



Actu' APH



Journal d'Action Praticiens Hôpital

n°11

Mars 2022

Les dossiers :
pratique avancée
élections présidentielles

Vous connaissiez peut-être on refait le match, vous allez découvrir comment certains réécrivent encore et toujours l'histoire...

Depuis 15 ans, l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance-Maladie (ONDAM) hospitalier est sous-doté de plusieurs milliards d'euros et s'est vu en plus amputé de la réserve prudentielle. À celles et ceux qui accuseraient les hospitaliers comme les autres acteurs de la santé de creuser la dette, nous rappelons qu'il manque dans le budget de l'hôpital public entre 15 et 20 milliards par an. L'État a organisé un sous-financement chronique, couplé au délitement programmé de l'hôpital avec une course effrénée à l'activité, au tout ambulatoire et à la rentabilité. Sous l'impulsion de principes qui sont devenus des dogmes, la loi a transformé l'hôpital en entreprise qui est devenue une usine à soins sous l'emprise d'une bureaucratie prégnante.

Notre modèle de soins solidaires et humains a muté. Une gangue administrativo-financière a transformé les soignants et les praticiens en simples techniciens ou exécutants autour d'un paradigme nouveau : celui d'une course à l'acte et de ses corolaires administratifs et financiers. Nous avons ainsi perdu le sens de nos missions et peu à peu de notre âme de soignants.

En dehors de notre résilience et de notre engagement exemplaire vantés par nos politiques, par les administrations centrales et les médias, nous sommes aussi des lanceurs d'alerte. Dès 2019, nous avons dû massivement nous rendre dans la rue pour faire comprendre que la situation de l'hôpital public devenait intenable.

La crise sanitaire Covid est passée par là et a fini de nous épuiser.

Le Président nous a parlé de guerre et notre ministre nous a envoyés au front parfois sans moyens suffisants, avec un manque criant de lits et de personnel. Les acteurs du soin du public et du privé ont organisé, pendant la première vague Covid, sur un principe d'autogouvernance, le rempart sanitaire face à ce nouveau virus, mais également la continuité des soins en tous points du territoire. La France a pu voir notre force, notre abnégation, et la solidarité sanitaire sur notre territoire. Puis, nos administrations ont organisé à la va-vite le principe des lits éphémères et tournants, et des soignants volants et multitâches.

SOMMAIRE

DOSSIER PRATIQUE AVANCÉE

Infirmier en pratique avancée : le petit pas vers les professions médicales intermédiaires ?	4
Pratique avancée : avant, ailleurs, ici et maintenant	9
Le point de vue des syndicats	12
Pratique avancée, oui... dans un cadre bien défini	14

DOSSIER ÉLECTIONS PRÉSIDENTIELLES

Les rendez-vous manqués de la santé	16
Les attentes pour les 100 premiers jours du prochain quinquennat	18

LA PAROLE AU SNPGH

Un nouveau syndicat au sein d'APH : le SNPGH	21
--	----

CRP

Commissions régionales paritaires (CRP) : les résultats de l'enquête d'APH	22
--	----

MISE AU POINT

Entretiens professionnels : Il faudrait des mesures d'accompagnement pour retrouver une attractivité !	25
--	----

INTERVIEW

Une minute de silence pour que vive l'hôpital !	27
---	----

PETITES ANNONCES	30
------------------------	----

ISSN : 2678-3606

DIRECTEUR DE PUBLICATION : CHRISTIANE MURA

RÉDACTEUR EN CHEF : JEAN-FRANÇOIS CIBIEN

COORDONNATEUR DE LA RÉDACTION : RICHARD TORRIELLI

RÉDACTEUR : SAVERIA SARGENTINI

COMITÉ DE RÉDACTION : FRANÇOIS BRAUN, EMMANUEL CIXOUS,

FLORENCE COMPAGNON, MARIE-JOSÉ CORTÈS,

ANNE DAVID-BRÉARD, DELPHINE GLACHANT, ERIC GUIHEUNEUF,

YVES HATCHUEL, 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

Un grand Ségur de la Santé a ainsi été annoncé et lancé en 2020. Ses mauvais choix ont occulté le sous-financement hospitalier, le manque de lits hospitaliers et de personnel. L'attractivité prétendue des mesures du Ségur sont en réalité non pas un exutoire temporaire, mais des mesures refouloir contre l'attractivité hospitalière dans son ensemble.

Nous avons traversé 4 autres vagues Covid... Et ce n'est plus du vague à l'âme et au cœur que nous avons, mais un nouveau mal qui nous meurtrit.

Au terme de la crise Covid, l'épuisement personnel et professionnel est sans précédent. L'usure morale et physique touche non seulement l'hôpital, mais aussi la ville et le médico-social. Praticiens et soignants quittent non seulement l'hôpital public, mais également le libéral pour parfois changer de métier ! La crise sanitaire a disparu de la communication de nos gouvernants, qui occultent étrangement la crise des vocations et celle du sens de nos missions de soignants. Ni le temps de travail, ni les conditions de travail, sans oublier le dialogue social, n'ont été pris en considération et convenablement traités sous cette mandature. Les déserts médicaux s'étendent, l'intérêt explose comme nous l'avions prévu, car les causes profondes du mal ne sont pas prises en compte.

Le constat semble évident : notre système actuel de santé est simplement obsolète !

L'offre publique hospitalière en France est en déliquescence. Nos collègues Padhue sont exploités par un système d'un autre temps.

La durée du temps de travail, la pénibilité non reconnue du travail de nuit et de week-end, le manque de moyens humains et en matériel sont les causes profondes de la souffrance des acteurs de soins. L'insécurité sanitaire que nous vivons au quotidien, acutisée par la crise sanitaire, aurait dû être une priorité des candidats à la présidentielle, mais la guerre en Ukraine est venue perturber nos projets.

Les agents de la Fonction Publique méritent tous et toutes mieux que ce déni affiché et ces maltraitances institutionnelles et bureaucratiques organisées. Tous les corps de l'État, de la santé, de la justice, de l'enseignement sont mis à mal par une politique tournée uniquement sur une communication incessante et indécente, et sur une gestion rivée sur le coût.

Dans son « J'accuse », Zola défendait un homme et des valeurs. Nous n'accusons pas, nous constatons qu'une

partie des forces vives de la Nation est mise au banc des accusés sans avoir les moyens de remplir le contrat social qui lie l'ensemble de nos concitoyens dans les valeurs inscrites dans notre Constitution. Principes qui ont fait de la France un pays qui prône des valeurs universelles comme le droit à un accès aux soins, à une justice, à une éducation pour tous en tous points du territoire.

Action Praticiens Hôpital et vos représentants continuerons à se battre pour un plan santé qui permettrait à l'hôpital public, à la médecine de ville et au médico-social comme aux soignants et aux praticiens de pouvoir exercer un juste soin en tous points du territoire.

APH œuvre pour défendre un juste accès aux soins de qualité, et élaborer un plan d'action clair sans compromissions ni arbitrages en catimini.

Dans ces temps de guerre, nous avons une pensée pour le peuple d'Ukraine, mais également pour toutes celles et tous ceux qui souffrent de l'oppression, de la guerre, de la faim, de la maladie... Nous sommes conscients des difficultés que la situation mondiale génère, mais nous alertons depuis plus de 20 ans sur la déliquescence du système de santé. Nous avons bien entendu le « coûte que coûte » et nous avons pu bénéficier de mesures financières correctrices. Cependant, nous rappelons que le « coûte que coûte » ne peut pas se faire aux dépens de notre santé et de notre bien-être avec des conditions d'exercice dégradées, parfois dégradantes, voire mortelles, couplées à une perte des valeurs humaines et des sens qui guident notre engagement.

Nous demandons une refonte de notre système de santé en défendant nos acquis et en mettant la focale sur la qualité de vie des soignants et des praticiens, et sur la qualité des soins pour un juste soin sur l'ensemble du territoire national, Outre-mer inclus.

Des états généraux de la santé s'imposent pour refonder ce bien commun. Pour que nos concitoyens cessent d'être dans une insécurité sanitaire qui explose.

Pouvoir être en bonne santé est une priorité nationale au même titre que le pouvoir d'achat de tous les Français. Cet axe devra être pris en considération dans les programmes de nos élus, et la Présidence de la République se devra de porter ce projet de vie, pilier de notre Nation.

Jean-François Cibien, Président d'APH

infirmier en pratique avancée : le petit pas vers les professions médicales intermédiaires ?

La crise sanitaire que nous avons vécue ces deux dernières années a mis en exergue les difficultés du système sanitaire français. Tous les Français ont pu percevoir les équilibres fragiles sur lesquels reposent l'ensemble des filières de soins. Les problèmes d'approvisionnement, tant en matériels qu'en médicaments, ont fait la une de l'actualité, tout autant que la gestion des ressources humaines médicales ou non. Cependant, les problèmes de démographie médicale ne sont pas nouveaux. Nous allons voir comment et pourquoi nous en sommes arrivés au principe de pratique avancée.

Depuis plus de 20 ans, on assiste à une paupérisation du système de santé

Les problèmes de démographie médicale ne sont malheureusement pas nouveaux, certaines spécialités, dont l'anesthésie-réanimation, avaient déjà tiré le signal d'alarme depuis le début des années 2000.

Les raisons de cette extension des déserts médicaux et de l'explosion de l'intérim médical sont rétrospectivement assez claires. Depuis plus de 20 ans, les différents gouvernements contrôlent à la fois les dépenses de santé et le budget de la sécurité sociale, ainsi que l'accès à la profession médicale par le numerus clausus à l'entrée des facultés. La maîtrise des déficits publics, devenue le Saint Graal que chaque gouvernement cherchait à atteindre, ne pouvait entraîner qu'une paupérisation du système de santé et en particulier des hôpitaux publics, plus facilement contrôlables.

Une fois le système asséché, les patients ou usagers n'avaient plus qu'à prendre leur mal en patience pour tenter d'accéder à un médecin traitant ou trouver un rendez-vous avec un médecin spécialiste. La montée du mécontentement de la popula-

tion a fait de l'accès aux soins un argument électoral, dans lequel beaucoup d'élus du territoire se sont engagés par des initiatives plus ou moins heureuses.

Comblant le vide des déserts médicaux par d'autres professionnels que les médecins

Depuis quelques années et encore plus depuis quelques mois, parce qu'il est bien connu que la nature a horreur du vide et que les déserts médicaux en sont remplis, on voit éclore ici et là différentes propositions pour tenter de repeupler ce néant. Les facilités d'installation, les incitations financières, la réouverture timide du numerus clausus, la sollicitation de médecins formés dans des pays extra-européens ou non, mais aussi l'idée que d'autres

professions, si on les formait un peu plus, pourraient faire le job à la place des médecins.

Les premières initiatives ont commencé à voir le jour vers 2015, avec l'appui des représentants de ces professions, de certains élus de territoires et parfois même les deux à la fois, qui se



voyaient bien décrocher la médaille et monter sur le podium. L'idée de surqualifier une profession déjà existante, sans problème démographique, pour occuper cette place laissée vacante et, bien sûr, à moindre coût était née.

L'objectif, **louable**, était de maintenir une offre de soins de proximité sur l'ensemble du territoire, mais en occultant plus de 15 ans d'une politique erratique de restriction d'accès aux soins pour contenir le déficit de la sécurité sociale, volontairement négligente dans le contrôle de la démographie médicale et **obstinément** aveugle sur le vieillissement de la population et la demande de soins grandissante. Les deux derniers gouvernements, souvent animés par les mêmes acteurs, ont cherché à combler le vide des déserts médicaux par d'autres professionnels. Pour tenter de répondre à la question posée dans le titre de cet article, il nous a semblé nécessaire d'analyser la genèse de la loi (2016-41) sur les auxiliaires médicaux en pratique avancée et son évolution dans les années qui suivirent.

La loi de 2016, révisée en 2018

En 2016, la première loi sur les infirmières en pratique avancée voyait le jour après deux ans de discussions dans le cadre de la stratégie nationale de santé, et avec un parcours législatif un peu accéléré.

