



Actu' APH

Journal d'Action Praticiens Hôpital



n°14

2023



L'enquête :
“ Mission Flash ”

Le dossier :
“ Pédiatrie ” :
Les Assises de la pédiatrie et
de la santé de l'enfant.
Les déprogrammations.
La pédopsychiatrie en crise.

Séminaire d'APH
“ Territoires et santé ”

APH : Aujourd'hui Pour l'Hôpital Public

Au nom d'Action Praticiens Hôpital, union d'Avenir Hospitalier et de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux, je vous présente tous mes vœux pour cette nouvelle année. Je vous souhaite une bonne santé, mais également une qualité de vie et d'exercice dans votre quotidien pour retrouver le sens de nos missions de praticiens conforme à vos attentes.

Nous allons faire le nécessaire pour que vos droits soient reconnus et valorisés à la hauteur de votre engagement, après plus de trois ans d'une crise sanitaire sans précédent qui dure et qui perdure. L'accès à des soins de qualité et en sécurité n'est plus garanti sur nos territoires, et nous sommes dans une offre de soins dégradée qui s'installe dans une indifférence délétère.

Notre système de santé est à bout de souffle et les praticiens, comme les soignants hospitaliers, sont épuisés dans cette machine infernale qui nous broie et

nous lamine chaque jour un peu plus. APH dénonce depuis de très nombreuses années le manque de personnels soignants et de praticiens pour faire simplement notre métier de soins. Nous continuerons à porter la demande d'instauration de ratios soignants/praticiens pour un nombre de malades pour définir ainsi des normes de sécurité des soins et de qualité d'exercice dans chaque établissement de santé.

APH s'est battu pour que les mesures estivales de la mission flash soient appliquées et prorogées en incluant la prise en compte des astreintes. APH a ainsi permis à certains collègues d'obtenir gain de cause vis-à-vis de leur administration. APH a également pu faire corriger l'oubli dans les décrets de la prise en considération des mois d'octobre et de novembre qui y avaient disparu...

APH a organisé un séminaire sur « Santé et Territoire » qui a permis de réunir hospitaliers et libéraux, ville-médico-social et hôpital public, praticiens, directeurs, PCME, FHF et DG d'ARS. Les échanges furent très riches en relatant des retours d'expérience des territoires abondés par vos représentants comme par des responsables de collectifs (CIH et SED) et des élus locaux pour exposer nos solutions qui seront présentées dans notre revue.

APH est et sera un des acteurs pour porter la refonte nécessaire de notre système de santé. APH défendra également nos conditions d'exercice et la prise en compte de notre temps de travail, de la pénibilité des

SOMMAIRE

ENQUÊTE

Mission flash : et le carrosse devint citrouille4

DOSSIER PÉDIATRIE

Les Assises de la Pédiatrie et de la Santé de l'enfant : un réel espoir ?7
Déprogrammation en chirurgie pédiatrique : quelles répercussions ?9
La pédopsychiatrie en crise !10

LA PAROLE AUX...

PADHUE - La situation des PADHUE et la prorogation de la dérogation d'exercice12
BIOLOGISTES - Grève des biologistes médicaux, perte d'attractivité : les biologistes libéraux et hospitaliers s'expriment13

SÉMINAIRE D'APH

« Territoires et santé » - Séminaire annuel APH15
Propositions APH « santé et territoires »17
Focus sur les déserts médicaux, l'attractivité et la pratique avancée18

LES PARTENAIRES D'APH20

PETITES ANNONCES21

ISSN : 2678-3606

DIRECTEUR DE PUBLICATION : CHRISTIANE MURA
RÉDACTEUR EN CHEF : JEAN-FRANÇOIS CIBIEN
COORDONNATEUR DE LA RÉDACTION : RICHARD TORRIELLI
COMITÉ DE RÉDACTION : ÉRIC BRANGER, EMMANUEL CIXOUS, FLORENCE COMPAGNON, MARIE-JOSÉ CORTÈS, ANNE DAVID-BRÉARD, DELPHINE GLACHANT, ERIC GUIHENEUF, YVES HATCHUEL, MARC NOIZET, ÉRIC LE BIHAN, PASCALE LE PORS, JEAN-MARIE LELEU, SALEM OULD-ZEIN, XAVIER PALETTE, CAROLE POUPON, YVES RÉBUFAT, ANNE WERNET, JACQUES YGUEL

EDITEUR : EKTOPIC
EKTOPIC@EKTOPIC.COM
PETITES ANNONCES : K. TABTAB
K.TABTAB@RESEAUPROSANTE.FR
IMPRESSION : IMPRIMATUR



gardes et des astreintes pour que le travail de nuit et de week-end soit valorisé à sa juste hauteur, mais également partagé entre tous les acteurs.

Nous avons travaillé sans relâche avec le ministère de la Santé et de la Prévention, les élus de l'Assemblée nationale et du Sénat, les conférences des PCME MCO-Psy-HU, la FHF, le CNOM et le CNOP. L'idée est de renforcer le dialogue social pour mettre en place les fondements d'un renouveau d'une politique de santé à la hauteur des besoins et des attentes de nos concitoyens, sans oublier vos aspirations, pour assurer votre exercice dans des conditions plus sereines, plus humaines.

APH a pu rencontrer les acteurs du gouvernement qui pilotent le chantier retraite et faire entendre la spécificité des praticiens hospitaliers. Nous avons été entendus et l'ensemble des organisations syndicales ont ensuite été reçues par le ministre et ses équipes pour aborder sans équivoque nos attentes. Des avancées semblent possibles essentiellement sur la retraite des hospitalo-universitaires, sur la prise en compte de la pénibilité des gardes et des astreintes comme sur l'invisibilité du temps de travail des praticiens qu'il conviendra de prendre en considération. APH continuera aussi à porter le combat des reprises incomplètes des parcours professionnels de nombreux praticiens, essentiellement chez nos collègues femmes, dont les nominations sur des postes de praticiens à titre provisoire n'ont pas été intégrées dans leur ancienneté.

Nous avons entendu les vœux du président de la République pour la santé, et APH poursuivra dans la voie de la défense de vos droits élémentaires, car les devoirs des praticiens hospitaliers explosent propor-

tionnellement à ceux de l'hôpital public. La santé de nos concitoyens ne doit plus se faire au détriment de la qualité d'exercice et de vie des soignants et des praticiens que nous sommes. À ce titre, nous exigeons toujours la reprise immédiate des quatre années d'ancienneté spoliées pour les praticiens nommés avant octobre 2020, et qui n'ont bénéficié que partiellement des mesures Ségur.

APH rappelle qu'outre ses mesures dites d'attractivité, nous réclamons une gouvernance réfléchie, bienveillante et humaine, qui se doit d'être en rupture avec les injonctions paradoxales incessantes ou les petits arrangements politiques.

Une nouvelle année débute avec un report annoncé des élections professionnelles suite à de petits arrangements avec certains, qui assurent plus leurs intérêts personnels que le droit syndical, le dialogue social et la démocratie sanitaire. APH défend sans relâche tous les praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires, comme l'hôpital public et ses soignants.

Une nouvelle année commence et nous comptons sur vous toutes et tous pour rejoindre l'un des 14 syndicats constitutifs d'APH. Pensez à adhérer ou à renouveler votre adhésion, car vous participerez ainsi à notre démarche tout en nous témoignant votre engagement pour le renouveau de l'hôpital public et la prise en considération des attentes des praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires, qu'ils soient titulaires ou contractuels.

Prenez soin de vous et des vôtres.

Jean-François Cibien, Président d'APH

Mission flash : et le carrosse devint citrouille

Au début de l'été 2022, il est devenu banal de fermer des services d'urgences... Une petite « révolution » dans la notion de service public, qui a conduit le président de la République à missionner le docteur François Braun, médecin urgentiste et alors président de SAMU-Urgences de France, pour proposer des recommandations permettant de « passer l'été ». Seuls les arbitrages définitifs, réalisés par la Première ministre, ont finalement figuré dans le rapport de cette « mission flash ». Quelques jours plus tard, François Braun a été nommé ministre de la Santé et de la Prévention : il a très rapidement mis en musique ces arbitrages.

Une instruction a été adressée aux directeurs d'ARS pour une mise en application immédiate des différentes mesures. Parmi celles-ci figurait la **majoration exceptionnelle de 50 % de l'indemnité de sujétion pour les gardes réalisées entre le 1^{er} juillet et le 30 septembre 2022** (arrêté du 12 juillet 2022 relatif à la majoration exceptionnelle de l'indemnisation des gardes des personnels médicaux) : mesure attendue depuis longtemps, d'autant que la charge de la permanence des soins repose de plus en plus sur l'hôpital public. Le volet indemnitaire de notre précédente enquête, « Nuits blanches », rendue publique le 1^{er} juillet 2022, en confirmait l'urgence.

