 30% d'actes inutiles) et la restructuration, avec une meilleure articulation ville-hôpital. Que sera devenu ce discours dans un an ?

**L'avenir de la spécialité de gériatrie n'est pas assuré.**

En 2017, le DESC de gériatrie est devenue un DES !

La création de ce DES et la suppression de la capacité, vont entraîner une pénurie de médecins spécialisés en gériatrie.

Jusqu'à maintenant, il existait deux voies pour devenir gériatre :

- celle du DESC de type 2 créé en 1988, devenu qualifiant en 2004, lorsque la gériatrie a été reconnue officiellement comme une spécialité.

- celle de la capacité de gérontologie créée elle aussi en 1988. Cette voie a permis à des médecins généralistes déjà installés et plus rarement, à des spécialistes, de se reconverter à la gériatrie.

Depuis quelques années, ce sont les médecins à diplôme étranger qui choisissent cette possibilité pour valider leur procédure d'autorisation d'exercice (PAE). Les compétences jugées sur pièces sur des critères bien moins sélectifs, imposés par la puissance publique, ne semblent pas toujours au niveau nécessaire dans les services.

La capacité a fourni de très nombreux médecins coordonnateurs d'EHPAD, médecins de SLD et aussi de SSR gériatriques.

Dans une étude publiée en 2010 [1], 88,5% des gériatres hospitaliers étaient détenteurs de la capacité de gérontologie et seulement 8% du DESC. En sachant que l'exercice de la gériatrie est exclusivement hospitalier pour 7 gériatres sur 10... La capacité a formé plus de 4000 gériatres ces 15 dernières années. Concernant le DESC, il n'y avait pas de limites pour le nombre d'étudiants potentiellement formés. Que va-t-il en être pour le DES ?

9 gériatres sur 10 actuellement à l'hôpital, sont détenteurs de la capacité. Si on regarde les chiffres de 2012 [2], il y avait 678 étudiants en 2ème année de capacité (dont 45% en Ile-de-France) dont 550 qui ont validé leur diplôme, contre 50 étudiants en DESC de gériatrie dont 14 en Ile-de-France.

Combien de postes de DES de gériatrie ouverts en 2017 ? Personne ne le sait. Entre 150 et 250 ? Sur l'Ile-de-France, il est évoqué 70 postes à ouvrir progressivement ce qui, pour les besoins de l'hôpital public, est déjà insuffisant. Or les besoins en gériatres ne concernent pas que le public, mais aussi le privé marchand ou associatif, sanitaire ou médico-social ainsi que la pratique libérale

Il faut choisir d'emblée la spécialité de gériatrie à l'issue de l'ECN : cette année la gériatrie a été choisie en avant-dernière position après la médecine générale. Avec le DESC, bien souvent, le choix était plus tardif en fonction des stages dans lesquels étaient passés les étudiants. Ensuite, le nombre de places sera fixe et limité. Majoritairement, ces places seront dans les courts séjours (UGA), les services universitaires. Quid pour les autres? En particulier pour les SSR gériatriques ? Pour le SLD, cela fait longtemps que ces services, jugés à tort peu formateurs, n'ont plus d'internes. De nombreux services de SSR gériatriques n'auront pas l'agrément pour le DES de gériatrie (ou parfois pour un seul poste) et risquent de perdre leur agrément pour le DES de médecine générale. Comment vont-ils pouvoir recruter des étudiants ? Très rapidement, comme en SLD, il n'y aura plus d'internes dans ces services. Comme si la gériatrie ne concernait finalement que le court séjour.

Alors que le nombre de personnes âgées ne cesse d'augmenter, que les besoins de gériatres vont eux aussi augmenter, aussi bien en ville qu'à l'hôpital ou en clinique, et en EHPAD, la création de ce DES et la suppression de la capacité, vont entraîner une pénurie de médecins spécialisés en gériatrie.

Il fallait donc très vite réfléchir à la pérennité de notre spécialité. En calibrant la formation en fonction des besoins, mais aussi en se prononçant sur une nouvelle doctrine de validation des acquis de l'expérience après la disparition de la capacité, actée comme diplôme de base. Des discussions sont en cours à l'initiative du SNGC pour trouver une solution qui passera probablement par des diplômes universitaires à plusieurs étages, le premier pour la coordination en EHPAD, le second pourrait être un équivalent de capacité.

Une bonne nouvelle malgré tout, la nécessité d'être gériatre pour diriger un service validant dans la spécialité, le financement probable des collèges professionnels au prorata du nombre de ses inscrits sous l'étiquette de la spécialité au CNOM font que nos élites qualifiées dans d'autres disciplines déposeront leur dossier en commission.