« La stratégie nationale de santé (SNS) a préconisé d'adapter le statut des auxiliaires médicaux. Il s'agit notamment de prévoir les cas de spécialisation de telle ou telle profession. C'est, par exemple, ce que le Président de la République a annoncé à l'occasion de la présentation du troisième plan Cancer (2014-2019), évoquant la création d'un statut d'infirmier clinicien en cancérologie.

Le projet de loi y pourvoit. Son article 30 instaure un exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux. Il se déroulera dans le cadre d'une équipe de soins en établissements de santé, coordonnée par un médecin. Un décret en Conseil d'État définira les domaines d'intervention ainsi que les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée. Les représentants des professionnels concernés ainsi que de l'Académie de médecine seront consultés pour avis avant la publication du décret de mise en œuvre. Le Gouvernement considère qu'entre un et trois pour cent de la profession sera concerné. »

Rapport n° 2673 enregistré le 20 mars 2015 et fait au nom de la commission des affaires sociales (M. Olivier VÉRAN, Mme Bernadette LACLAIS, M. Jean-Louis TOURAINE, Mme Hélène GEOFFROY et M. Richard FERRAND).

Rapidement, le premier projet de loi sera présenté pour discussion devant les deux assemblées. Malgré de nombreux amendements déposés, le projet de loi ne sera que très peu modifié. Il en sera de même pour la révision de 2018.

Exposé des motifs du projet de loi

Article 30 : cet article crée un exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales.

Les défis de l'organisation des soins pour demain sont bien identifiés et nécessitent des transformations majeures des modèles professionnels. Le diagnostic est consensuel et voit converger une série de contraintes : la baisse de la démographie médicale, l'explosion des besoins des patients chroniques, l'exigence croissante de qualité, de sécurité, mais aussi d'information et d'accompagnement, le défi de l'accès aux soins. Ces défis sont au cœur de la stratégie nationale de santé pour construire la réponse que le Gouvernement entend donner aux inquiétudes des professionnels et des usagers.

Au regard de l'évolution épidémiologique, démographique et économique, bien des réponses convergent pour promouvoir à partir des métiers socles de nouveaux métiers dans le champ de la santé, situés entre le « bac+8 » du médecin et le « bac+3/4 » des paramédicaux. Les acteurs sont nombreux à prendre position en faveur d'un questionnement de fond sur la conception des métiers de santé.

Cet article définit la notion de pratique avancée d'une profession de santé paramédicale et les modalités de son inscription dans la partie législative du Code de la santé publique. Cette mesure est destinée à créer le métier d'infirmier clinicien, ainsi que le recommande le plan cancer III lancé par le Président de la République.

Les auxiliaires médicaux formés à assumer des « pratiques avancées » devront exercer dans des équipes de soins en lien avec le médecin traitant, afin d'améliorer la réponse aux besoins des patients chroniques.

L'article définit cette notion de pratique avancée : il s'agit, à partir du métier socle, de permettre, dans des conditions qui seront définies par voie réglementaire, un élargissement du champ des compétences vers, par exemple, la formulation d'un diagnostic, la réalisation d'une analyse clinique, l'établissement de prescription, ou l'accomplissement d'activités d'orientation ou de prévention.

L'exposé des motifs est riche d'enseignements. Le pouvoir en place fait un diagnostic lucide de la situation sociétale et démographique, mais au lieu d'y apporter une réponse simple et pragmatique consistant à ouvrir en grand les vannes du *numerus clausus* et de la formation médicale, il propose une

solution intermédiaire dégradée et surtout à moindre coût dont la pertinence, au vu de l'histoire sanitaire de notre pays, n'a jamais été prouvée. Au contraire !

Pour résumer en quelques mots cette loi sur l'exercice en pratique avancée, le professionnel exerçant en pratique avancée :

LA LOI AU FIL DES ANNÉES

Article 30 (15 octobre 2014)

TITRE PRÉLIMINAIRE EXERCICE EN PRATIQUE AVANCÉE

Art. L. 4301-1. – I. – L'exercice en pratique avancée permet aux auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre qui répondent aux exigences mentionnées au II et exercent cette activité au sein d'une équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12, d'accomplir ou réaliser, dans le respect des conditions et règles fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine, certaines des activités suivantes :

- 1° D'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
- 2° D'évaluation clinique, de diagnostic, des actes techniques et des surveillances cliniques et para-cliniques ;
- 3° De prescription de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptation de prescriptions médicales.

Ce décret en Conseil d'État définit notamment, pour chaque auxiliaire médical :

- a) Les domaines d'intervention en pratique avancée
- b) Les activités que le professionnel peut accomplir dans chacun de ces domaines d'intervention ;
- c) En tant que de besoin, les types d'actes pouvant être réalisés de façon autonome par le professionnel.

La nature du diplôme, la durée d'exercice minimale de la profession et les modalités d'obtention du diplôme et de reconnaissance mutuelle sont définies par décret.

III.-Toute université assurant une formation conduisant à la délivrance du diplôme de formation en pratique avancée doit avoir été habilitée à cet effet sur le fondement d'un référentiel de formation défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, dans le cadre de la procédure d'accréditation de son offre de formation.

IV. – Les règles professionnelles et éthiques de chaque profession, ainsi que celles communes à l'ensemble des professionnels de santé, notamment celles figurant aux articles L. 1110-4 et L. 1111-2, demeurent applicables sous réserve, le cas échéant, des dispositions particulières ou des mesures d'adaptation nécessaires prises par décret en Conseil d'État.

Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre. »

2° Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1, après les mots : « auprès de ses malades », sont ajoutés les mots : « ni aux auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée selon les dispositions prévues à l'article L. 4301-1 du présent code ».

L4301-1 (janvier 2016-janvier 2018)

I.-Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, définit pour chaque profession d'auxiliaire médical :

- 1° Les domaines d'intervention en pratique avancée qui peuvent comporter :
 - a) Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
 - b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique ;
 - c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales ;

2° Les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée.

La nature du diplôme, la durée d'exercice minimale de la profession et les modalités d'obtention du diplôme et de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants européens sont définies par décret.

L4301-1 (janvier 2018-2022)

Exercice en pratique avancée Article L4301-1)

I/- Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée :

- 1° Au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou d'une équipe de soins d'un centre médical du service de santé des armées coordonnée par un médecin des armées ;
- 2° Au sein d'une équipe de soins en établissements de santé, en établissements médico-sociaux ou en hôpitaux des armées coordonnée par un médecin ;
- 3° En assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.

- L'IPA exerce au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin.
- Il peut réaliser des actes de consultation et des prescriptions limitées.
- Il doit être titulaire d'un diplôme délivré par une université.
- Il est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre.

Puis les décrets et les arrêtés tombent...

La loi est le cadre général. Pour comprendre quelles activités vont pouvoir réaliser ces professionnels en pratiques avancées, il faut maintenant regarder et analyser les décrets et arrêtés parus depuis. L'ensemble de ces informations sont disponibles et accessibles sur le site Légifrance, les décrets sont intégrés à l'article R4301 (alinéas 1 à 10). En résumé, les domaines d'intervention ouverts à l'exercice infirmier en pratique avancée sont les suivants :

1. Pathologies chroniques stabilisées :
 - a. accident vasculaire cérébral,
 - b. artériopathies chroniques,
 - c. cardiopathie, maladie coronaire,
 - d. diabète de type 1 et diabète de type 2,
 - e. insuffisance respiratoire chronique,
 - f. maladie d'Alzheimer et autres démences,
 - g. maladie de Parkinson,
 - h. épilepsie.
2. Oncologie et hémato-oncologie.
3. Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale.
4. Psychiatrie et santé mentale (ajouté en 2019).
5. Urgences, à la condition que cette activité soit exercée par un établissement de santé disposant d'une autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence donnée en application de l'article R. 6123-1 (ajouté en 2021).

Dans ces domaines, l'IPA est compétent pour :

1. Conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique ;
2. Conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire ;
3. Effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion



clinique ou tout acte de surveillance clinique et paraclinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux ;

4. Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;
5. Prescrire :
 - a. des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire,
 - b. des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire,
 - c. des examens de biologie médicale dont la liste est établie par arrêté du ministre,
 - d. renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie par arrêté du ministre.

L'évolution vers une profession médicale intermédiaire à compétences limitées est en marche

L'évolution réglementaire depuis 2016, et en particulier en 2019 puis en 2021, modifie largement le concept initial de la loi originelle, en tout cas des motifs déclarés par les porteurs de la loi, à savoir une application à la maladie chronique et à la prévention qui évolue vers une extension à la pathologie aiguë en intégrant la psychiatrie puis les urgences. Difficile donc de ne pas voir aujourd'hui dans la pratique avancée une évolution vers une profession médicale intermédiaire à compétences limitées. Certains y verront un progrès, une évolution sociale légitime, d'autres une régression, un retour en arrière, rappelant le souvenir des officiers de santé qui traversèrent il y a quelques années le paysage sanitaire de notre pays sans y laisser de trace remarquable.

Bien d'autres pays ont tenté ce genre d'expérience, sans succès notables, en particulier dans les pays modernes et à la pointe du progrès médical, créant parfois une médecine clivante, séparant les riches et les pauvres, les ruraux et les citadins, mais surtout et toujours génératrice de conflits entre les professions de santé qui ne font le jeu que des extrémistes dogmatiques, alors que des évolutions sont souhaitables vers la coconstruction de filières de soins efficaces, sur la dynamique et l'organisation des équipes médicales, vers une meilleure qualité de vie au travail ou en dehors, et surtout vers une réappropriation des organisations et des orientations de l'ensemble du système de santé par les professions qui le constituent. La crise sanitaire nous a montré à quel point cela était pertinent et fonctionnel, à notre tour de mettre cela en avant et d'avancer maintenant vers le monde de demain.

*Yves Rébufat, Administrateur du SNPHARE,
Président exécutif d'Avenir Hospitalier, membre
d'APH.*

QUELQUES PRÉCISIONS

La **délégation** désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte.

Le **transfert** est défini comme l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux sont donc autonomes dans la décision et la réalisation.

La délégation et le transfert peuvent se faire à destination de corps professionnels existants mais il est également possible d'envisager, lorsque cela est pertinent, la création de nouveaux métiers.

Dans tous les cas, **le professionnel qui se voit déléguer ou transférer un acte de soin ou une tâche doit posséder les compétences nécessaires**, c'est-à-dire la maîtrise d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation (Matillon, 2003). La notion de compétence traduit la capacité d'un professionnel à combiner ses ressources propres pour agir dans une situation précise. Elle renvoie à la personne qui l'a acquise et qui la possède et elle ne peut donc pas se déléguer. Les compétences peuvent être spécifiques à un métier ou transversales à plusieurs métiers.

HAS - DÉLÉGATION, TRANSFERT, NOUVEAUX MÉTIERS... CONDITIONS DES NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ - Rapport d'étape - Janvier 2007



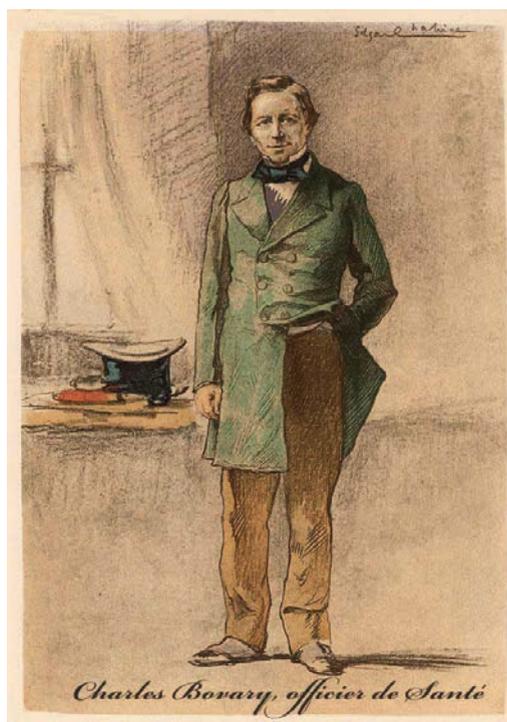
Pratique avancée : avant, ailleurs, ici et maintenant

La pratique avancée n'est pas une idée nouvelle. Dans l'histoire et sur la planète, elle a été une solution proposée par les gouvernements, non pas tant dans l'idée de faire évoluer une profession, mais de pallier une pénurie médicale. Que penser de ces expériences ? Comment peut-on appliquer la pratique avancée au XXI^{ème} siècle, dans un pays développé comme la France ?