Cette mesure complétait la **majoration exceptionnelle de 100 % de l'indemnisation du temps de travail additionnel du 1^{er} juin au 15 septembre** (arrêté du 29 juin 2022 relatif à la majoration exceptionnelle de l'indemnisation du temps de travail additionnel des personnels médicaux).

Ces deux mesures s'appliquaient à tous les praticiens, sans restriction de territoire, de spécialité ou d'un quelconque autre critère ayant été appliqué dans le contexte de la crise COVID.

Malheureusement, sur le terrain les choses ne se sont pas tout à fait déroulées comme prévu. Devant l'avalanche de sollicitations des praticiens, nous avons conduit une enquête en ligne, FLASH-BACK (formulaire Google Forms), afin de nous assurer que ces textes réglementaires étaient bien appliqués à l'ensemble des praticiens hospitaliers exerçant à l'hôpital public. Cette enquête anonyme, réalisée du 19 au 23 septembre 2022, a été diffusée aux praticiens par mail (newsletter), publicité sur le site

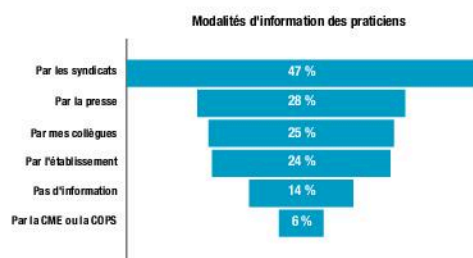
et les réseaux sociaux d'APH et de ses composantes syndicales.

Données démographiques

2 050 praticiens ont répondu : 93 % de PH, 4 % de praticiens contractuels, 2 % d'assistants et attachés, 1 % d'hospitalo-universitaires. 38 % exercent en CHU, 58 % en CH non universitaire, 4 % en CHS (centres hospitaliers de psychiatrie).

Information des praticiens

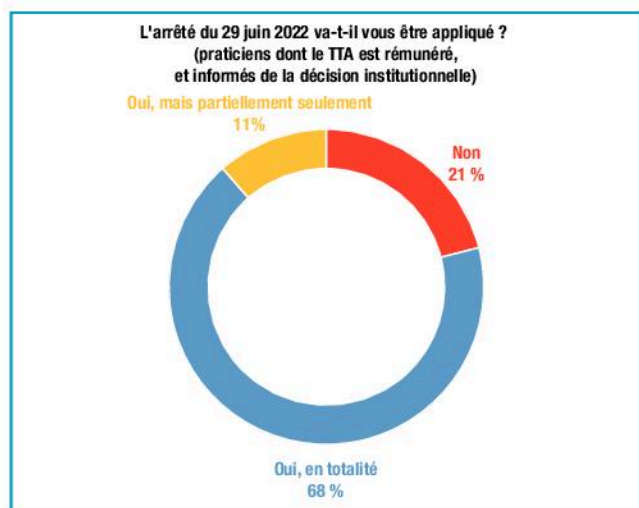
24 % seulement des praticiens ont été informés par leur établissement. Pourtant, le ministre avait envoyé une instruction aux directeurs généraux d'ARS le 10 juillet 2022, pour « rediffusion locale » et à « exécution immédiate », qui stipule : « *L'indemnité de sujétion de garde est en parallèle majorée de 50 % pour les personnels médicaux des établissements publics de santé. L'ensemble de ces mesures s'appliquent du 1^{er} juillet au 30 septembre 2022. Afin d'indiquer aux professionnels de santé que ces mesures sont prises en compte à compter du 1^{er} juillet 2022 et de leur adresser ce message positif, il vous sera demandé de transmettre aux établissements un courrier signé par le ministre de la Santé et de la Prévention qu'ils devront largement diffuser aux professionnels.* »



14 % des praticiens n'étaient pas informés de la parution de cet arrêté. 46 % des praticiens dont le temps de travail additionnel est rémunéré et 52 % des praticiens qui font des gardes sur place ne savaient pas si les majorations leur seraient appliquées.

Applications des mesures

83 % des répondants font du TTA. 74 % d'entre eux sont rémunérés pour ce TTA.



Au moment de l'étude, 21 % des praticiens étaient exclus de cette mesure par leur établissement. Parmi les raisons d'exclusion exposées par les praticiens figurent :

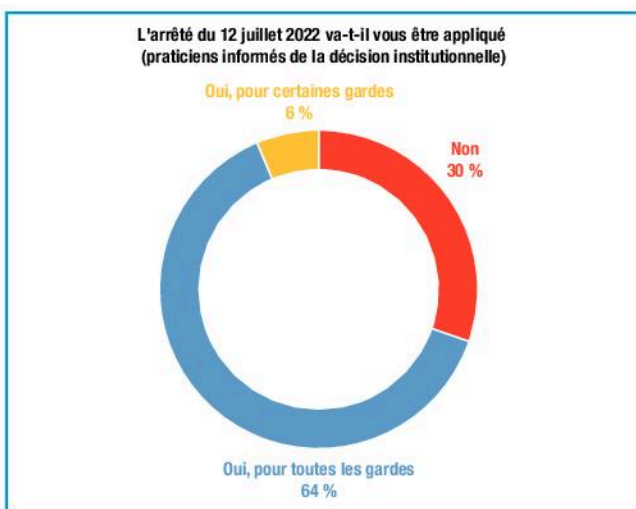
- le TTA est « généré par la permanence des soins »,
- le TTA est lié à une activité indépendante de la permanence des soins,
- le TTA n'est pas lié à une activité COVID,
- le praticien a fait du TTA, mais en dehors du service des urgences ou du SAMU,
- les heures supplémentaires n'existent pas chez les médecins (!!!).

Tous ces motifs d'exclusion ne figurent pas dans l'arrêté du 29 juin 2022.

À l'inverse, les astreintes directement payées en TTA (article 14 III a et b de l'arrêté du 30 avril 2003) sont exclues de l'arrêté. C'est une aberration, car c'est bien du temps de travail additionnel...

99 % des répondants réalisent des gardes. Moins des 2/3 pensaient bénéficier de l'arrêté en totalité.

Les raisons invoquées pour refuser le paiement sont identiques à celles invoquées pour le TTA.



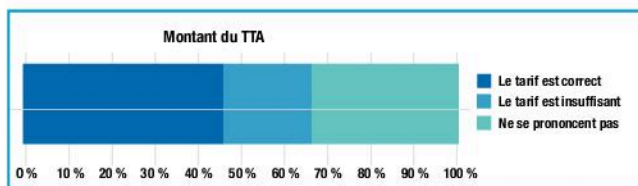
Les praticiens, APH et ses composantes ont dû monter au créneau auprès de nombreux établissements pour faire appliquer ces mesures : le plus souvent avec succès, mais pas toujours. En l'absence d'application de cette mesure, les praticiens sont en droit d'aller au tribunal administratif pour faire appliquer la réglementation !

Compte tenu de la date de parution de l'arrêté et du moment de décompte du TTA (quadrimestre), l'application de la majoration a été retardée, sans qu'une information claire ait été apportée dans la majorité des cas. Il en a été de même pour les gardes... Pour 3 % d'entre eux, les directions attendaient même une nouvelle instruction du ministère !

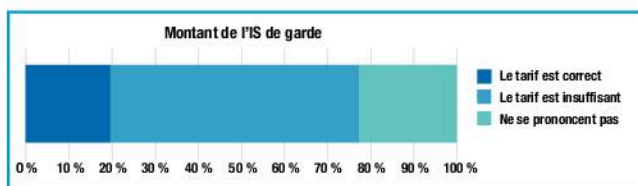
L'avis des praticiens sur les mesures estivales

80 % des praticiens estiment que la majoration du TTA est une bonne mesure/une mesure à pérenniser. Concernant le tarif (640 € brut, soit 64 € brut, soit environ 50 € net), 46 % des praticiens estiment qu'il valorise correctement l'effort pour travailler au-delà des obligations de services, 20 % estiment ce montant insuffisant. Pour mémoire, la rémunération des médecins libéraux pour vacciner la population s'élevait à plus de 100 €...

69 % des praticiens estiment que la majoration de l'indemnité de sujétion de garde est une bonne



mesure/une mesure à pérenniser. 20 % seulement des praticiens estiment qu'il valorise correctement le travail nocturne, alors que 58 % estiment ce montant insuffisant et demandent une homogénéisation du tarif des gardes à celui des hospitalo-universitaires, soit 720 € brut (environ 575 € net, cohérent avec les demandes des praticiens dans l'enquête Nuits Blanches).