**La formation professionnelle vue sous l'angle de la spécialité n'a toujours pas réellement débuté.** Le collège professionnel se cherche et ne se trouve pas vraiment car il est constitué d'un patchwork de gériatres, de médecins généralistes s'intéressant aux personnes âgées, de professionnels du sanitaire ou du médico-social dont les intérêts ne sont pas nécessairement communs. Du point de vue national, il est clair que nos gouvernants veulent financer des formations permettant le traitement du chômage. Les entreprises dont les hôpitaux ou les établissements médico-sociaux font partie ont vu leurs moyens financiers drastiquement diminués, ce qui va continuer et ne favorisera pas notre formation continue.

**Quel avenir pour les USLD, quelles activités demain pour les USLD, quel mode de tarification ?** En 2017 on se repose la question comme en 1997, 2006, 2012....

Les USLD doivent être réparties harmonieusement sur l'ensemble du territoire, accessibles aux familles elle-même âgées.

Le nombre de lits ne doit pas être trop important compte tenu du turn-over des malades qui y sont accueillis et de la difficulté nettement visible dans les grands services de ce type à avoir un nombre de malades relevant de soins médicotéchniques importants qui soit pour le moins compris entre 50 et 70%.

Les populations de ces services doivent être clairement définies : PA, malades chroniques jeunes.... L'autorité politique s'était engagée en 2008, à rédiger un décret « USLD » précisant les missions de ces services redéfinis, leur tarification, afin de mieux les différencier des EHPAD. On est toujours en attente de la réalisation de cet engagement.

Le financement doit être adéquat. Tout d'abord mettre fin à la convergence tarifaire que la FHF et le SNGC, dans une action commune, étaient parvenus à limiter en 2012, mais qui existe toujours au regard des résultats des coupes 2017.

La formule au GMPS, identique aux EHPAD et aux USLD, est inappropriée, les USLD ayant des missions et surtout des contraintes différentes ; cette prise en compte ne doit rien enlever, bien sûr, aux moyens des EHPAD.

Les USLD ont une vocation sanitaire. Le soin y est prioritaire. Il est lourd, au bénéfice de malades polyopathologiques dépendants fragiles dont l'espérance de vie n'est pas très importante, autour de 6 mois. Le reste à charge, pour ces personnes qui doivent être soignées, est, à cet égard, insupportable.

Pour mémoire, le SNGC avait milité pour la suppression pure et simple des USLD au profit d'un formatage conséquent des soins de suite et de réadaptation, avec une partie qui pouvait garder en milieu sanitaire ces personnes très malades, très dépendantes, très fragiles, à l'espérance de vie limitée. Le SNGC présent à ces nouvelles discussions reste sur ces positions.

**Le financement du médico-social**, variable d'ajustement de l'ONDAM, est en régression, suivant en cela celui du sanitaire.

Les départements exsangues essayent de réduire leur participation, en particulier sur la partie dépendance. Certains médecins des ARS endossent le double uniforme de contrôle de la qualité de la coupe PATHOS et de tarificateur en imposant a priori des résultats sous-estimant les réalités. La réforme de la tarification avec le CPOM, les évaluations internes, externes, elle-même amenées à se réformer, les indicateurs qualité de l'ANAP, les règles de bonnes pratiques édictées par les officines du bien traiter : ANESM, HAS... ont formidablement complexifié le travail du coordonnateur devenant un spécialiste de l'obtention des moyens médicotechniques nécessaires à la survie de son établissement.

Le new PATHOS dont l'entrée en service est prévue pour juillet 2018 ne changera rien à cet état de fait. Tout au plus tiendra-t-il mieux compte des besoins de soins et de leur coût avec une petite touche de prévention. Le SNGC a été présent, malgré la mauvaise volonté de départ des pouvoirs publics à son encontre, dans sa modernisation. Espérons qu'il ne fera pas les frais de l'exaspération des professionnels au regard des roueries du tarificateur qui tout à la fois exige de la qualité en même temps qu'il réduit les moyens. Cet outil doit rester ce qu'il est : un outil d'équité !

Attention un nouveau risque nous guette avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation qui cherche à établir un modèle de tarification basé sur le coût moyen d'un vieux en EHPAD, décliné en 3 catégories et qui permettrait de financer le médicotechnique. Il n'est pas sûr que nous y trouvions notre compte, sauf à réduire notre charge de travail par suppression de la « pathosification »

Dans le même temps la réduction de la ressource médicale amène le coordonnateur à la prescription. Le SNGC, depuis toujours, est pour, lorsque cela est nécessaire sous couvert de l'accord du coordonnateur, d'une modification de son contrat de travail avec ajustement du temps et des émoluments, sans pour autant en faire un dogme, chaque situation étant particulière.

La relève a donc du travail et des lendemains qui ne chantent pas bien fort. Le désinvestissement général envers l'action revendicative structurée est un problème sérieux. Une démocratie vit grâce à ses pouvoirs et ses contres pouvoirs, ceux des personnes qui font les choses versus celles qui en parlent. Or la lassitude voire la résignation gagne du terrain. Je souhaite le meilleur à celui ou à celle qui prendra la suite et à tous, mes vœux, pour une excellente année professionnelle et personnelle.