Avant : les officiers de santé

La Révolution française ne fut pas « simplement » un changement de régime politique et une abolition des privilèges, elle avait pour but l'établissement d'un Nouveau Monde : nouveau calendrier, nouveau système de poids et mesures... À cette époque déjà, la médecine est l'objet d'une défiance que Molière lui-même avait déjà largement illustrée au siècle précédent. Dans le cadre de modifications sémantiques profondes, le médecin s'appelle dorénavant « officier de santé ». Les décrets des 28 juin et 8 juillet 1793 relatifs « à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfants, aux vieillards et aux indigents » vont ainsi créer un corps d'officiers de santé. Le texte précise qu'« il sera établi près de chaque agence un officier de santé chargé du soin de visiter à domicile et gratuitement tous les individus secourus par la nation, d'après la liste qui lui sera remise annuellement par l'agence ». Cette liberté de choix du professionnel s'intègre dans le concept politique général de liberté, mais ouvre la porte à une prise en charge de la santé « état de bien-être » qui dépasse la médecine somatique : les docteurs dispensent de la médecine, pas de la santé. Il est intéressant de rappeler les propos du révolutionnaire Guillaume Daignant à l'Assemblée nationale dès 1789, défendant alors le droit de tout patient de consulter n'importe quel professionnel de santé, qualifié ou non, « médecin, chirurgien, pharmacien, sage-femme, moine, infirmière, ou charlatan », reconnaissant la nécessité d'un praticien qualifié dans le parcours de soin du patient... nous y reviendrons. Ces dispositions vont avoir deux conséquences : l'essor du charlatanisme et la progression des déserts médicaux – à l'opposé du souhait initial de garantir la santé de la population.

Dans ce contexte, le respect de la qualification médicale est réhabilité en 1803 « loi du 19 ventôse an XI » : on distingue alors les médecins et chirurgiens d'une part,



diplômés de la Faculté, et les officiers de santé, de « second ordre », non-bacheliers, dont la pratique était validée par un jury, qui exerçaient dans les limites du département et n'avaient pas le droit d'effectuer certains actes. **Cette loi demeure aujourd'hui encore la clé de voûte de l'exercice professionnel médical** ; quant aux officiers de santé, qui devaient répondre à une demande de médecine de proximité dans les campagnes (80 % de la population était alors rurale), leur existence fut abolie en 1892. Dans cet intervalle, une médecine à deux vitesses était la norme : « Nul ne peut [après la loi de 1803] exercer la médecine ou la chirurgie sans avoir été reçu docteur. Sauf dans les campagnes déshéritées où les « officiers de santé », créés comme palliatif, pratiquent avec un bonheur inégal jusqu'en 1892 » commente JF Lemaire en 2003 (La Loi du 19 ventôse an XI, texte fondateur et expédient provisoire, Académie de Médecine, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, tome 187 n°3, 2003, pp. 577-589).

Ailleurs : du Botswana aux États-Unis

Ce que nous observons en France n'est que la déclinaison de ce qui se passe sur la planète : la demande d'évolution des métiers dits – de manière assez humiliante – « non médicaux », qui aspirent à avoir des prérogatives qui se rapprochent des médecins, sans en avoir la formation exigeante que nous avons connue. Plusieurs exemples sont mis en exergue pour le justifier, tant dans les pays en voie de développement que dans des pays à haut niveau médical, à chaque fois sous le justificatif d'un meilleur accès aux soins – et donc, *in fine*, c'est un aveu de pénurie médicale ! Cette pénurie médicale, en France, est délibérément organisée depuis le *numerus clausus* en 1974 : le but initial n'était pas de faire émerger la pratique avancée mais de limiter la prescription médicale en limitant le nombre de médecins. Sous prétexte de « libérer du temps médical », la pratique avancée revient à retirer le travail clinique du soin au médecin, en lui donnant un rôle de coordonnateur. Concernant la pratique avancée infirmière, deux modèles existent dans le monde : les IPA spécialisées, et les IPA praticiennes : celles-ci sont réellement de mini-docteurs, autorisées au primocours, primodiagnostic et à la primoprescription – ce franchissement de la ligne jaune est assumé, via l'expression « décloisonnement des professions de santé ».

La vraie question est : y a-t-il une perte de chance pour les patients en basculant des prérogatives médicales à des personnels paramédicaux ?

En réalité, aucune étude de méthodologie admissible ne permet de le dire. Le « conseil international des infirmières », lobby militant très fort pour la pratique avancée, et qui a censuré de ses productions le mot « médecin », énumère une foultitude de succès liés au développement de la pratique avancée dans de nombreux pays : Irlande, Japon, Canada, mais aussi Amérique latine, Caraïbes, Botswana... (cf. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_APN%20Report_FR_WEB.pdf, annexes 2 à 4) ; en pratique, l'analyse des quelques références suggérées est loin d'être aussi affirmative : réglementations disparates, domaines d'exercice peu détaillés (pathologie chronique ou urgence), **et surtout aucune évaluation de la qualité des soins**. L'intuition que notre formation poussée n'est pas inutile aux patients, intuition appuyée par des exemples de situations critiques rattrapées ou évitées grâce à une anticipation médicale, n'est pas près d'être niée.

2021-2022 : en France, une marche en avant...

L'aboutissement de la pratique avancée est un des objectifs du plan Santé de la mandature Macron, « Ma Santé 2022 ». Après le « Ségur de la Santé », **la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite loi « Rist »**, devait mettre en musique les mesures Ségur qui nécessitaient une traduction législative. Cette loi, qui était initialement une ordonnance, paraît en mars 2021 : la députée Rist – praticien hospitalier au CHR d'Orléans - a été contrainte de retirer son 1^{er} article qui visait à créer des professions médicales intermédiaires suite au tollé produit par l'ensemble des représentations médicales syndicales, et de le remplacer par la commande d'un rapport sur le sujet. Ce rapport, qui devait être réalisé par les Ordres des infirmiers et des médecins, sera finalement confié à l'IGAS.

De manière concomitante, une initiative de la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée nationale, coordonnée par le député Cyrille Isaac-Sibille – chirurgien ORL – examinait également dans quelle mesure on pouvait envisager la pratique avancée dans le système de santé. Le rapport d'information **répondant à la mission parlementaire « L'organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ? »**. Il s'agit d'un travail de qualité, ayant auditionné de manière équilibrée l'ensemble des professionnels de santé concernés – par exemple, une des auditions a réuni l'ensemble des composantes de l'anesthésie-réanimation, tant médicales qu'IADE : syndicats, enseignants, sociétés savantes ; cette mission a également particulièrement travaillé sur la filière visuelle, la filière auditive, la santé mentale, les soins bucco-dentaires, la pédiatrie. Retenons que, dans ce rapport, **il est clairement écrit que « l'élaboration du diagnostic et le choix de la thérapeutique (à savoir les premières prescriptions) doivent demeurer dans le champ de compétences des médecins**, sauf exceptions bien délimitées, lorsqu'il est démontré que l'octroi de telles compétences à un professionnel non médical permet **d'améliorer tant l'accès aux soins que leur qualité** ». Par ailleurs, si la pratique avancée semble donner des opportunités dans de nombreuses spécialités, le rapport décrit les raisons pour lesquelles l'anesthésie-réanimation ne doit pas rentrer dans la pratique avancée. Ce rapport a fait l'objet d'une discussion parlementaire avant publication le 7 juillet 2021. Malheureusement, **le rapport IGAS « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé »** ne va pas du tout dans ce sens, en

raison d'une méthodologie que nous avons dénoncée : lettre de mission du ministre indiquant déjà les conclusions que le rapport IGAS devra fournir (!), auditions totalement déséquilibrées, expertise basée parfois sur des publications sur les réseaux sociaux plutôt qu'une littérature scientifique... rendu début décembre sur le bureau du ministre, il est publié début janvier 2022. Il recommande les deux modes de pratique avancée existant dans le monde : les IPA « spécialisées » et les IPA « praticiennes » et prend l'exemple de l'anesthésie-réanimation en recommandant, conformément à la commande, l'intégration des IADE dans la pratique avancée.

Cinq jours après la parution de ce rapport IGAS, et sans aucune concertation entre les différentes composantes – médicales et paramédicales – concernées, le ministre de la Santé annonce l'intégration dans la pratique avancée des trois disciplines d'infirmières spécialisées : spécialité infirmier anesthésiste, de bloc opératoire et puéricultrices. Si en pédiatrie, cette proposition semble pertinente pour l'ensemble des acteurs, elle déclenche un tollé en anesthésie-réanimation avec le transfert de tâches dans la spécialité la plus « à risque », dont l'anticipation et la vitesse de réaction « à la seconde » ne permettent pas le transfert de responsabilité du patient d'un médecin anesthésiste-réanimateur à un infirmier anesthésiste. Sous la pression des anesthésistes-réanimateurs et d'un préavis de grève du SNPHARE, le ministre s'engage par écrit à ne pas modifier la réglementation existante de l'anesthésie dans le cadre de l'intégration dans la pratique avancée : affaire à suivre.

La députée Annie Chapelier est à l'origine d'une proposition de loi parlementaire « Chapelier » visant à redéfinir la pratique infirmière avancée déposée, le 21 décembre 2021 :

- Elle tire son argumentaire d'un très long copier-coller de ces annexes, et de son texte du rapport IGAS.
- Elle modifie la loi de 2016 en l'adaptant aux situations nouvelles, notamment en dehors des pathologies chroniques, et explore essentiellement le métier d'infirmière parmi les auxiliaires médicaux.
- Elle distingue la création de deux corps d'IPA ; les unes seraient des IPA spécialisées, avec une autonomie assez limitée et dans le cadre d'un parcours de soins coordonné par un médecin ; les autres seraient des IPA cliniciennes, ayant un rôle de primorecours, primodiagnostic et primoprescription.

Ce dernier cas est très inquiétant, puisqu'il transforme un IDE qui a fait 2 ans de formation universitaire (donc théorique) supplémentaire en mini-docteur sans en avoir le large champ de compétences (le rapport parlementaire

Isaac-Sibille avait refusé cette éventualité !) : **on est bien dans la profession médicale intermédiaire** ; les deux sont responsables de leurs actes, c'est-à-dire non seulement des actes techniques, mais aussi des décisions de stratégie de prise en charge. Cette proposition de loi n'a pas été examinée avant la fin de la session parlementaire, mais ressortira, d'une manière ou d'une autre : APH sera très vigilant sur la pertinence de chacune des missions proposées à la pratique avancée dans la loi.

Conclusion

Si, aujourd'hui, le gouvernement se défend de vouloir réhabiliter le principe des officiers de santé, on ne peut s'empêcher de rapprocher les propos du député révolutionnaire Guillaume Daignant de ceux de la députée Stéphanie Rist. Ainsi, le 2 février 2022, lors d'un colloque de l'Ordre National des Infirmiers : « si, pour moi, le premier droit des usagers est celui de l'accès aux soins, cela ne veut pas dire, l'accès aux médecins uniquement. Il s'agit plutôt d'obtenir une réponse à sa demande de soins, **peu importe le professionnel de santé**, si la prise en charge est de qualité et qu'elle se déroule dans le cadre de soins coordonnés. »

Notre propos n'est pas de condamner la pratique avancée ni de dire qu'il s'agit d'une réhabilitation déguisée des officiers de santé. Il n'est pas non plus de nier que dans des situations exceptionnelles, éloignées de notre système de santé (pays en guerre, quart-monde, etc.), la valeur ajoutée de professionnels de santé qualifiés permet de limiter nettement les conséquences d'une pénurie médicale. En revanche, en France, dans la pathologie aiguë (urgences, bloc opératoire, réanimation), le dispositif de pratique avancée touche à des limites qui sont de vraies lignes rouges. Attention cependant aussi aux pathologies chroniques ; dans les « déserts médicaux », pour lesquels il existe une pression des usagers et des élus pour maintenir coûte que coûte un accès au soin à la population, la tentation sera d'essayer de recruter – à moindre coût... - des IPA sans prendre en compte la qualité et la sécurité des soins. Il convient d'afficher la plus grande prudence dans les risques de médecine à deux vitesses. Et encore davantage, la crainte de la disparition du métier de médecin, de la valeur ajoutée de nos études longues, et de la reconnaissance du rôle et du travail du médecin dans la société.