Aucune revalorisation des astreintes n'a été prévue dans le cadre de la revalorisation de la permanence des soins : 94 % des répondants estiment cette mesure anormale et aspirent à une revalorisation des astreintes au même titre que la revalorisation des gardes, de manière substantielle et pérenne.

Comment expliquer ces résultats ?

- Le premier écueil est la temporalité de la décision. En effet, pour des raisons de calendrier électoral, la décision d'application a été prise mi-juillet. Un peu tard pour refaire des plannings...
- Deuxième écueil, une communication inexistante de l'application de ces mesures des ARS et des directions hospitalières vers les praticiens. Ainsi, au moment de l'enquête, aucun praticien n'avait perçu la moindre majoration de ces deux indemnités et ne savait avec certitude si elle lui serait appliquée.
- Troisième écueil, de nombreuses directions hospitalières étaient dans l'attente. Certaines essayaient d'appliquer a minima ces mesures voire pas du tout, d'autres attendaient des retours de leur CME ou de leur COPS, de leur service juridique afin de s'assurer de la légalité de ces dispositions (sic !).

QUELLES LEÇONS TIRER DE CETTE ENQUÊTE ET DE TOUTE CETTE HISTOIRE ?

Malgré une communication assez bien orchestrée au plus haut de l'État, qui aurait pu donner un peu d'espoir aux soutiers de la santé que nous sommes, le silence désespérant des ARS et de certaines directions hospitalières sur la mise en place de ces mesures est ahurissant. Pire encore, cette omerta a fait craindre – à juste titre – la survenue des pires injustices comme cela fut aussi le cas pour les mesures salariales d'accompagnement de la crise COVID. Aujourd'hui, certains établissements refusent toujours d'appliquer ces arrêtés... Le ministre en a été informé. Ces pratiques, indignes de notre pays et contraires au principe d'égalité républicain, risquent, en cas d'échec d'une injonction ministérielle, d'imposer un passage par le tribunal administratif...

ET MAINTENANT ?

Après la crise de l'été est arrivée la crise de l'automne « bronchiolite », puis la crise de l'hiver « triple épidémie ». De nouvelles mesures d'urgence ont été décidées pour l'hiver – à savoir, pour les médecins, uniquement la reconduction de la majoration des indemnités de sujétion des gardes à partir de décembre (décret du 12 décembre 2022), attendue pourtant dès début octobre. Puis, finalement, la jonction (mois d'octobre-novembre) a été ordonnée par une lettre de couverture le 17 décembre. Autant dire que la lisibilité des mesures sur les feuilles de paie va être cocasse...

APH demande, à la lumière de l'enquête « Nuits Blanches » réalisée en juin 2022 auprès des praticiens, sur la permanence des soins :

- Que ces mesures soient réellement reconduites de manière pérenne, afin de manifester la reconnaissance légitime du travail de nuit : les praticiens ont évalué que la garde devait être indemnisée 600 € net.
- Qu'elles soient étendues aux astreintes, dont la pénibilité est majeure : les praticiens ont évalué que le plafond de l'astreinte devait être remonté à 400 € net.
- Que le sujet de la permanence des soins soit l'objet de négociations qui dépassent le cadre de la rémunération : temps de travail et son décompte, valorisation de la pénibilité pour la retraite sont également des sujets cruciaux de la permanence des soins.

Anne Wernet, Yves Rébufat

NB : Le questionnaire et l'intégralité des résultats de l'enquête figurent dans le dossier de presse, sur le site d'APH : <https://aph-france.fr/Mission-Flash-Et-le-carrosse.html>

Les Assises de la Pédiatrie et de la Santé de l'enfant : un réel espoir ?

Le ministre de la Santé et la Prévention, François Braun, a dégainé une arme qu'il veut imparable face à la crise de la pédiatrie : les Assises de la Pédiatrie et de la Santé de l'Enfant.

François Braun a choisi comme coordinatrice la présidente de la Société Française de Pédiatrie (SFP), le professeur Christèle Gras-Le Guen. Ce choix paraît pertinent au vu de son curriculum vitae.

Il a désigné Adrien Taquet, qui était secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la Santé, aux côtés d'Agnès Buzyn. Sa mission était la défense des droits fondamentaux de l'enfant, le soutien à la parentalité et la lutte contre les maltraitances. Il a participé à l'initiative de la campagne des « 1000 premiers jours », puis est devenu secrétaire d'État chargé de l'Enfance et des Familles auprès du ministre des Solidarités et de la Santé le 26 juillet 2020.

Le monde de la santé de l'enfant est pendu à cet espoir d'avancées significatives tant la situation est inquiétante.

Surprise et déception...

Mais c'était la surprise et une certaine déception à la présentation de la méthode de travail.

Certain(e)s copilotes de ces assises sont connu(e)s du monde pédiatrique et inspirent la confiance. Mais des pans entiers de la santé de l'enfant, et les professionnels experts qui vont avec, ont été oubliés. En effet, la santé de l'enfant comporte de nombreux aspects et de nombreux acteurs qu'il faut prendre en compte. Il a été dit que tout s'intégrait dans ce qui était proposé. Mais l'absence de plus de précisions apportées à la majorité des acteurs de la santé de l'enfant rendait dubitatif.

La méthode définie semblait assez floue : il fallait envoyer ses idées aux copilotes par mail ! Les personnes intéressées ne voyaient pas toujours à quel copilote envoyer, dans quelle sous-partie ranger ce qu'on avait à dire ou à proposer, car des propositions peuvent concerner plusieurs sous-parties, si on pouvait envoyer plusieurs contributions (copilotes différents : une ou plusieurs contributions ?).

Qui est sollicité, qui peut s'exprimer ?

A priori, tous les soignants qui se sentent concernés. Cependant, ils peuvent être nombreux. Et, du coup, seront-ils entendus à la mesure de la pertinence de leurs propos, de leur expertise ?

Dans un deuxième temps, quelques précisions sur la possibilité de participer ont été envoyées à des groupes de médecins non pédiatres (intersyndicales, présidents de CME...).

Il est logique que d'autres professionnels concernés par la santé des enfants soient interrogés, mais pourquoi ne pas avoir donné d'emblée à tous les pédiatres certains détails (même si le délai de réponse est relativement long) ?

Depuis, plus de pédiatres ont été également sollicités en recevant ces renseignements avec des ajouts dans la méthodologie de recueil des propositions (auditions, visites...), mais il reste beaucoup de flou et on regrette qu'il n'y ait pas une expertise plus complète parmi les copilotes. Toutes les propositions ne seront pas retenues, mais le mode de choix ne semble pas garantir de garder les plus pertinentes.

La crise persiste en pédiatrie

Aujourd'hui, la crise persiste en pédiatrie malgré la quasi-disparition des bronchiolites, mais avec l'arrivée d'autres virus (grippes, gastro-entérites).

La reprogrammation des enfants porteurs de pathologies chroniques déprogrammés se fait lentement. Le retard de prise en charge et le risque de perte de chances persistent.

On peut quand même s'interroger si de telles assises, même bien organisées, sont une mesure adaptée à cette situation. Toutes les problématiques posées ne semblent pas pouvoir être résolues par

cette méthode. Et n'oublions pas les Assises de la psychiatrie qui, en leur temps, n'avaient rien réglé. Ce qui est à l'origine de la désertion des soignants, faute d'attractivité suffisante (problème majeur), semble plutôt pouvoir être résolu en appliquant les revendications syndicales comme celles d'APH pour les praticiens. Certaines mesures demandées par les collectifs interhospitaliers rejoignent celles d'APH. D'autres pourraient être apportées par des assises bien conduites.

Quid des différents rapports...

Certains voient dans les assises la possibilité de mettre en pratique le rapport de l'IGAS publié en 2021. Ce rapport de l'IGAS avait été commandé pour faire un état des lieux de la pédiatrie et de la santé de l'enfant car, déjà, de nombreuses alarmes sonnaient et les pouvoirs publics commençaient à sentir les difficultés de ce secteur. De nombreux constats y étaient pertinents pour la pédiatrie hospitalière, beaucoup moins pour l'ambulatoire. Il y était question déjà de ratios, mais sans plus de précision ni de mise en application. Il y était question des petites équipes et de leurs difficultés, mais sans considérer que des grandes équipes s'étaient fortement réduites et, le tout sans en chercher les causes.

D'autres rapports intéressants, mais très incomplets, ont suivi (Cour des comptes fin 2021, Haut Conseil de la santé publique septembre 2022). Le rapport du Professeur Sommelet de 2006 alertait déjà à une époque où la situation était plus faste à l'hôpital.

La législation avait été écrite auparavant pour organiser les services et les coordonner. Mais elle était peu mise en pratique. La « construction » alors en cours semblait déjà s'essouffler ou avançait trop lentement.

Les services de CHU s'étoffaient progressivement. La néonatalogie semblait s'organiser de mieux en mieux grâce aux décrets de Périnatalité, aux SROS et aux réseaux périnataux.

Les services de pédiatrie des CH, associés ou non à une unité de néonatalogie, s'organisaient chacun de leur côté. Les projets de service envisageaient, entre autres, la création de filières d'urgence avec organisation de la permanence des soins, autonomisation des services avec référents dans une majorité de sous-spécialités.

Mais il y a eu la T2A, la loi HPST en 2009...

Le problème des gardes...

Il y a eu aussi la diminution inéluctable et indispensable de l'autonomie des internes (dans l'intérêt des patients



et des internes, insuffisamment expérimentés) aggravant la lourdeur des astreintes (les CH étaient en astreinte auparavant). Cela nous a amenés au passage à la garde (séniorisation), plus consommatrice de ressources médicales et plus épuisante, même si plus sécurisante. Le flux des urgences pédiatriques a continué à croître, alourdissant encore cette charge non anticipée initialement. Les gardes bénéficient depuis 2003 d'un repos le lendemain, mais restent lourdes et épuisantes.

Le nécessaire passage au temps continu des seuls urgentistes est mal vécu par les autres acteurs de la permanence des soins, les pédiatres en particulier, car eux aussi travaillent en garde dans des services d'urgence. Ils ne sont d'ailleurs pas tous à l'aise avec les urgences, et cette partie de leur activité est souvent vécue comme un fardeau malgré leur motivation à faire de la pédiatrie.

Mais qui, sinon, pour faire les gardes ? Pendant leurs passages au CHU, on a enseigné aux pédiatres à toujours plus travailler et être résilients ! Cette résilience diminue ensuite avec l'âge et la parentalité, et affecte aussi de plus en plus les anciens.

L'absence de revalorisation financière, de prise en compte du temps de travail, la difficulté croissante à trouver un lit d'aval, surtout en période épidémique, sans impression d'écoute par les tutelles, ont contribué à ce malaise.

Les assises vont-elles suffire à remédier à cet ensemble de problèmes ?

Au total

La tâche est immense, multifactorielle et complexe. Un des risques majeurs est de partir dans une mauvaise direction, car les fausses bonnes idées inspirées par le manque de soignants pourraient y conduire et aggraver la situation.

Une grande écoute de nos tutelles sera également nécessaire pour appliquer les conclusions « quoi qu'il en coûte ».

Emmanuel Cixous, Président du Syndicat National des Pédiatres en Établissement Hospitalier (SNPEH)

Déprogrammation en chirurgie pédiatrique : quelles répercussions ?

Au fil des vagues COVID puis d'autres épidémies, les interventions ne cessent d'être reportées. En pédiatrie, le stress généré par ces reports concerne le patient, mais également les parents et le personnel médical et soignant. Pour le Pr Gilles Orliaguet (PUPH en anesthésie-réanimation pédiatrique à l'hôpital Necker), la crise de la COVID n'a été qu'un révélateur des problèmes rencontrés par le monde de la santé depuis plusieurs années.

Répercussions sur les patients et leurs familles

Quand on se prépare à se faire opérer d'une tumeur, c'est un stress important. La famille et le patient attendent avec anxiété, et souhaitent que l'intervention se déroule rapidement. Les familles s'organisent pour la période péri-opératoire. L'annonce d'une déprogrammation est une très mauvaise nouvelle, c'est la désorganisation totale, d'autant que l'intervention est souvent la première étape d'une prise en charge médico-chirurgicale.

Répercussions sur les équipes soignantes

Pour les équipes, ces déprogrammations ne sont pas bien vécues. Notre travail c'est de prendre en charge correctement le patient, en termes de sécurité et de qualité des soins. Cela génère un stress auprès des équipes. Se posent au quotidien les questions de la priorisation, quel patient doit être décalé, lequel va avoir une place en postopératoire dans un service adapté à sa prise en charge.

Cela génère des tensions au sein des équipes en interne et avec les chirurgiens, qui sont directement en prise avec les familles, et qui traduisent parfois leur crispation sur les équipes d'anesthésie-réanimation. Tout le monde est sous tension, notamment quand il n'y a plus de place disponible en réanimation postopératoire ou dans les lits d'aval. Par exemple, dans mon service, en moyenne 30 % de lits sont fermés par manque de personnel et certains patients ne peuvent pas être transférés, car il y a pénurie de lits dans les services d'aval. Cela bloque tout le système.

Actuellement, il y a un peu moins de déprogrammations, par rapport à la période d'épidémie de bronchiolite pendant laquelle tous les moyens de suppléance qu'il peut y avoir dans l'hôpital (les infirmières du pool que l'on déplace en fonction des besoins) étaient orientés vers les services de prise en charge de bronchiolite.

Cet épisode suraigu est arrivé sur un fond de difficultés qui durent depuis un moment, et qui se sont aggravées depuis la COVID.

Cela ne s'arrangera complètement que lorsque l'on pourra embaucher et fidéliser des personnels, notamment infirmiers. Nous sommes également en difficulté d'embauche. Par exemple, en soins intensifs en pédiatrie à Necker, pour rouvrir 4 lits, il nous faudrait 12 infirmiers à l'année... on espère que cela pourra se faire d'ici 2024.

Il reste des problématiques à régler, et j'espère que les assises de pédiatrie permettront d'apporter des solutions. Parmi ces problèmes :

- Actuellement pour un infirmier en formation dans les IFSI, il n'y aucune obligation de faire un stage de pédiatrie. Il est donc difficile qu'à leur sortie les infirmiers demandent spontanément à venir dans un hôpital pédiatrique. Il faudrait modifier la formation dans les IFSI en rendant de nouveau ces stages obligatoires.
- Il existe un déficit d'attractivité et de motivation des soignants. Parmi les problèmes, notamment dans les grandes villes, on retrouve les salaires trop bas et les difficultés à se loger. Quand on fait 12 h de travail par jour (ce qui est le cas en réanimation), il est difficile de faire 1 h 30 de trajet ensuite ! Il faudrait aider les IDE à trouver des logements accessibles financièrement et suffisamment proches de leur lieu de travail.
- Avec le système Parcoursup, l'orientation se fait parfois de façon aléatoire. Nous ne sommes plus à une époque où on choisissait ce métier par vocation.

Le métier d'IDE est un travail difficile physiquement et psychologiquement, avec une charge mentale encore plus élevée quand on s'occupe d'enfants, qui nécessite donc une reconnaissance salariale.

D'après les propos recueillis auprès du Pr Gilles Orliaguet

La pédopsychiatrie en crise !

La pédopsychiatrie est en crise ? La pédopsychiatrie est en crise ! Les urgences débordent. Quelles urgences ? Les enfants et les adolescents qui viennent pour « crises » suicidaires ou clastiques, troubles du comportement, mal-être...



Il semblerait que l'on n'ait jamais autant parlé de pédopsychiatrie, et que l'on n'ait jamais autant souligné les besoins concernant la santé mentale des enfants et des adolescents. Quel paradoxe, quand on sait à quel point l'idée que la maladie mentale existe a mauvaise presse ! Fallait-il attendre le constat annoncé depuis des années maintenant, à savoir que la population de pédopsychiatres diminuerait drastiquement de manière encore plus importante proportionnellement que le nombre de médecins dans son ensemble en ce premier quart du 21^{ème} siècle ? Fallait-il que les confinements liés à la pandémie COVID soulignent à quel point les jeunes et les très jeunes peuvent présenter des fragilités psychiques, des vulnérabilités personnelles, familiales et environnementales ? Fallait-il attendre qu'ils basculent dans la souffrance, les tentatives de suicide, l'augmentation des violences dont ils sont victimes du fait de cette dernière atteinte à leur équilibre précaire pour que l'on s'émeuve enfin activement ?

Une déliquescence annoncée

La psychiatrie du bébé, de l'enfant et de l'adolescent, la psychiatrie des mineurs était, comme tout ce qui touche le service public hospitalier, en souffrance, en état de lente réduction, au gré des ajustements budgétaires que le financement particulier de la psychiatrie permettait. En effet, jusqu'à cette année, un financement par dotation annuelle de fonctionnement non sanctuarisé évoluant au gré des ONDAM pouvait venir combler partiellement les déficits des établissements hospitaliers généraux et/ou hospitalo-universitaires auxquels la pédopsychiatrie peut

appartenir, d'autant plus que leur budget est parfois « noyé » dans des pôles communs avec la psychiatrie de l'adulte au sein des CHS. Ces « difficultés infantiles » s'aggravaient d'année en année, lentement, inexorablement, mais dans un certain silence, voire au sein de critiques de son manque de souplesse, encore et toujours de besoin de réorganisation, mais aussi de réponses considérées comme trop lentes voire obsolètes.