Anne Wernet, Administratrice du SNPHARE
Secrétaire générale d'Avenir Hospitalier,

IPA en Gériatologie

Les personnes âgées, qui nécessitent une prise en charge spécifique adaptée prenant en compte l'aspect multidimensionnel, sont les principales victimes des ruptures de parcours de santé, dans un système qui n'est pas toujours en mesure de couvrir de façon satisfaisante ces demandes complexes de plus en plus nombreuses. La reconnaissance du métier d'Infirmier en Pratique Avancée en Gériatologie, répondant à la problématique de la prise en charge globale de la personne et non à une prise en charge par organe, pourrait être une aide pour relever ces défis de santé publique. Les gériatres ont depuis longtemps compris la plus-value d'un travail pluridisciplinaire et l'ont intégré dans leur pratique. Si le décret de 2018 officialise la pratique avancée, les domaines de la gériatrie et de la gérontologie y ont été oubliés. Pourtant depuis 2009, deux universités (Paris et Marseille) permettent déjà à des infirmiers de se former à la pratique avancée en gérontologie en validant un Master de préfiguration sanctionné par un Diplôme d'État.

Pour quels types de population ?

- Les personnes de 65 ans et plus polypathologiques et/ou complexes (risque de décompensation ou en perte d'autonomie).
- Les personnes âgées de 75 ans et plus.

Lieu d'exercice des IPAG ?

À chaque étape du parcours de santé de la personne âgée :

- En ville, en collaborant avec le médecin généraliste, mais également avec tous les spécialistes prenant en charge des personnes âgées (gériatres, cardiologues, neurologues...), mais aussi avec d'autres IPA d'autres domaines pour apporter leur expertise.
- En EHPAD avec le médecin coordonnateur.

- À l'hôpital où les IPA ont leur place au sein des pôles de gériatrie et de l'ensemble de la filière gériatrique, mais aussi dans les services non gériatriques.

Qu'est-ce qui distingue un IPAG d'un infirmier ?

Outre leur expertise clinique, ils diffusent une culture gériatrique auprès de leurs collègues par des formations, favorisant la montée en compétences du personnel dans ce domaine, et participent à la mise en place de bonnes pratiques en posant un regard bienveillant sur les personnes vieillissantes. Formés à la recherche clinique infirmière, ils peuvent intégrer des projets de recherche, mais aussi favoriser la mise en place d'évaluation de pratiques professionnelles ou encore d'évaluation de protocole de soins. Dans le domaine de la télémédecine, les IPAG peuvent jouer un rôle prépondérant en assumant cette mission, forts de l'expertise clinique acquise durant leur formation.

La mise en place des IPAG n'est pas une réponse à la pénurie des médecins, notamment de gériatres, pour les remplacer à moindre coût, mais permet de décharger ces derniers de leurs missions déléguables les plus chronophages, comme la recherche des antécédents et comorbidités de la personne ou encore la réalisation des tests de dépistage cognitifs, thymiques, nutritionnels ou locomoteurs par exemple, afin que la décision médicale, prise ensuite par le médecin, soit la plus éclairée et la plus rapide possible. L'IPAG est une ressource pour l'accès à l'expertise gériatrique et à une prise en soin appropriée prenant en compte les besoins fondamentaux, les désirs de la personne et de ses aidants jusqu'à la fin de sa vie.

Puéricultrices et pratique avancée



Les puéricultrice(teur)s sont en pleine réflexion sur leur profession. À leur demande, ont été lancés au niveau du ministère, et depuis plusieurs années, des travaux de réingénierie. Elles/ils ont reçu récemment le soutien du Conseil National Professionnel de Pédiatrie.

Cette profession nécessite 4 années d'études (3 ans d'infirmier(ère) + 1 an de spécialisation) et passera dorénavant à 5 années (4+1). Les nouveaux programmes de formation et les attributions de cette profession sont en cours de redéfinition. Comme pour la pédiatrie, le champ d'action est assez vaste : activité ambulatoire libérale (pathologie aiguë ou chronique), activité ambulatoire salariée (PMI, médecine scolaire...) ou hospitalière (néonatalogie), suivis de patients chroniques (allergologie, oncologie, diabétologie, ...), actes délégués en réanimation néonatale ou aux urgences pédiatriques (comme chez l'adulte).

Cette réingénierie doit permettre de mieux reconnaître cette profession dans sa compétence et ses actions spécifiques. Des spécialisations internes doivent se développer selon les besoins de la population. Il devrait en résulter un approfondissement des compétences actuelles mais aussi des attributions nouvelles, avec en particulier une réflexion dans le but d'améliorer les soins aux jeunes patients ou de développer des travaux de recherche. Elles/ils obtiendraient une autonomie plus importante, mais toujours en collaboration avec les médecins à l'hôpital ou en maison médicale ambulatoire... Cela permettrait de pallier, en ville ou à l'hôpital, le manque actuel de pédiatres, d'alléger la charge de travail des pédiatres actuels et d'apporter une plus grande fluidité des parcours des jeunes patients.

IPA en anesthésie-réanimation



La pratique avancée vise à « améliorer l'accès aux soins en diversifiant l'activité des soignants » dans des domaines d'intervention particuliers. Cela correspond concrètement à un « transfert de tâches », défini comme une autonomie de décision et de réalisation d'un acte en totale responsabilité. À l'opposé, la spécialité anesthésie-réanimation s'est construite sur une « délégation de tâches » d'une partie de l'activité des médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) vers les IADE. La délégation implique la supervision étroite et l'engagement de la responsabilité du MAR déléguant qui confie une part de son activité à un IADE. Passer d'une « délégation de tâches » qui défend la place exclusive des ADE à un « transfert de tâches » créerait de fait une brèche irréparable en termes de qualité des soins :

► Cela se ferait en contradiction avec le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 (décret de sécurité de l'anesthésie) qui a permis la réduction par un facteur 10 du risque anesthésique en privilégiant le contrôle exclusif de l'anesthésie par le médecin anesthésiste-réanimateur.

► Cela ouvrirait la porte à une médecine à deux vitesses. De nombreuses études internationales ont mis en évidence un lien

clair entre niveau de formation & complémentarité de l'équipe MAR-IADE et réduction de la morbidité périopératoire.

► Cela autoriserait également les IADE de se voir confier des patients par des médecins référents issus d'autres disciplines du plateau interventionnel (chirurgien, gastro-entérologue, radio interventionnel...). Ceci aboutirait in fine à la « paramédicalisation » de la conduite de l'anesthésie.

Les médecins anesthésistes-réanimateurs sont très attachés au fonctionnement en binôme MAR-IADE, qui a fait ses preuves pour la qualité et la sécurité des soins en anesthésie. Ils ne souhaitent ni une dérive vers la démedicalisation de l'anesthésie, ni une disparition de la profession IADE au profit de techniciens d'anesthésie.

En revanche, le statut de « pratique avancée », tel qu'il est écrit dans la loi, déstabiliserait profondément l'équilibre du binôme MAR-IADE et proposerait un exercice de l'anesthésie sans bénéfice pour la société.

Réingénierie des Techniciens de Laboratoire Médical (TLM)



Si les pratiques avancées s'adressent aux infirmiers et à d'autres professions non médicales, nous pouvons en rapprocher les réflexions en cours sur la réingénierie du Diplôme d'État des Techniciens de Laboratoire Médical (TLM). Un groupe de travail instauré par la DGOS a commencé ces travaux le 8/09/21. Dans ce groupe d'une quarantaine de personnes (DGOS, techniciens de laboratoire, enseignants issus de l'éducation nationale et du MESRI), à notre connaissance seuls 2 biologistes médicaux du CNP de Biologie Médicale (BM) étaient invités. La demande du CNP de BM d'associer nos représentants aux ordres des médecins et des pharmaciens à ces réflexions qui nous paraissent essentielles a été refusée.

À l'issue de la réunion du 20/10/21, un référentiel des compétences des TLM sous forme de blocs a été proposé. Le 5 novembre, des remarques issues du CNP de BM sur ce référentiel ont été remontées : nous demandions que les compétences restent sous la responsabilité du Biologiste Médical. Nous avons également souligné que l'acquisition de l'ensemble de ces blocs de compétences sur une durée de formation passant de 2 ans (BTS) à 3 ans (licence) semblait un objectif difficile à atteindre. La proposition d'un stage long en 3^{ème} année semble compliquée à mettre en œuvre

(terrains de stage en nombre insuffisant, rémunération...). Des études plus longues sur 5 ans nous semblent plus adaptées mais les étudiants seront-ils favorables à ces études longues ? Une 5^{ème} réunion du groupe s'est tenue le 1^{er} décembre et depuis plus rien. Une bonne nouvelle quand même pour les TLM, le passage en catégorie A, suite au décret du 24 janvier 2022.

Si nous sommes favorables à l'élargissement des compétences des TLM, ce processus d'universitarisation des formations se doit de prendre en compte les compétences respectives de chaque champ professionnel concerné, les effectifs de professionnels formés ou en cours de formation et les besoins attendus du marché du travail. L'évolution des périmètres des métiers de la santé ne peut s'envisager sans une concertation préalable entre les Ordres, les syndicats et les conseils nationaux professionnels concernés.

Nous ne pouvons que déplorer le manque de concertation et d'information sur la suite de ce dossier et craignons un texte qui aboutirait à une division plus qu'à un travail d'équipe pluriprofessionnelle qui est le sens même de nos professions.

Pratique avancée, oui... dans un cadre bien défini

Le Dr François Simon est président de la section Exercice professionnel au Conseil National de l'Ordre des médecins. Il a participé au comité de pilotage au ministère pour la rédaction du décret de pratique avancée sorti en juillet 2018. PHARE l'a interrogé afin de connaître la position du CNOM sur ce sujet.

Actu'APH : Comment définir et dans quel contexte est né le principe de pratique avancée pour les infirmiers ?

Dr François Simon : Selon la définition du conseil international des infirmiers (CII), « *l'infirmier qui exerce en pratique avancée est un infirmier diplômé qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier sera autorisé à exercer* ».

Le concept est anglo-saxon, il s'agit d'infirmiers diplômés qui, après plusieurs années de pratique dans leur métier socle, suivent une formation complémentaire, en général de deux ans, débouchant sur des compétences nouvelles.

Afin de répondre aux enjeux de santé et aux attentes de médecins et de professionnels de santé, la Loi du 26 janvier 2016 ouvrait à ces derniers un champ nouveau d'activités qui était jusqu'alors uniquement de la compétence du médecin. Elle permettait en particulier de répondre aux attentes des infirmiers diplômés d'état (IDE) en leur offrant des perspectives d'évolution et en les inscrivant dans un parcours universitaire (LMD). Le décret 2018-629 du 18 juillet 2018 a fixé le cadre de cette pratique avancée :

- L'IPA dispose de compétences élargies par rapport à celle de l'IDE, validées par le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités.
- L'IPA participe, au sein d'une équipe coordonnée par un médecin, à la prise en charge des patients dont le suivi lui est confié par un médecin.
- **La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par le médecin.**

Actu'APH : Vous avez participé à toutes les réunions avant l'écriture de ce décret et continuez à le faire. Quelles sont vos priorités ?

Dr François Simon : L'Ordre des Médecins est favorable et attentif au développement des IPA, mais toujours

en veillant à ce que soient bien précisés le rôle et la place des différents acteurs afin de savoir « qui fait quoi », condition essentielle d'une prise en charge garantissant la qualité, la sécurité et la continuité des soins et condition incontournable pour installer et maintenir la confiance et la sérénité au sein des équipes.

Après de longues discussions, le choix d'un socle large s'est fait autour du suivi des pathologies chroniques et des polyopathologies qui représentent en volume l'essentiel du besoin, socle complété par des options : l'oncologie et l'oncohématologie, la néphrologie, puis l'année suivante la psychiatrie et enfin les urgences (voir article pages 4 à 8).

Actu'APH : Quelles ont été et quelles sont les difficultés rencontrées ?

Dr François Simon : Elles ont été nombreuses tout au long du parcours qui a débuté par six demi-journées de présentation de la pratique avancée Infirmière le plus souvent à travers des témoignages.

Dans notre pays, en dehors de quelques initiés, rares sont ceux qui connaissent la pratique avancée et sont capables de la différencier des protocoles de coopération, alors même que ces deux situations d'exercice engagent très différemment la responsabilité des uns et des autres. Cette méconnaissance a généré et continue de générer de grosses difficultés lors des présentations et discussions sur le sujet et à plus forte raison au moment de la mise en œuvre.

Par ailleurs, alors que le conseil international des infirmiers précise que « *Les caractéristiques de ces pratiques avancées sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier sera autorisé à exercer* », il en a été très peu tenu compte dans les réflexions du comité de pilotage, les exemples à suivre étant en général choisis dans des pays anglo-saxons souvent lointains ayant une démographie, une géographie, une sociologie et un système de santé très différents du nôtre. À titre d'exemple, aux États-Unis, sans préciser qu'ils comptent 0,3 médecin généraliste pour 1 000 habitants quand la France en compte 1,6 soit cinq fois plus (source OCDE 2010), ou au Canada, dans l'Ontario, peuplé de 15 millions d'habitants pour une superficie double

de celle de la France ou des IPA assurent des consultations de première ligne dans des dispensaires . Alors que les travaux avaient débuté au mois de janvier 2017, des difficultés sont apparues dès le mois de mai en raison du refus d'inscrire dans le projet de décret la possibilité pour l'IPA de réaliser des consultations en première ligne. Cette demande, non prévue par la loi, revenant de façon récurrente dans les discussions et reléguant au second plan tout le reste, le CNOM a demandé une pause dans le déroulement des travaux afin de rencontrer l'Ordre infirmier puis les organisations professionnelles médicales et d'internes, dont aucune n'avait été invitée à participer aux travaux du comité de pilotage (COPIL). Ces rencontres ont été mises à profit pour les informer sur le sujet de la pratique avancée et de les inviter à réfléchir ensemble, de façon constructive, aux évolutions nécessaires des coopérations.

Les travaux du COPIL se sont poursuivis dès la rentrée 2017 pour déboucher sur la rédaction du décret fondateur et des arrêtés en juillet 2018, puis, en 2019, sur le décret sur l'IPA en psychiatrie. Quant aux travaux sur l'IPA aux Urgences, ils ont débouché, après une longue interruption en raison de la crise sanitaire, sur la publication du décret le 25 octobre 2021 malgré l'avis négatif du Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP). Ce décret, malgré l'opposition des organisations d'urgentistes, a instauré le « parcours paramédical » dans les services d'urgences, avec la notion nouvelle de prise en charge en première ligne par l'IPA.

Lors des discussions sur le profil des infirmiers pouvant prétendre à la formation d'IPA, le COPIL a convenu de calquer nos exigences sur celles de nos voisins du Royaume-Uni. L'Angleterre et l'Irlande venant de ramener de huit à cinq années l'exigence de pratique dans le métier socle, il a été admis que cinq années seraient suffisantes.

Au moment de la parution du décret, nous avons été surpris de lire que la nécessité de l'exercice avait été ramenée à trois ans en France, sans qu'il soit écrit que ces trois années devaient être des années de pratique dans le métier de socle !

Certaines universités en ont profité pour inscrire des étudiants dès l'obtention du diplôme d'IDE, en l'absence de toute pratique en autonomie, en pleine contradiction avec l'esprit et la logique même de la pratique avancée. Celle-ci ne pouvant, en effet, se développer et s'épanouir qu'en reposant sur une pratique solidement ancrée dans le métier socle.

La mission IGAS a relevé l'incohérence des textes et fait remarquer qu'en France la pratique avancée est légalement accessible beaucoup plus tôt dans la carrière que dans la plupart des autres pays.

Actu'APH : Et le rapport de l'IGAS ?

Dr François Simon : Dans son rapport, l'IGAS fait le constat d'un résultat qui n'est pas à la hauteur des attentes que ce soit à l'hôpital ou en médecine ambulatoire. La mission considère que cet échec est lié d'abord et avant tout aux freins à l'autonomie de l'IPA en raison de la nécessité de l'équipe de soins, de la notion de patients confiés par le médecin ou par l'équipe médicale, de la nécessité d'un protocole d'organisation et surtout de l'exclusion de la possibilité de la prise en charge des patients en première ligne faisant passer au second plan les causes selon nous essentielles :

- L'absence totale de travail préparatoire d'information des professionnels concernés, qu'ils soient médecins ou professionnels de santé, sur le sujet de la pratique avancée.
- L'impréparation des universités pour appréhender et mettre en place cette formation nouvelle dans des délais aussi brefs débouchant sur des formations souvent gravement mises en cause par les diplômés eux-mêmes .
- La difficulté confirmée par certaines IPA pour se réintégrer dans le paysage hospitalier ou, en dehors de postes spécialisés occupés antérieurement, leur rôle n'est quelquefois compris ni des médecins, ni de leurs collègues infirmiers, ni de l'administration.
- L'absence de modèle économique en exercice libéral, à la fois pour le financement de l'infirmier en formation, pour la viabilité de son exercice une fois diplômé et pour l'incitation des médecins à s'engager dans le processus.
- L'arrivée des premiers diplômés en pleine crise sanitaire.

Propos recueillis par Christiane Mura

La position du CNOM

- Le CNOM soutient la pratique avancée infirmière dans les exercices, que celui-ci soit hospitalier ou libéral , dans le cadre d'une coopération étroite comme dans les autres pays et dans le respect du parcours de soins.
- Le CNOM soutient l'idée que chaque professionnel doit exercer au maximum de son niveau de compétences acquises. La pratique avancée, en libérant du temps médical notamment en matière de prévention et de suivi des patients , permet au médecin de se concentrer sur son cœur de métier : la démarche diagnostique et les choix thérapeutiques.

Depuis 2003, les gouvernements successifs ont voulu réformer la « Santé » dans notre pays. À force de réunions, rapports, lois, décrets... il s'avère que tout cela n'aboutit qu'à la mort de l'hôpital public et à l'inégalité des soins sur notre territoire.

Dans une première partie, Jean-François Cibien, Carole Poupon et Yves Rébufat font un historique sur les rendez-vous manqués de la santé. Dans une deuxième partie, les syndicats constitutifs d'APH expriment leurs attentes pour les 100 premiers jours du prochain quinquennat en termes de politique de santé.

Les rendez-vous manqués de la santé

Rappel historique

En 1952, l'OMS définit la santé publique comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie, et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif. Dans une définition plus récente, l'OMS définit la santé mentale comme un état de bien-être qui permet de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. Le ministère de la Santé publique est créé en avril 1930, puis devient de 1934 à 1936 le ministère de la Santé publique et de l'Éducation physique. Après-guerre, fin 1946, il devient le ministère de la Santé publique et de la Population, avant de prendre le nom de ministère des Affaires sociales en 1956, récupérant les attributions de Sécurité sociale rattachées précédemment au ministère du Travail. Sous la cinquième République, le ministère de la Santé a été un ministère à part entière jusqu'en 1983 (sauf entre 1966 et 1969) et entre 2002 et 2010.

Depuis nombre d'années, sous différentes mandatures et gouvernements, la santé a été ballotée dans nombre de ministères aux missions parfois partagées : ministre délégué auprès du ministre de l'emploi et des solidarités chargé de la Santé (Bernard Kouchner 6 février 2001 au 7 mai 2002), ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées (Jean-François Mattéi, juin 2002 à mars 2004), ministre de la Santé et de la Protection sociale puis ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille (Philippe Douste-Blazy, mars 2004 à mai 2005), ministère de la Santé et des Solidarités (Xavier Bertrand, juin 2005 à mars 2007), ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports (Roselyne Bachelot, mai 2007 à mars 2008), ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative (Roselyne Bachelot, mars 2008 à janvier 2009), ministère de la Santé et des Sports (Roselyne Bachelot, janvier 2009 à novembre 2010), ministè-

rière des Solidarités et de la Cohésion Sociale (novembre 2010 à mai 2012), ministère des Affaires Sociales et de la Santé (Marisol Touraine, mai 2012 à août 2014), ministère des Affaires Sociales et des Droits des Femmes (Marisol Touraine, août 2014 à février 2016), ministère des Affaires sociales et de la Santé (Marisol Touraine, février 2016 à mai 2017) et enfin ministère des Solidarités et de la Santé (Agnès Buzyn, mai 2017 à février 2020, puis Olivier Véran de février 2020 à ce jour).

C'est dire que la santé n'a jamais été totalement au centre des préoccupations de nos gouvernements successifs, et force est de constater que de nombreux rendez-vous avec nos ministres ou leurs conseillers ont été des rencontres manquées.

Un rappel historique de ces rendez-vous mettra peut-être un peu de lumière autour des propositions d'Action Praticiens Hôpital pour le futur Président de la République et son gouvernement.

- Le Conseil National de la Résistance organise et met en place un système de santé solidaire pour tous nos concitoyens.
- Les Ordonnances Debré construisant le modèle hospitalier en 1958.
- 1971 : le numerus clausus qui a pour volonté de réduire l'offre médicale et de soins avec l'idée de rationaliser l'accès aux soins et donc leurs coûts.
- 1991 : certains élus s'interrogent déjà sur les déserts médicaux ... et paradoxalement, le gouvernement favorise le départ précoce de nombreux médecins vers la retraite au motif que l'offre de soins crée la demande.
- 1996 : création du principe de l'ONDAM.

De 2003 à nos jours

- 2003 : lancement de la T2A aux conséquences sévères car en lien avec le respect d'un ONDAM de plus en plus contraint : **diminution continue des tarifs des prin-**



cupaux séjours hospitaliers jusqu'en 2018, entraînant une course effrénée à l'activité quand elle est rentable et fermeture des activités non rentables, fermeture de lits hospitaliers, paupérisation de la psychiatrie (non soumise à la T2A) au profit du MCO, réorientation de certaines activités vers l'ambulatorio pour justifier la doctrine des suppressions de lits. Le principe du financement à l'activité des hôpitaux est né.