Une organisation à revoir

Pour rappel, la pédopsychiatrie est dans son immense majorité une spécialité rattachée au système hospitalier en France. Elle est structurée en secteurs (anciennement intersecteurs), comme pour la psychiatrie de l'adulte, elle dessert une population donnée sur un territoire, avec comme structure de base la consultation en Centre Médico-Psychologique (CMP).

L'installation en médecine de ville est, quant à elle, contrairement à la psychiatrie générale, extrêmement minoritaire, voire si elle existe, elle se fait souvent pour le médecin dans un exercice partagé entre installation et CMP ou CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique rattaché institutionnellement au secteur médico-social).

Les CMP ont dans l'ensemble pu s'adosser à des hôpitaux de jour territoriaux (supra-sectoriels). Mais longtemps la création de structures d'accueil temps plein, que ce soit des lits d'urgence, des lits d'hospitalisation ou des soins au long cours, a été repoussée, voire refusée, par tous. L'idée de maintenir les enfants et les adolescents dans la cité était un souhait encore plus immense et compréhensible.

sible pour les plus jeunes. L'illusion que la maladie mentale grave, les impacts des maladies intercurrentes, l'impact de l'environnement épargneraient la jeune génération était très active. Il n'en est malheureusement rien et les bébés, les enfants et les adolescents sont en souffrance, et ceux qui s'en occupent trop peu nombreux pour y faire face à la hauteur de leurs besoins.

La création de structures d'accueil temps plein, que ce soit des lits d'urgence, des lits d'hospitalisation ou des soins au long cours, a été longtemps repoussée, voire refusée, par tous.

La pédopsychiatrie est une spécialité à part entière !

Il n'est plus possible de dire que la pédopsychiatrie n'est pas une spécialité à part entière avec ses spécificités liées tant à l'âge de ses patients (comme la pédiatrie qui n'est pas une médecine générale en plus petit n'en déplaie aux adultomorphes, la pédopsychiatrie n'est pas la psychiatrie de l'adulte en modèle réduit), qu'à la spécificité de ses pathologies. Celles-ci sont liées tant au fait qu'il s'agit d'individus en plein développement, qu'à la particularité de l'expression de certains troubles : l'expression de la dépression, celle du trauma sont différentes chez l'enfant dans leur sémiologie comme dans leur évolution à la fois du fait des spécificités d'un âge, mais aussi de l'impact sur un être en construction.

La pédopsychiatrie n'est pas la psychiatrie de l'adulte en modèle réduit !

Or, le nombre d'accueils possible avec lits d'urgence, de post-urgence (lits porte et lits d'aval) est très bas, dépendant en grande partie des urgences pédiatriques. Aux urgences la question des 16-18 ans voire des 15-18 ans tombe souvent dans un vide, car nombre de services de pédiatrie, pour des raisons historiques (notamment l'AP-HP), ont pu limiter l'accès à leurs lits aux moins de 16 ans.

Les services de médecine de l'adolescent sont souvent mal équipés pour accueillir des jeunes avec des idées suicidaires et/ou des crises auto et hétéro-agressives. Les personnels médicaux sont peu nombreux du fait de la crise hospitalière, et peu ou pas formés à des troubles « non visibles » ou non compris (les scarifications, les hurlements pour des phénomènes hallucinatoires dissociatifs après traumas, etc.). Alors, le recours au service de psychiatrie des adultes et le transfert là où il y a une place sont un pis-aller.

Il ne suffira pas de dire qu'il ne faut plus (il ne faudrait plus) hospitaliser des plus jeunes avec des plus vieux. Qui pense encore qu'il faut mettre un jeune adulte à côté d'une personne atteinte de démence dans un service de médecine ? Faut-il accepter qu'un(e) jeune de 15 ans annonçant qu'il/elle va fuguer et se jeter par la fenêtre soit hospitalisé dans le même lieu qu'un adulte de l'âge de ses parents ou grands-parents présentant un épisode de décompensation de son trouble bipolaire avec souvent des consommations d'alcool et de toxiques ? Quelle temporalité pour un jeune qui doit retourner apprendre, dont le développement est en cours à vitesse exponentielle par rapport à celui d'un adulte que l'on cherche péniblement à stabiliser ?

La psychiatrie des « encore plus jeunes » fait un peu moins parler d'elle, et pourtant elle est une très grande pourvoyeuse des urgences pédiatriques elle aussi, notamment par le biais des conséquences des traumas et en particulier des violences intrafamiliales et environnementales. La population des enfants confiés en protection de l'enfance et/ou non confiés, mais toujours en danger, a également été mise en lumière depuis le confinement. L'augmentation des maltraitements physiques a été objective, celles des passages aux urgences pédiatriques pour motifs psychiatriques également. Sur le terrain, les enfants dits de l'« Aide Sociale à l'Enfance » (ASE) sont en peine ; les négligences graves et les maltraitements sont une cause majeure de morbi-mortalité chez les moins de 5 ans. Les conséquences au long cours sont théoriquement connues, mais non chiffrées, et les recherches dans ce domaine sous-financées, chronophages et méthodologiquement difficiles.

Un pays qui ne protège pas, ne privilégie pas, n'investit pas dans la génération de demain est un pays qui perd espoir. Il faut investir massivement dans la santé physique et psychique des enfants. « *No health without mental health* » pour les adultes en devenir !

Gisèle Apter, Vice-présidente du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH)

La situation des PADHUE et la prorogation de la dérogation d'exercice

La procédure de demande de plein exercice des PADHUE (Praticiens à Diplôme Hors Union Européenne) a connu depuis 4 ans une évolution suivie de bien des adaptations et des prolongations.

C'est en 2019 que la loi créant la procédure transitoire de demande d'autorisation d'exercice dite « STOCK » fut adoptée. Le praticien dépose un dossier pour accéder au plein exercice de sa profession. Ce PADHUE déjà en activité dans le système de santé ne pensait pas connaître une première prolongation de la date limite de la procédure suite à la pandémie COVID-19 du 31 décembre 2021 au 31 décembre 2022. Puis de voir cette deadline encore prolongée de 4 mois devant près de 50 % des dossiers en attente d'instruction par les commissions nationales d'autorisation d'exercice à quelques semaines de la date butoir¹.

Il faut rappeler que ces PADHUE sont en exercice depuis de nombreuses années, souvent en tant que seniors associés dans les services agréés, formateurs pour les internes avec des files actives de patients, et des compétences reconnues et appréciées par leurs confrères. Ces mêmes soignants se sont retrouvés menacés d'être en exercice illégal devant l'impossibilité de renouveler leur contrat de travail (la possibilité de mobilité des PADHUE a été omise lors de la prolongation de la procédure en 2020), et de leur autorisation temporaire d'exercice qui expirait au 31 décembre 2022. Pour certains et leurs familles, c'était leur titre de séjour sur le territoire français qu'ils ne pouvaient renouveler !

Les autorisations d'exercice viennent d'être prolongées au vu du délai supplémentaire de 4 mois requis par le ministère de la Santé pour terminer l'instruction des dossiers².



Un prix supplémentaire à payer pour cette prolongation par le PADHUE est la **perte du statut de praticien attaché associé (PAA) et d'assistant associé (AA), deux statuts déjà précaires et perçus comme dégradants pour un travail égal comparés à ceux de leurs confrères inscrits à l'Ordre des médecins. C'est le nouveau statut de praticien associé « PA » qui leur est imposé, un statut « précairissime », dénué de sens puisque ne prévoyant pas de jours de formation pour des praticiens en consolidation des compétences ! C'est aussi un statut qui peut rétrograder le soignant senior vers des gardes d'interne si telle est la décision de son service (!) et lui ôte un droit de mobilité professionnelle au cours de sa période de consolidation³.**

Dr Nefissa LAKHDARA,
Secrétaire Générale du SNPADHUE

¹ Article 70- LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2019/07/26/0172>

² Article 48 de la Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

³ Décret n° 2022-1693 du 27 décembre 2022 portant diverses dispositions relatives aux praticiens associés NOR : SPRH2230577D JORF n°0301 du 29 décembre 2022 Texte n° 52

Grève des biologistes médicaux, perte d'attractivité : les biologistes libéraux et hospitaliers s'expriment

La biologie médicale a connu d'importants changements dans les dix dernières années, suite à d'importantes réformes (ordonnance de 2010 et loi de 2013) qui ont profondément modifié le cadre légal et réglementaire. Les deux points les plus importants de ces réformes étaient l'ouverture du capital des laboratoires de biologie médicale aux non-biologistes, et l'obligation d'accréditation selon une norme ISO issue du monde industriel.

Pour la biologie libérale

Les conséquences de ces réformes ont été une concentration des laboratoires avec un modèle industriel poussé par l'obligation d'accréditation et la financiarisation avec le rachat des laboratoires par des investisseurs financiers (holdings, fonds de pension étrangers), les laboratoires indépendants à taille humaine devenant l'exception.

L'activité analytique devrait constituer le cœur du métier de biologiste médical

Un nouveau modèle de laboratoire, plus industriel, s'est développé sous la pression de l'obligation d'accréditation, avec une concentration des activités analytiques dans des « usines à tubes » et une transformation des laboratoires de proximité en centres de prélèvements.

Ces stratégies de rationalisation permettent d'optimiser les coûts de revient des examens souvent au détriment du service médical, avec notamment une augmentation de délai de rendu des résultats liée au transport des prélèvements vers les plateaux techniques.

Cette organisation a aussi un impact négatif sur l'attractivité, les jeunes biologistes étant souvent cantonnés à des activités de prélèvement et de rendu de résultats dans les sites de prélèvement sans activité analytique, qui devrait constituer le cœur de leur métier.

Parallèlement, le statut de travail non salarié ultra-minoritaire, sorte de salariat déguisé sans la protection sociale, est devenu la norme pour les jeunes biologistes. Cela entraîne une perte de la maîtrise de leur outil de travail, les choix stratégiques sur l'équipement et l'organisation du laboratoire revenant aux investisseurs financiers pour qui le service médical rendu n'est pas la priorité.

L'Assurance Maladie trouve tout de même son compte dans ces évolutions qui ont permis une diminution des coûts de la biologie, malgré l'augmentation des volumes d'examen avec des baisses importantes des cotations des actes. Mais cela se fait au détriment des laboratoires indépendants, qui sont de plus en plus fragilisés par la pression économique imposée par l'Assurance Maladie.

Du côté des hospitaliers

Devant le poids de l'accréditation, les regroupements de laboratoires pilotés par les directions dans le cadre des GHT, et tout ce qui est commun aux praticiens hospitaliers (la permanence des soins, la gouvernance, le déficit de financement de l'hôpital public...), on observe aussi un manque d'attractivité de la profession.

Pour redonner de l'attractivité, il faudrait une refonte complète du système de financiarisation de la biologie hospitalière et un réel allègement de l'accréditation.

la parole aux biologistes

Cette perte d'attractivité, observée aussi bien en biologie libérale qu'hospitalière, est objectivée par le recul important des rangs de classement à l'ECN des médecins choisissant la biologie médicale sur les 10 dernières années, avec maintenant des postes d'internes non pourvus, ce qui était encore impensable il y a 10 ans. La biologie médicale, profession mixte, connaît aussi, et ce plus récemment, un phénomène identique côté pharmaciens.

Une enquête récente (novembre 2022) du SNBH a montré que 87 % des biologistes médicaux exerçant en établissement de santé estiment que la biologie médicale hospitalière est en perte d'attractivité. Près de 70 % des laboratoires hospitaliers (CH et CHU) ont des difficultés à recruter. La cause la plus fréquente annoncée du manque d'attractivité est l'accréditation qui a éloigné les biologistes de leur cœur de métier.

Pour redonner de l'attractivité, les hospitaliers demandent une refonte complète du système de financiarisation de la biologie hospitalière et un réel allègement de l'accréditation, qui pourrait passer par la certification HAS des établissements avec un référentiel axé sur le service médical rendu et la sécurité des soins plutôt que sur le management et les processus industriels.

Pourquoi une grève des biologistes ?

Après s'être mobilisés comme jamais pendant la pandémie, les biologistes libéraux ont exprimé un sentiment de punition. La CNAM leur demande des comptes avec des baisses de la nomenclature des actes de BM sans équivalent, qui touche de façon aberrante les actes de routine et non l'activité liée à la Covid. Ces mesures vont peser beaucoup plus sur les laboratoires indépendants et de proximité, avec un risque de fermeture de sites de proximité et donc une perte pour l'accès aux soins des patients.



Les négociations ont échoué, l'Assurance Maladie ayant refusé la proposition des biologistes libéraux d'une taxe sur les profits Covid pour limiter l'impact sur les actes courants, et des mouvements de grève ou de blocage par les biologistes libéraux se répètent depuis début décembre.

Les biologistes hospitaliers, moins concernés et moins gênés par ce mouvement initié en collaboration avec de grands groupes financiers, n'ont pas appelé à la grève, mais ne pourront faire face à la demande qui risque de toucher l'hôpital et son organisation, déjà en si mauvais état.

Un accord a finalement été conclu entre la CNAM et les syndicats de biologistes libéraux aboutissant, pour 2023, à une diminution de 1 centime du B (arrêté du 26 janvier 2023) et une modification de la nomenclature de certains actes validée par la commission de hiérarchisation des actes de biologie (CHAB) le 25 janvier 2023. À noter que les biologistes hospitaliers sont exclus de toute négociation et donnent uniquement un avis consultatif à la CHAB.

*Carole Poupon, Vice-présidente d'APH,
Présidente du SNBH,*

*Éric Guiheneuf, Vice-président des biologistes hospitaliers
du Syndicat Les biologistes médicaux*

PENSEZ À SUIVRE L'ACTUALITÉ SUR LE SITE d'APH

<https://aph-france.fr/>

Pour s'abonner aux newsletters : <http://eepurl.com/c04mX1>



Suivez-nous sur facebook :
<https://www.facebook.com/Action-Praticien-Hôpital-252176902225161/>



Suivez-nous sur Twitter :
[@ActionPratHopit](https://twitter.com/ActionPratHopit)

« Territoires et santé » – Séminaire annuel APH

Action Praticiens Hôpital a choisi Collioure comme lieu pour le séminaire annuel de son conseil d'administration, qui a eu lieu du 21 au 23 octobre 2022. Ces séminaires annuels ont pour but, outre de nous exiler pour une réflexion intensive, d'inviter des personnalités extérieures à APH, parfois aux idées contraires, et d'alimenter des propositions pour l'hôpital public et les praticiens... et enfin, d'entretenir de la convivialité et du lien entre nous ! Bien avant l'annonce du CNR Santé des territoires, nous avons vu juste en décidant d'un séminaire « Territoires et Santé ».



Juste avant le séminaire - avec Arnaud Chiche (SED), Jerome Marty (UFML-S), Eric Branget et Jean-François Cibien

anesthésiste-réanimateur, président fondateur du Collectif Santé en Danger (CSED), et Caroline Sault, urgentiste, représentant le Collectif Inter-Hôpitaux (CIH).

Nous avons regretté l'absence des usagers, pourtant invités avec insistance, à ce séminaire. Étonnant, non ?

Le séminaire comprenait 3 parties :

- Le constat : difficultés d'accès aux soins dans les territoires, déserts médicaux de ville et hospitaliers : médecins hospitaliers,

Notre séminaire s'est ouvert avec les acteurs de territoire : M. Guy Llobet, maire de Collioure, M. Joël Bouscarra, maire adjoint qui est également médecin, et M. Didier Jaffre, directeur général de l'ARS Occitanie. Il a été clôturé en présence du maire, du maire adjoint et de M. Jean Sol, sénateur des Pyrénées-Orientales, membre de la commission des Affaires sociales du Sénat, et qui est également infirmier et directeur des soins à la retraite. Parmi nos invités figuraient aussi Philippe Calleja, médecin généraliste et maire d'un village ariégeois, Jérôme Marty, président de l'Union Française pour une Médecine Libre – Syndicat (UFML-S), Arnaud Chiche,

libéraux et élus de territoire ont donné leurs points de vue ; la question de la définition d'un désert médical hospitalier a été débattue ! Le DG de l'ARS Occitanie, Didier Jaffre, présent en visioconférence, était dans son rôle en défendant la position du président de la République...

- Les retours d'expérience et les pistes d'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires : intérêt des parcours de soins et des filières de soins coordonnées, des coopérations sur le territoire type GHT, GCS, des coopérations public-privé, la place de chacun dans le système de santé ont été débat-

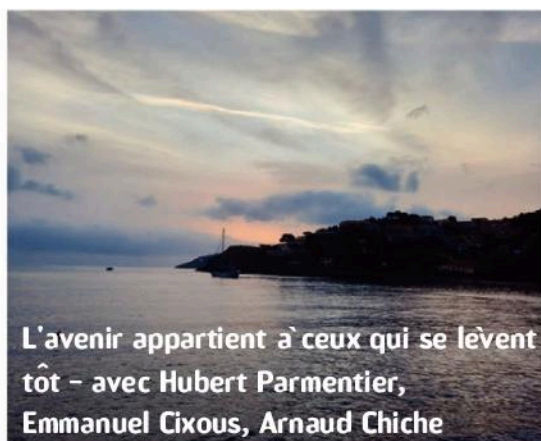
séminaire d'APH

tus avec nos invités ; les expériences des urgences, de la psychiatrie, de la pédiatrie, mais aussi le développement de nouvelles organisations de santé avec les maisons de naissance ou la pratique avancée ont été passées au crible de notre assemblée : tout n'est pas une amélioration de la qualité – sécurité des soins !