- 2005 : ordonnance sur la nouvelle gouvernance hospitalière avec création des pôles et suppression des services (mot devenu interdit), création du conseil exécutif, **diminution du rôle de la CME.**
- 2009 loi HPST : renforcement du rôle du directeur (seul patron), transformation du conseil d'administration en conseil de surveillance, transformation du conseil exécutif en directoire, diminution encore plus importante du rôle de la CME que l'on veut cantonner à la qualité des soins. **Cette réforme a abouti au point le plus haut du pouvoir directorial, qui ne cesse depuis de lutter contre toutes les réformes de la gouvernance qui lui retireraient une parcelle de pouvoir.** De cette loi découlent la création des ESPIC et la transformation des ARH en ARS en 2010.
- 2011 : rapport Yahiel - Toupillier qui préconisait notamment la représentation syndicale des PH au sein des CHSCT.
- 2012 : pacte de confiance pour l'hôpital, concertation menée par Édouard Coutu **suivie d'un rapport qui a été enterré à la suite d'un changement de directeur de cabinet au ministère de la Santé.**
- 2013 : premières mesures pour assouplir la gouvernance HPST, rétablir certaines prérogatives de la CME et restaurer la notion de service, bannie jusque là.
- 2015-2016 : mission sur l'attractivité des carrières médicales hospitalières confiée à Jacky Le Menn, qui conduira à un marathon de réunions jusqu'en 2017 **pour aboutir à des mesurètes peu significatives.**
- 2016 : création des GHT par l'article 107 de la loi « de

modernisation du système de santé », qui prévoit comme instance médicale soit un collège médical, soit une commission médicale de groupement. **APH se prononce pour les CMG, qui mettront malgré tout 6 ans avant d'être consacrées.**

- 2018 : lancement du plan « Ma Santé 2022 » par Emmanuel Macron en septembre, **qui n'aboutira une fois de plus qu'à des aménagements cosmétiques à l'hôpital.**
- 2019 : le groupe de travail constitué par la DGOS sur la gouvernance hospitalière propose d'attribuer la présidence du Comité stratégique du GHT au Président de la CMG, et non plus au directeur de l'établissement support. Tollé général des directeurs d'établissements et du directeur de cabinet de la ministre, lui-même issu de cette filière, qui aboutit à l'enterrement du groupe de travail et de ses propositions, qui sera remplacé par la mission Claris.
- 2020 : Ségur de la santé organisé en raison de la pandémie de Covid, qui oubliera la revalorisation de la permanence des soins et la prise en compte du temps de travail des praticiens. **En reprenant la fusion des premiers échelons sans en faire bénéficier l'ensemble des praticiens en poste, cela aboutira à la mise en place de 2 grilles salariales pour les Praticiens Hospitaliers, avec la perte de 4 années d'ancienneté pour la plupart d'entre nous, faisant l'objet de nombreuses controverses, de motions des CME, de recours au Tribunal administratif ou en Conseil d'État toujours en instance de jugement. La mesure concernant la création des derniers échelons, si elle avait été un peu plus réfléchie et concertée, aurait dû pouvoir bénéficier à tous les praticiens.**
- 2022 : textes sur les nouveaux statuts des PH (statut unique) et PH contractuels **pour lesquels nous avons manifesté une grande inquiétude.**

Jean-François Cibien, Carole Poupon, Yves Rébufat

Les attentes pour les 100 premiers jours du prochain quinquennat

Pour le syndicat des praticiens des hôpitaux publics

Un certain nombre de mesures sont, de longue date, revendiquées et doivent aller au-delà d'un saupoudrage ou de quelques déclarations d'intention. Elles reposent sur la nécessité d'un service public hospitalier fort, soutenant une politique de santé publique ambitieuse. Elles concernent l'ensemble du système de santé qu'il faudrait repenser. Mais il faut aussi que cesse la casse du(es) service(s) public(s) par cette logique libérale de recherche du profit et de rentabilité.

- **Le mode de financement de l'hôpital.** Il est impératif que le nouveau gouvernement modifie le mode de financement de l'hôpital. Sortir du « tout T2A (Tarification à l'activité) » est un impératif qui renvoie à une logique financière « déléguée » à la Sécurité Sociale et incluse dans l'ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie). Ceci permettra une sécurisation des activités hospitalières, l'arrêt de leur « privatisation » et, ainsi, maintiendra une accessibilité aux meilleurs soins pour tous partout (ce qui n'est déjà plus le cas). Il faut donc aussi mettre un terme aux fermetures de lits. Pour autant, ce système de financement doit rester simple et ne pas générer de nouvelles contraintes bureaucratiques, déjà beaucoup trop excessives.

- **L'attractivité des carrières hospitalières.** Il s'agit d'éviter la fuite des soignants. Cela passe par une revalorisation des rémunérations de l'ensemble des personnels hospitaliers avec des indices de référence qui correspondent, au moins, à ce qui se fait au niveau européen. Ce sont aussi des évolutions des échelons qui sont en phase avec un projet professionnel valorisé et pérenne. Cela doit passer également par une reconnaissance des praticiens hors Union européenne qui, à compétences égales, doivent avoir des rémunérations équivalentes à celles de leurs homologues avec qui ils travaillent.

- **Les conditions de travail.** Le personnel doit être en nombre suffisant avec une stabilité de leurs horaires. Cela impose le recrutement de personnel de remplacement, une organisation et un encadrement des hôpitaux qui inclut tous les personnels, mais aussi les usagers. Dans le même ordre d'idée, il faudra sans doute revoir le ratio des personnels administratifs versus celui des soignants et qu'il soit en phase avec ce qui est raisonnable, nécessaire et surtout justifié.

C'est donc à l'aune de ces évolutions que la fonction hospitalière et le service public hospitalier retrouveront une sérénité, une reconnaissance légitime pour maintenir une efficacité reconnue pour la qualité du travail rendu.

Jacques Yguel, Président du SPHP

Pour le Syndicat National de Gériatrie Clinique

La communauté gériatrique, à travers le CNP de gériatrie, pointe 7 champs d'actions prioritaires et interpelle les candidats autour de ces problématiques :

- 1 - L'âgeisme : comment changer le regard sur le vieillissement ?
- 2 - La prévention : comment intégrer la prévention du bien vieillir dans les politiques publiques et donner les outils à la population pour une avancée en âge digne et de qualité ?
- 3 - La reconnaissance de la gériatrie : comment diffuser les bonnes pratiques gériatriques à l'hôpital et en ville ?

- 4 - Les aidants : informer, soutenir, soigner, accompagner et rompre l'isolement des proches aidants.
- 5 - L'attractivité des métiers du grand âge : comment rendre attractifs les métiers du grand âge ?
- 6 - L'organisation des soins : comment changer l'organisation des soins, comment amener le soin chez les patients âgés ? Comment inclure les actions de prévention secondaire dans tous les domaines (iatrogénie, nutrition, chutes, dépression, etc.).
- 7 - Précarité, isolement, illettrisme : comment favoriser l'inclusion sociale ?

Anne David-Bréard, Présidente du SNGC

Pour le Syndicat National des Pédiatres en Établissement Hospitalier.

Madame Buzyn avait rencontré, en début de mandat, des représentants des pédiatres et des psychiatres, sa conviction étant que ces 2 spécialités, en particulier la pédopsychiatrie, étaient sous-dotées. Elle souhaitait modifier cette situation. Puis plus de nouvelles, ni sollicitations. Elle a pris quelques « mesurette » : obligation des principaux vaccins de l'enfant, nomination d'Adrien Taquet comme secrétaire d'État chargé de l'enfance et des familles, et projet des « 1000 premiers jours ». Elle a pourtant été alertée sur les grandes difficultés automno-hivernales des services de pédiatrie, qui ont amené de nombreux médecins à démissionner de leurs fonctions administratives. Les travaux du Ségur n'ont pas abouti à des propositions d'Olivier Véran, son successeur. Un rapport de l'IGAS, de 2021, a effectué un état des lieux juste des difficultés de la pédiatrie, mais n'a fait que de rares propositions, et inadaptées. Le rapport de la Cour des Comptes de décembre 2021, plus pertinent, est tardif et concerne peu l'Hôpital.

Dans les 100 premiers jours du nouveau quinquennat, il faudra :

- Prévoir, après une évaluation des besoins, d'augmenter drastiquement le nombre de pédiatres formés pour les hôpitaux (services et urgences) et l'ambulatoire (libéral, PMI. . .).
- Créer une norme pour les effectifs médicaux, non médicaux et autres métiers de l'enfance en pédiatrie générale, spécialisée et aux urgences pédiatriques.
- Adapter locaux et plateaux techniques.
- Repenser les parcours et filières de soins de l'enfant (pathologies aiguës et chroniques).
- Créer une permanence des soins ambulatoires plus conséquente pour alléger celle de l'hôpital.
- Améliorer, en quantité comme en qualité, les messages de santé publique, pour parvenir à un recours plus adapté aux structures d'urgences pédiatriques.

Emmanuel Cixous, Président du SNPEH

Pour l'Union Syndicale de la Psychiatrie

Pour la santé : la grande Sécu solidaire indépendante, permettant une prise en charge à 100 % des soins essentiels, redéfinis lors de réunions multipartites associant citoyens, usagers, syndicats et représentants de l'État et retour à l'élection de ses administrateurs. Fin du secteur 2.

Pour l'hôpital public : abolition de la loi HPST et la T2A. Stop aux GHT, réorganisations et fusions d'hôpitaux. Réouverture d'hôpitaux, maternités et urgences de proximité en concertation avec les citoyens et les élus locaux.

Pour la psychiatrie :

- Définition au sein de chaque secteur de psychiatrie des besoins en structures, en lits, en personnels, en concertation avec les usagers, les professionnels de la discipline et les élus locaux. Ceci afin de redonner toute sa place à la psychiatrie de secteur pour permettre l'accès aux soins pour tous.
- Négociations avec les personnels de santé afin de définir le contenu et la forme de leur formation.
- Augmentation immédiate de 500 € des infirmiers en psychiatrie.
- Rattrapage des 4 échelons pour les praticiens hospitaliers de milieu de carrière.
- Revalorisation des permanences des soins à hauteur de 400€ la garde de semaine.
- Retrait du nouveau statut de PH qui autorise l'exercice mixte public/privé lucratif.
- Retrait du nouveau mode de financement de la psychiatrie. Financement géo-populationnel exclusif.

Delphine Glachant, Présidente de l'USP

Pour le Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs, Élargi

Chantier permanence de soins

- Prise en compte de la pénibilité du travail nocturne pour la retraite et la santé des praticiens hospitaliers.
Repenser la dérogation de 24h de travail d'affilée. Le travail de nuit est néfaste à la santé. Les praticiens n'ont aucune prise en compte de cette pénibilité au cours de leur carrière, ni au moment de leur retraite.
- Revalorisation de la permanence des soins à 479,64 euros brut pour 12 heures. L'indemnité de sujétion, pour la permanence des soins réalisée sur place, par tout personnel hospitalier ou hospitalo-universitaire, doit être unique, puisque les contraintes sont les mêmes.

Chantier décompte du temps de travail

- Poser une borne inférieure à 39 heures hebdomadaires.
- Décompte du TTA à partir de 40 heures de travail hebdomadaire, lissées sur 7 jours (arrêt du Conseil d'État, 5^{ème} et 6^{ème} chambre – n° 398069, 4 avril 2019).
- Aujourd'hui le TTA est rémunéré moins qu'une journée de travail à partir de l'échelon 5 : revalorisation à 650 euros.

Chantier reclassement des praticiens hospitaliers dans la grille post-Ségur

L'engagement des praticiens qui sont restés dans le secteur public aurait dû être reconnu à sa juste valeur. Leur pouvoir d'achat a reculé de 30 %, le volume horaire et la charge de travail ont explosé conduisant à une altération de l'articulation vie professionnelle/vie privée les faisant fuir vers le système privé. S'ensuivent un délitement des équipes, une crise sanitaire et un Ségur qui ne les classe pas dans la revalorisation de la grille salariale de 2 échelons (4 ans), pourtant revendiquée depuis plusieurs années pour enclencher un début d'attractivité des carrières hospitalières. Nécessité d'un reclassement de tous les praticiens hospitaliers dans la grille salariale post-Ségur.

Emmanuelle Durand, Présidente du SNPHARE

Pour les biologistes médicaux

La biologie médicale hospitalière souffre actuellement d'une perte d'attractivité liée à certaines modifications introduites au cours des 10 dernières années : accréditation obligatoire et suppression de sites analytiques remplacés par de la biologie délocalisée.

Fort de ces constats nous demandons d'urgence :

- Que l'accréditation soit allégée et recentrée sur le service médical rendu, et son obligation supprimée et pourquoi pas intégrée dans la certification HAS du parcours patient.

- De ne plus mesurer notre activité en B, non valorisée à l'hôpital, mais en acte comme toute autre activité médicale.
- Une véritable réflexion avec les biologistes médicaux sur la biologie hors les murs.
- Une plus grande association des biologistes hospitaliers à l'élaboration et la validation des projets médicaux d'établissement et de territoire.

Le triptyque des biologistes hospitaliers, acteurs incontournables dans le lien ville-hôpital, experts dans le parcours de soins des patients et maillon indispensable des données épidémiologiques, mérite d'être enfin reconnu par les pouvoirs publics et apprécié par tous à sa juste valeur.

Carole Poupon, Présidente du SNBH, Eric Guiheuneuf, Vice-Président du syndicat des biologistes médicaux

Pour le Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France

Pour la gynécologie-obstétrique (GO) des hôpitaux publics :

1. Recruter des gynécologues obstétricien(ne)s hospitaliers (PH), rendre attractif les hôpitaux périphériques
2. Remédialiser le gouvernance hospitalière, depuis 2009 le Directeur est pris en tenaille entre les besoins médicaux qu'il ignore et la bureaucratie d'État
3. Recentrer les équipes soignantes sur les soins « La culture du chiffre, du « bla-bla » et des « process » sape le moral des personnels hospitaliers ».
4. Reconnaître le temps de travail réel des PH.
5. Rééquilibrer le poids des PH au Conseil National de Gestion.
6. Prendre en compte la représentativité des syndicats de PH.
7. Rectifier l'image des GO auprès du grand public.
8. Gérer le coûteux intérim médical qui comble les vides à l'hôpital.
9. Revaloriser à sa juste valeur la permanence des soins (PDS).
10. Corriger la lente asphyxie budgétaire des hôpitaux, dénoncer l'Ondam, synonyme d'asphyxie imposée par l'État.
11. Établir un dialogue sur la santé entre professionnels de santé, sociétés savantes, associations de patients, enseignants, des syndicats de santé, HAS et Sécurité sociale, pour définir les besoins de la population et le coût accepté.

Pascal de Bièvre pôle PH, Pascale Le Pors vice-Présidente, pour le SYNGOF

Pour le Syndicat National des Pharmaciens Gérants et Hospitaliers publics et privés

Priorité absolue pour le SNPGH : l'organisation des remplacements, notamment pour les pharmaciens en exercice isolé.

Les établissements de santé sont confrontés à des difficultés de fonctionnement de leurs pharmacies à usage intérieur (PUI), liées à une forte pénurie de pharmaciens titulaires du DES. Cette problématique est accrue pour l'organisation des remplacements temporaires des pharmaciens, en particulier sur des territoires isolés. Ainsi, faute de trouver des pharmaciens titulaires d'un DES, certaines PUI peuvent être amenées à mettre en place des modalités de fonctionnement de PUI dégradées.

Nous demandons d'urgence une véritable réflexion pour trouver les moyens pour pallier ce problème :

- Augmentation des effectifs.
- Mise en place d'une Validation des Acquis de l'Expérience (VAE), notamment pour les pharmaciens d'officine qui souhaitent rejoindre la pharmacie hospitalière.

Parallèlement, le SNPGH représentant également les pharmaciens des établissements privés, nous demandons une égalité de compétence, de salaire, de formation et de droits syndicaux entre le public et le privé.

Florence Compagnon-Dansin, Présidente du SNPGH

Pour Samu Urgences de FRANCE

SUDF décline 10 actions essentielles pour les 100 premiers jours du futur Président de la République en mettant en avant ce pour quoi nous nous battons. Nos priorités visent à diminuer la pression induite sur nos services en les recentrant sur la médecine d'urgence, et non sur une médecine non programmée ou celle que les autres ne veulent plus faire, pour retrouver l'attractivité des métiers de l'urgence (médecins, IDE, AS, ARM, ambulancier, agents administratifs ...). Ce sont les combats qu'a mené, que mène et mènera SUDF, ce sont les deux axes de notre feuille de route.

Diminuer la pression sur nos services

Parce que les dysfonctionnements de l'amont et de l'aval des urgences sont en lien direct avec l'épuisement des soignants, la maltraitance des soignés et l'effondrement de nos effectifs nous demandons :

- La généralisation du Service d'Accès aux Soins, mettant 24h/24 la régulation médicale au centre du dispositif d'accès aux soins urgents et non programmés avec le déploiement d'outils de téléphonie et du logiciel de régulation médicale SI-Samu pour optimiser la qualité, la sécurité et la coordination de la réponse à ces appels ;
- La mise en place d'un numéro d'appel commun (113) pour toutes les urgences de santé ;
- Le renforcement de l'effectif, en médecine générale, médecine d'urgence (HéliSmur) et pour les ambulanciers privés ;
- Le déploiement dans chaque établissement et en cohérence avec les GHT, du Besoin Journalier Minimum en lits pour les urgences ;

- La mise en place d'un service de gestion des hospitalisations programmées et non programmées dans chaque GHT, chaque établissement, sous la responsabilité conjointe du (de la) PCME et du (de la) directeur(trice) conformément au nouveau régime des autorisations des services d'urgences. Plus aucun patient ne devra rester sur un brancard par manque de lits d'hospitalisation.

Renforcer l'attractivité des carrières de l'Urgence

Parce que l'urgence n'est rien sans les femmes et les hommes qui s'y consacrent, nous demandons :

- La reconnaissance des Assistant(e)s de Régulation médicale et des ambulancier(e)s Smur comme professionnels de santé ;
- La revalorisation financière de la permanence des soins de nuit et le week-end pour tous les professionnels de l'urgence et le rattrapage des 4 années d'ancienneté pour tous les praticiens hospitaliers en poste avant octobre 2020 ;
- La mise en adéquation des effectifs médicaux et non médicaux de nos services avec les recommandations du référentiel de SUDF ;
- Le déploiement coordonné des IPA MU ;
- L'obligation d'une politique assumée de bien-être au travail autour d'une gouvernance plus humaine et de moyens financiers en adéquation avec nos missions de soins.

Le Conseil d'Administration de Samu-Urgences de France

Conclusions du dossier « Élections »

La population française vieillit, les besoins de soins augmentent sans oublier les multiples progrès sur certaines prises en charge IDM, AVC, Cancer... qui allongent la durée de vie de nos concitoyens. L'organisation fiduciaire du système actuel révèle que nous sommes devenus aujourd'hui un bien de consommation avec une gratuité affichée. Il est évident pour toutes et tous que des sociétés mercantiles ont trouvé un filon pour faire de l'argent sur le dos de la solidarité nationale, grâce en particulier aux contrats de prise en charge complémentaire (Ordonnances n° 2021-174 et 175 du 17 février 2021 relatives à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique). La féminisation de la profession de soignant a bon dos, car les changements des modes de vie de nos jeunes ou moins jeunes collègues, soignants ou praticiens, avec l'instauration des 35 heures et la recherche d'une qualité de vie est un paradigme de notre quotidien trop vite oublié par nos gouvernants. À titre d'exemple, 15 milliards par an du budget santé se volatilisent en frais de facturation, mais cette donnée ainsi que d'autres ne sont pas prises en compte de par l'existence de lobbys et d'intérêts de certains groupes...

que nous redoutions et que nous annonçons : la disparition d'un Hôpital Public digne de ce nom et surtout de l'égalité de l'accès aux soins en France que seul pourrait rétablir un véritable Élysée de la Santé à l'écoute des professionnels que nous représentons.

Ce plan Santé devra intégrer enseignement, recherche, prévention, qualité et sécurité des soins sur l'ensemble du territoire national en incluant l'Outre-mer et les déserts médicaux qui se propagent et touchent même les villes et l'hôpital. Ce plan devra être pensé et construit par les acteurs de terrain, les « soignés » et les élus, et non par une technocratie ou par des cabinets conseils qui ont une vision dépassée et uniquement tournée vers l'aspect financier en oubliant l'humain. Il devra aussi organiser la coordination ville-hôpital-médico-social et se doter d'outils modernes pour partager l'information médicale dans un système sécurisé. La santé est un pilier de la République, et l'accès aux soins doit être une priorité nationale que nous devons reconstruire ensemble dans l'intérêt commun.

Jean-François Cibien, Carole Poupon, Yves Rébufat

Un nouveau syndicat au sein d'APH : le SNP GH

Le Syndicat National des Pharmaciens Gérants et Hospitaliers publics et privés (SNP GH), représente l'un des quatre syndicats de pharmaciens en France. En décembre 2021, le CA du SNP GH a entériné leur venue au sein d'APH.

Actu'APH : Vous êtes la Présidente du SNP GH. Pourriez-vous nous rappeler quand et pourquoi le SNP GH a vu le jour ?

Dr Florence Compagnon-Dansin : C'est en 1964 que le SNP GH a vu le jour avec comme premier objectif de faciliter les échanges entre les pharmaciens hospitaliers qu'ils exercent dans des établissements de santé publics, ESPIC (établissements privés d'intérêt collectif) ou privés à but lucratif. Initialement, nous nous positionnions, en particulier, comme l'organisme représentatif des professionnels exerçant seuls et aux prises avec des problématiques du quotidien auxquelles nos confrères des établissements publics de taille importante étaient peut-être moins confrontés. Aujourd'hui, nos adhérents exercent pour 75 % d'entre eux, dans le secteur privé et privé non lucratif. Les 25 % restants sont des pharmaciens hospitaliers publics.

Actu'APH : Pouvez-vous nous décrire vos actions ?

Dr Florence Compagnon-Dansin : Notre cheval de bataille principal concerne les conditions d'exercice et de remplacement au sein des Pharmacies à Usage Intérieur (PUI). Depuis la publication du décret n°2017-883 du 9 mai 2017, seuls sont autorisés à exercer dans les établissements de santé et médico-sociaux, les pharmaciens titulaires d'un DES ou ayant 2 ans d'exercice au sein d'une PUI, cette dernière condition, dérogatoire, n'étant possible que jusqu'en 2025. Cette dérogation concerne aussi les remplacements (malgré l'extension aux internes en pharmacie ayant validé le 2^{ème} cycle d'études de pharmacie et 5 semestres de formation du DES). Avec ce texte, un problème concernait de nombreux pharmaciens gérants de PUI qui n'étaient pas titulaires d'un DES de pharmacie et ne pouvaient donc pas justifier de l'ancienneté requise. Le SNP GH s'est mobilisé pour qu'une commission du CNOP examine chaque cas individuel. Près de 300 candidats ont ainsi pu être maintenus en poste.

Il faut savoir que les pharmaciens hospitaliers en exercice isolé ont beaucoup de difficultés à trouver des remplaçants pour poser leurs congés et pour assurer leurs formations continues obligatoires dans le cadre du DPC. La situation n'est donc pas tenable sur le terrain. Nous continuons à travailler avec l'ensemble des autres syndicats pour trouver une solution à ce problème des remplacements, car le

pool de pharmaciens remplaçants est inférieur aux besoins, puisqu'ils doivent maintenant également être titulaires du DES.

Pour autant, ce décret de 2017 apporte une avancée puisque la pharmacie hospitalière est désormais reconnue comme une vraie spécialité, même si cette reconnaissance ne s'est pas encore traduite par une revalorisation salariale, en particulier dans les établissements privés et ESPIC. Nous travaillons avec beaucoup d'énergie sur ce dossier des rémunérations. Après 25 années d'exercice, un pharmacien du privé gagne entre 46 et 55 % de moins que son confrère du public, alors que nous avons tous bénéficié de la même formation pour gagner en compétences, soit dix ans d'études, depuis le décret du 9 mai 2017 et la mise en œuvre du DES. Cet écart de rémunération représente aujourd'hui une de nos missions puisqu'il explique, en grande partie, le manque d'attractivité de nos postes dans le secteur privé. Il faut rappeler que le Ségur a permis aux pharmaciens des hôpitaux publics d'obtenir le doublement de la prime de service public exclusif, alors que les pharmaciens du privé ont été initialement les exclus du Ségur. Nous avons depuis obtenu des primes équivalentes pour les pharmaciens en ESPIC et, pour les pharmaciens dans les établissements privés, nous avons obtenu une revalorisation de 160 euros nets.

Actu'APH : Pourquoi avoir rejoint Action Praticiens Hôpital ?

Dr Florence Compagnon-Dansin : Nous étions isolés. Il était nécessaire que nous soyons entendus et seules les intersyndicales peuvent négocier au niveau des organismes de tutelle. D'autre part, les élections professionnelles vont bientôt se dérouler et pour être représentés il est nécessaire d'être adossé à une intersyndicale. La Confédération des Praticiens des Hôpitaux (CPH), membre d'Action Praticiens Hôpital, n'avait pas de syndicat représentant les pharmaciens hospitaliers et nous, nous n'avions pas d'intersyndicale. C'est donc tout naturellement que nous les avons rejoints.