● Les leviers d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé, en ville et à l'hôpital : conditions d'exercice, mais aussi conditions de vie personnelle, d'équilibre, de mixité d'exercice...

Les échanges ont été très denses et très riches, permettant de confronter les différents modes d'exercice et les approches des différentes spécialités. Le regard du politique, élu du territoire, mais aussi impliqué dans l'élaboration des lois, nous permet également de percevoir les angles d'attaque pour faire avancer nos propositions.

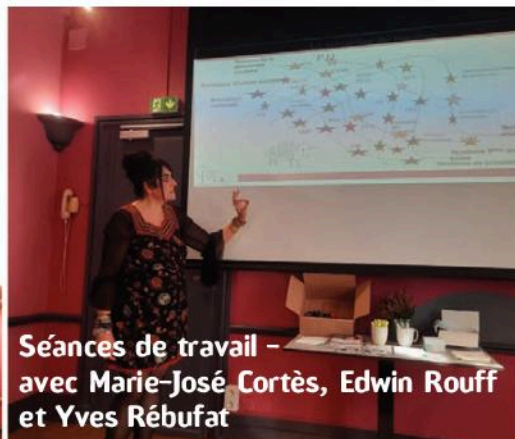
De ces trois demi-journées intensives, nous construisons un nouveau chapitre de la plateforme APH : « Organisation territoriale de la santé ».



L'avenir appartient à ceux qui se lèvent tôt – avec Hubert Parmentier, Emmanuel Cixous, Arnaud Chiche



Pause entre deux séances – on continue de travailler



Séances de travail – avec Marie-José Cortès, Edwin Rouff et Yves Rébufat

Propositions APH « santé et territoires »

- **Le squelette de l'organisation de la santé doit rester national** : structuration de la médecine libérale (maisons pluriprofessionnelles, CPTS) et hospitalière (hôpitaux publics, ESPIC et CLCC, cliniques), réglementation des statuts hospitaliers, gestion des carrières des praticiens hospitaliers (CNG), rémunérations (émoluments hospitaliers, négociations conventionnelles pour les libéraux).
- En revanche, **les ARS**, qui ont montré leur incapacité à gérer l'offre de soins publique/privée au sein des « grandes régions » lors de la crise COVID, puis ces derniers mois lors des crises hospitalières liées à la pénurie de soignants et de médecins, **doivent être supprimées**. Cette gestion doit revenir à une échelle à taille humaine (département ? Sous l'égide du préfet ou d'une agence territoriale départementale de santé ?).
- **La notion de territoire doit être définie** : les territoires où s'organisent les professionnels entre eux doit être à taille humaine, comparables aux « secteurs » définis depuis longtemps en psychiatrie.
- **Les médecines libérale et publique ne doivent plus exercer en silo, mais en complémentarité** :
 - Les groupements hospitaliers de territoire doivent évoluer vers des groupements sanitaires de territoire, qui associeront, pour le bassin de population du territoire, la médecine « de ville », les hôpitaux et les établissements de santé privés, ainsi que les professionnels paramédicaux libéraux.
 - Sur chaque territoire doivent être définis les parcours coordonnés de soins des patients : « qui fait quoi », comment se font les transferts de patients et d'information (du coup de téléphone au transfert numérique des données) ainsi que des filières vers des établissements de recours hors territoire pour des pathologies spécifiques (ex. : recours au CHU).
- **Le médecin traitant doit être la personne référente pour la prise en charge de chacun de nos concitoyens** : il doit non seulement coordonner les soins, mais pouvoir lui-même faire le soin, tant sur le plan strictement clinique qu'humain, qui est le sens même de son métier. Cet exercice doit s'appuyer sur les compétences des professionnels paramédicaux (IDE, kinésithérapeutes...) y compris en pratique avancée, dans le cadre des pathologies chroniques.
- **L'attractivité des carrières médicales doit être travaillée**, tant en libéral qu'à l'hôpital, pour restaurer du sens au travail :
 - Amélioration des conditions d'accueil des médecins libéraux, aide à l'installation d'une famille (facilitation de l'emploi du/de la conjointe, places en crèches, etc.), tuilage par un médecin déjà installé dans le territoire
 - Mesures d'attractivité pour les carrières hospitalières (cf. revendications d'APH et de ses composantes).
- **La permanence des soins doit redevenir obligatoire pour l'ensemble des médecins, de la médecine générale à l'hôpital, en passant par les établissements lucratifs**. Cette PDS est une mission de service public, dont la rémunération doit être équilibrée entre les praticiens ; elle met en jeu, pour l'activité d'urgence, le déclenchement du SAS. Le repos de sécurité doit être obligatoire.
- **La perte de temps liée aux activités non médicales des médecins doit être réduite à néant**, en redonnant leur place aux secrétaires médicales, assistants administratifs, assistants médicaux, permettant au médecin de réaliser son métier, celui qui correspond à sa formation, ses connaissances, ses compétences, et dont il a la responsabilité : le diagnostic, la stratégie thérapeutique, la coordination du soin.

Focus sur les déserts médicaux, l'attractivité et la pratique avancée

Philippe Calleja est médecin généraliste, installé en cabinet, et maire du village de Saverdun (Ariège).

Être maire et médecin, est-ce la même mission, l'une des deux fonctions aidant l'autre, ou est-ce faire le grand écart entre les besoins de santé de la population et la gestion d'un désert médical ?

Philippe Calleja : Dans la ruralité, les deux sont complémentaires et synergiques. Les deux m'ont permis d'être au plus près des citoyens. Le fait d'être médecin permet d'entendre, d'écouter, de connaître les problématiques personnelles, d'aller auprès de la population, de rentrer dans les maisons, de comprendre au mieux la réalité de chacun et d'être confronté aux difficultés sociales. Et pour le maire que je suis, c'est beaucoup plus facile quand on sait exactement ce qui se passe.

Le problème des déserts médicaux a du mal à trouver une solution du fait de l'incompréhension totale et de la méconnaissance de deux mondes qui s'ignorent : le monde des politiques d'une part, qu'ils soient élus locaux, régionaux ou nationaux, et le monde médical d'autre part. Le fait d'appartenir aux deux simplifie le fonctionnement et la compréhension des choses. Grâce à ces deux fonctions, cela m'a permis de mettre en place des dispositifs pour lutter contre les déserts médicaux.

Que pensez-vous de la coercition à l'installation, ou de la 4^{ème} année de médecine dans un désert médical ? Quelles solutions pour rendre les territoires attractifs pour les jeunes dans le cadre d'une carrière de médecin traitant en cabinet ?

Philippe Calleja : La contrainte n'a jamais été la solution, quant à ajouter une année supplémentaire d'étude, c'est un non-sens. Nos jeunes confrères entrent dans le monde de l'installation déjà trop tard. Il y a plusieurs années, on remplaçait dès la fin de la 6^{ème} année. La médecine est un monde où on a le temps de prendre des avis confrat

La pratique avancée ne palliera jamais la pénurie de médecins, c'est un cataplasme temporaire !

ternels, notamment en ville, en dehors des urgences bien sûr. On apprenait énormément grâce à l'enseignement et au partage confraternel. Ce partage confraternel ne doit pas être uniquement institutionnalisé.

Ça ne sert à rien d'allonger, il faut des stages, de la pratique et, bien sûr, le stage aux urgences qui est une priorité absolue. Les cabinets de groupe sont attractifs pour les jeunes afin qu'ils ne se sentent pas isolés, notamment au début de leur installation. La solution que j'ai mise en œuvre pour lutter contre le désert médical consiste en la création de pôles de santé, de faire ce que j'appelle des cliniques rurales. Regrouper des professionnels de santé qui vont exercer ensemble, échanger, faire des RCP et organiser des téléconsultations avec les infirmières.

Les élus et les concitoyens doivent réenchanter la profession. Les anciens ont un rôle important pour intégrer les jeunes. La qualité de vie passe par le réseau social et la mise en place d'éléments facilitateurs au quotidien.

La pratique avancée est-elle une solution pour pallier la pénurie médicale ?

Philippe Calleja : Je suis médecin pompier, avec des infirmiers pompiers qui appliquent des protocoles pour des gestes normalement réservés aux médecins, et ça fonctionne bien. La pratique avancée doit être encadrée. Il y a des endroits où l'on va être obligé de passer par là. C'est une solution intéressante à condition que les infirmiers aient une expérience professionnelle et clinique suffisante et qu'ils soient encadrés.

Cependant, la pratique avancée ne palliera jamais la pénurie de médecins, c'est un cataplasme temporaire. Ce n'est pas la solution ! Il faut réaugmenter le *numerus clausus*, avec un nombre d'étudiants en médecine plus important que dans les années 90, car les médecins n'acceptent plus aujourd'hui de travailler en dehors d'horaires bien établis.

Caroline Sault est médecin urgentiste hospitalier, membre du bureau du Collectif Inter-Hôpitaux, qui comprend des médecins, des personnels « non médicaux » et des usagers.

Dans votre expérience, le SAS est-il une solution au défaut de permanence des soins ambulatoires dans les territoires ?

Caroline Sault : Je pense que les réponses territoriales aux pénuries en santé ne sont que des pis-aller... car si vous recrutez dans une zone ou un secteur, vous sous-densifiez une autre. Il faut des réponses nationales avec un financement adapté des soins (ONDAM).

L'attractivité des SAU, c'est le problème de l'hôpital tout ENTIER.

Quand un SAU dysfonctionne, voire ferme, c'est tout un territoire qui est en danger sanitaire. Comment restaurer l'attractivité dans les SAU ?

Caroline Sault : Le SAS va aider à la coordination certes, mais il

s'agit juste d'un moyen de gérer la pénurie et de mettre encore des personnels soignants à une activité de coordination. Or, il faut des soignants auprès des malades.

Concernant l'attractivité des SAU, c'est un problème qui concerne l'hôpital en général. Je travaille au SAU. Le service fonctionne très bien (sans pénurie médicale), mais il dysfonctionne, car il n'y a pas assez de lits en aval et nous sommes saturés. Donc c'est le problème de l'hôpital tout ENTIER. Il dysfonctionne également quand le SAU du privé ferme. L'hôpital public, lui, restera toujours ouvert... les règles ne sont pas les mêmes pour tout le monde...

La pratique avancée est-elle une solution pour pallier la pénurie médicale ?

Caroline Sault : La pratique avancée c'est un bon moyen, sous couvert d'un médecin ! C'est à développer, notamment dans les pathologies chroniques.

Jérôme Marty est médecin généraliste libéral, président de l'Union Française pour une Médecine Libre – Syndicat.

La médecine générale libérale est dans la rue pour défendre ses conditions de travail (et pas uniquement les rémunérations). Votre syndicat dénonce dans le même temps la dégradation de l'hôpital. Comment répartir la charge en soins entre ville et hôpital dans les territoires ?

Jérôme Marty : Tout simplement en ayant une médecine libérale forte à côté d'un hôpital fort. Aujourd'hui on assiste à un effondrement des deux secteurs. Le politique n'investit pas dans la santé tant au niveau du secteur public que du secteur libéral. Il préfère faire des réformes ou des décrets « bricolages » qui visent à boucher les trous en espérant que la maison en ruines s'effondre encore un peu. Si on veut sauver le système il faut investir. Investir dans la santé, c'est le meilleur placement que peut faire l'État. Il ne faut pas avoir peur de sortir de l'ONDAM, de bousculer le parlement qui a voté un ONDAM insuffisant, ce qui fait qu'il va falloir attendre encore un an pour le réviser. Il faudrait sortir de l'ONDAM afin que les tarifs puissent être indexés sur l'inflation. L'État n'a pas compris qu'investir dans la santé était un des meilleurs investissements qui soient. Avant de penser à l'organisation du soin,

La permanence des soins est déjà organisée sur 95 % du territoire !

le socle de tout c'est l'investissement, s'il n'y a pas d'investissement rien ne bougera.

La permanence des soins doit-elle de nouveau être obligatoire pour tous les médecins ?

Jérôme Marty : La permanence des soins est déjà organisée sur 95 % du territoire. Dans les grandes villes, il y a SOS médecins et dans les campagnes les gardes sont prises. Tout cela participe au cynisme des politiques qui veulent transformer les conséquences de leurs actes en cause. C'est le politique qui, par les conséquences de ses actes, a fustillé le système de santé et aujourd'hui il veut nous faire porter cette culpabilité.

La pratique avancée est-elle une solution pour pallier la pénurie médicale ?

Jérôme Marty : Nous voulons bien travailler avec les IPA, mais dans le cadre de protocoles bien définis et non pas s'en servir pour boucher les trous. La formation médicale des IPA est parcellaire (deux ans de stage après les trois ans d'études, contre 10 ans de formation pour un médecin). Nous voulons que les Français bénéficient d'une médecine de qualité. Il faut renforcer l'offre de proximité dans les zones où les patients n'ont pas accès aux médecins, et non la remplacer par les IPA. Nous n'avons pas la même formation et nous ne faisons pas le même métier !

Arnaud Chiche est médecin anesthésiste-réanimateur en ESPIC, président fondateur du Collectif Santé En Danger (CSED), qui agrège des professionnels de santé de tous les métiers, de toutes les modalités d'exercice.

Comment voyez-vous l'évolution de la place des personnels « non médicaux » dans la prise en charge des patients ? La pratique avancée est-elle une solution pour pallier la pénurie médicale ?

Arnaud Chiche : La place des paramédicaux est essentielle, centrale, incontournable et décisive. Pour mesurer son évolution, tout dépendra de la suite donnée au contexte sanitaire catastrophique. Tout va dépendre de savoir si la pénibilité du temps de travail sera reconnue, si des mesures seront mises en place pour pérenniser les effectifs. Selon la politique appliquée, on va assister soit à une accélération de la fuite du personnel non médical, ou on entamera un cercle vertueux et on arrivera à recruter. Toute une liste de revendications est sur la table des politiques depuis la première crise COVID : reconnaissance salariale, reconnaissance des acquis, réorganisation avec une demande de décrets, de lois, pour instaurer des ratios (limiter le nombre de patients par soignant). Mais, pour l'instant, on ne voit rien venir.

Concernant la place de la pratique avancée, j'aime le concept, mais je n'aime pas qu'on mette la charrue avant les bœufs. La pratique avancée ne peut se concevoir qu'en coordination avec le personnel médical, à l'hôpital, mais également en ville. Les IPA trouveront leur plein épanouissement une fois qu'on aura lancé des pistes pour régler le problème de la démographie médicale, principalement en ville. Ce n'est pas ce qui se profile actuellement, puisque pour Emmanuel Macron la pratique avancée va se développer pour répondre à la pénurie de médecins. C'est une erreur mo-

numentale ! Pour moi c'est l'inverse, la condition du développement des IPA ne pourra se faire que lorsqu'on aura restauré un nombre suffisant de médecins en ville et pour cela il est indispensable de geler les limitations au concours d'entrée en médecine.

Comment donner envie aux professionnels de faire leur métier dans les territoires ?

Arnaud Chiche : En ce qui concerne la médecine de ville, les déserts médicaux sont souvent des déserts économiques. Un soignant qui doit s'installer dans un désert médical a souvent une famille, des enfants. Il faut donc des écoles, une vie sociale. Il y a une dimension sociale, de politique territoriale à aborder pour pouvoir répondre aux problèmes des déserts médicaux. Il est nécessaire d'entamer une démarche de réaménagement de ces territoires.

Le problème de santé publique élémentaire est d'allouer les moyens financiers en regard des besoins d'une population

Je pense qu'il faut recruter des équipes dans les déserts médicaux et non UN médecin isolé.

Restaurer l'intérêt de ces métiers ne passera que par la perception des personnels médicaux et non médicaux que des décisions sont prises par l'exécutif pour faciliter l'installation et supprimer les tâches non médicales et chronophages, entre autres.

Le CSED a participé aux Conseils nationaux de la refondation Santé dans les territoires : si chaque territoire s'organise dans son coin, est-ce contraire à une organisation structurée de la santé à partir de l'État ?

Arnaud Chiche : Non, mais c'est un changement de logiciel. Aujourd'hui, la gouvernance de la santé est verticale et descendante. Chaque territoire peut avoir des spécificités de santé publique. Les territoires doivent se mettre en mode « récepteur activé » des besoins de santé publique de la population concernée en les faisant remonter à la gouvernance parisienne, et que la gouvernance parisienne agisse en fonction des besoins du territoire. Le problème de santé publique élémentaire est d'allouer les moyens financiers en regard des besoins d'une population.



remercie



GROUPE
PASTEUR
MUTUALITÉ

pour leur soutien financier