Propos recueillis par Christiane Mura



Commissions régionales paritaires (CRP) : les résultats de l'enquête d'APH

À l'aune de modifications mineures du décret des CRP, et alors que le dialogue social avec les tutelles est un dialogue de sourds depuis le début de la mandature (et même avant...), APH a souhaité évaluer le fonctionnement de ces instances régionales de dialogue social, via une enquête auprès de ses représentants, issus des intersyndicales Avenir Hospitalier (AH) et de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux (CPH).

Méthodologie de l'enquête

Un questionnaire Google Forms a été envoyé à tous les présidents des syndicats composant APH et à tous les membres des CRP au mois de novembre 2021. Ont été principalement étudiés :

- les modalités de fonctionnement des CRP (calendrier, secrétariat),
- les sujets traités (selon la liste des missions figurant dans le décret r6156-80),
- le ressenti des représentants quant à l'efficacité de cette instance de dialogue social.

Résultats

32 membres des CRP (ceux désignés par AH et la CPH en 2016 !) ont répondu (27 titulaires et 5 suppléants), représentant toutes les régions métropolitaines, sauf la région PACA et une seule région ultramarine (La Réunion), soit 52 % des titulaires et un peu moins de 10 % des suppléants.

Les modalités de fonctionnement : calendrier, convocations, ordre du jour.

Les CRP sont censées se réunir au moins 3 fois par an. En pratique, 43,8 % des répondants signalent un nombre de réunion inférieur, l'un d'entre eux rapportant l'absence de CRP depuis 2018 !

Le délai de prévenance pour les réunions est très variable : si 25,8 % des répondants disposent d'un calendrier prévisionnel à l'année, 38,7 % d'entre eux ont une convocation « tardive » (moins d'un mois avant la date prévue). 56 % des répondants ont la possibilité de mettre des questions à l'ordre du jour ; pour 44 % des répondants, l'ordre du jour est envoyé moins de 8 jours avant la tenue de la CRP. Il est rapporté que les

documents sont souvent fournis en séance, et ne peuvent donc être travaillés en amont en vue d'un réel débat.

29 % des répondants voient leurs réunions de CRP régulièrement annulées (y compris hors période de 1^{ère} vague de la crise sanitaire). Les annulations sont annoncées généralement plus d'une semaine avant (53,3 %), mais aussi dans des délais plus courts, moins d'une semaine (26,7 %) voire le jour même (3 %). Ces annulations ne sont pas toujours motivées ; l'une des raisons avancées par un directeur général d'une ARS, au dernier trimestre 2021, était l'absence de désignation des nouveaux membres – or la « deadline » pour le remplacement des membres étaient au 31 décembre 2021.

La dernière réunion de la CRP remonte à moins de 6 mois (questionnaire réalisé en novembre) pour 62,5 % des répondants, mais pour 28,2 % la dernière réunion remonte à plus d'un voire deux ans.

34,4 % des répondants ont connaissance d'un règlement intérieur, 50 % ignorent s'il existe et 15,6 % pensent que leur CRP n'a pas écrit son règlement intérieur.

Près de la moitié des répondants (48,4 %) notent la présence, au moins en partie, du directeur général de l'ARS ; pour l'autre moitié, il est systématiquement représenté.

Pour 67,7 % des répondants, les suppléants ne sont présents que si le titulaire est absent. Pour 19,4 %, le suppléant peut être présent même si le titulaire est présent.

Les réunions se déroulent en présentiel, sur un seul site (58,1 % des répondants) ou plusieurs sites (16,1 %), en visioconférence (35,5 %) ou simultanément en visioconférence et en présentiel (19,4 %).

Pour 16,1 % des répondants, il n'y a pas de comptes-rendus des réunions. Dans la très grande majorité des cas, ce compte-rendu est réalisé par l'ARS, à l'exception d'une région où les réponses sont diverses : réalisation du compte-rendu par un membre de la CRP / par l'ARS / pas de compte-rendu – il est probable que le compte-

rendu, réalisé par un membre de la CRP, soit ensuite diffusé via l'ARS.

Les sujets traités

Le graphique ci-contre illustre la nature des sujets traités par la CRP, conformément aux prérogatives réglementaires de cette CRP.

De manière générale, l'ensemble des sujets sont estimés insuffisamment ou pas traités. Les sujets les moins traités sont l'attractivité médicale en général, puis le temps de travail des praticiens, y compris le décompte du TTA.

20,7 % ignorent s'il existe une commission de conciliation au sein de la CRP, et 10,3 % des répondants pensent qu'elle n'existe pas. Lorsqu'elle existe, les deux tiers des répondants affirment qu'elle a déjà été saisie, avec succès dans la quasi moitié des cas. Certaines CRP ont enclenché leurs propres commissions ou groupes de travail, permanents ou temporaires (16,1 % des répondants) : création d'un bureau de CRP, groupes de travail sur TTA et CET, sur attractivité et territoire, sur risques psychosociaux et santé au travail.

Le ressenti des représentants : quid du dialogue social à l'échelon régional ?

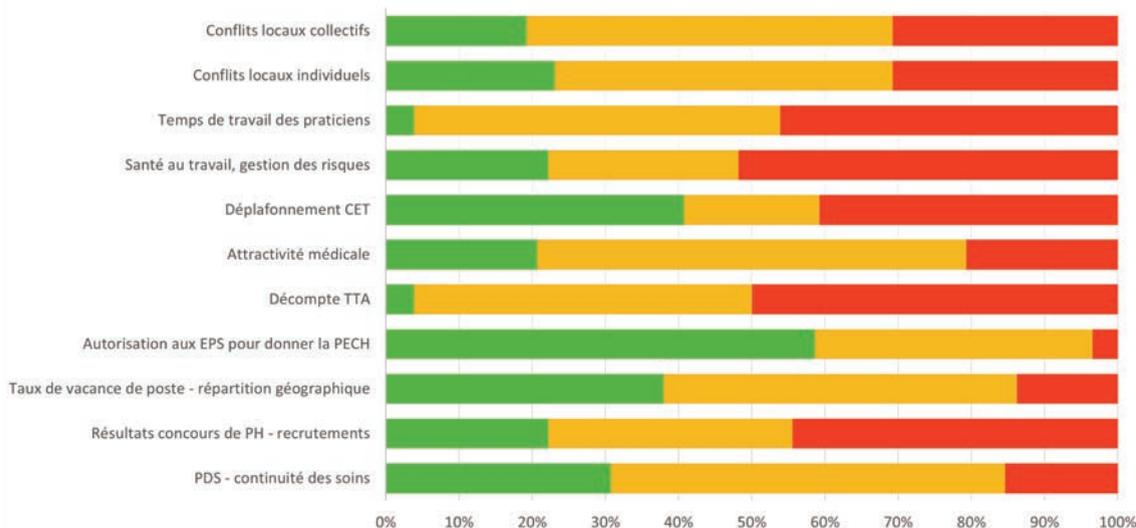
63,3 % des membres des CRP estiment que la CRP n'apporte rien au dialogue social au niveau régional, vs 26,7 % qui y voient une réelle utilité et 10 % qui ne se prononcent pas. Les doléances sont nombreuses (cf. encadré ci-contre).

Seuls 6,4 % des répondants rapportent que l'ARS fait la promotion de la CRP auprès des praticiens. À l'exception d'un répondant, l'ensemble des membres des CRP pensent que les praticiens hospitaliers connaissent peu (74,2 %) ou pas du tout (22,6 %) l'existence et le rôle des CRP.

Disparité des réponses au sein d'une même CRP

Dans les régions où plusieurs membres ont répondu, une concordance des réponses – exception faite des questions ayant trait au ressenti des praticiens vis-à-vis de la CRP – est retrouvée pour la plupart des questions.

LES SUJETS SUIVANTS SONT-ILS TRAITÉS PAR VOTRE CRP ?



Discussion

Les enquêtes par questionnaire souffrent toujours d'un grand biais méthodologique. Le taux de réponse est cependant en lui-même un élément à ne pas négliger. D'une part, les CRP n'ont pas été renouvelées en 2019 : ce sont les représentants désignés à l'issue des élections professionnelles de 2012 qui siègent encore qui ont

« Peu d'influence des CRP sur les décisions de l'ARS. »

« C'est une instance de pseudo-dialogue. Il n'y a aucune volonté à se donner les moyens de remplir des missions données à la CRP. »

« Le défaut de la CRP : ça discute mais ça n'agit pas, pas d'autorité réelle, donc intérêt finalement très relatif. »

« La CRP ne fonctionne pas. Lors de la dernière réunion, une grande partie du temps a été passée à réinventer les règles d'attribution de la PET pour faire rentrer le nombre de médecins éligibles dans le nombre de postes finançables, en dépit de droits de ceux qui remplissaient les critères. »

« Les interlocuteurs administratifs sont focalisés sur les postes d'assistants partagés qu'ils ont créés, et ne lèvent pas le nez du guidon concernant les hôpitaux en grande difficulté de recrutement. »

« Peu de travail de fond. Turnover du côté ARS, nuisant à la continuité des actions. »

« Aucune reconnaissance du mal-être actuel : il faut forcer la main pour parler des problèmes syndicaux. »

« Absence de pouvoir réel des ARS sur les établissements réduisant les CRP au rôle de bureau d'enregistrement des plaintes et d'espace de réflexion. »

répondu à cette enquête... s'ils n'ont pas vu leur carrière modifiée (retraite, mutation dans une autre région, départ de l'hôpital public). Leurs suppléants ou remplaçants n'ont peut-être pas saisi les enjeux de cette instance en arrivant « en cours de route ». Par ailleurs, un désinvestissement de ces CRP est probable, que ce soit par déception ou par manque de temps, à une époque où le temps clinique est devenu une contrainte importante au vu de la pénurie médicale et de la charge en soin. Enfin, les grandes régions obligent à des déplacements importants et/ou des visioconférences, moins propices au dialogue et à l'échange d'idées.

S'il existe une hétérogénéité dans leur organisation, **l'efficacité en termes de dialogue social semble extrêmement limitée**. Les sujets pourtant cruciaux pour les PH sont très insuffisamment abordés et discutés. Les travaux engagés par les CRP ne sont pas suivis de diffusion suffisante, aboutissant à une perte de sens du travail paritaire (exemple : travail sur attractivité des carrières et territoires, Occitanie).

Fait marquant, les CRP, après tant d'années d'existence, ne sont toujours pas connues des praticiens. **Pourtant, les CRP peuvent et doivent être saisies par les praticiens !** En cause, probablement l'absence d'échelon local permettant l'information et la formation syndicale des praticiens, mais aussi l'absence totale de promotion de ces instances par les tutelles, que ce soit l'ARS ou le ministère. Seules nos communications syndicales (site, articles dans les journaux respectifs des composantes syndicales) tentent d'éclairer les praticiens. **On voudrait freiner le dialogue social qu'on ne ferait pas mieux.**

Le nouveau décret des CRP n'apporte que des modifications mineures : augmentation du nombre de représentants de 10 à 12 membres, élargissement des missions. Encore une fois, tout est en place pour que rien ne change.

Il est primordial de faire vivre ces CRP. APH en appelle à ses représentants, mais aussi et surtout aux tutelles qui sont responsables de leur fonctionnement. Les moyens syndicaux ridiculement petits limitent l'investissement des praticiens hospitaliers dans la défense de leurs conditions de travail. Cependant, des autorisations spéciales d'absence sont prévues pour assister à ces réunions, mais aussi les préparer et en faire des comptes-rendus : il faut en profiter.

Il est indispensable de faire vivre le dialogue social au-dessous de l'échelle nationale. On ne peut régler les problèmes des 80 à 100 000 praticiens – tous statuts et contrats confondus – avec trois réunions par an, dans des régions immenses.

À notre connaissance, les tutelles n'ont pas enquêté sur

le fonctionnement des CRP avant la modification des décrets. Seules des discussions, auxquelles APH a participé, ont proposé des textes réglementaires dont nous n'avons pu que modifier quelques virgules – et encore.

APH demande, à la lumière de cette étude, que des pistes d'amélioration, afin de donner du sens au dialogue social, soient étudiées par les tutelles.

- **Réflexion sur le périmètre des CRP** : la région est probablement une échelle trop grande, mêlant des problématiques très diverses en termes de territoire (déserts médicaux hospitaliers / grands CHU) et donc d'attractivité ; en outre, elles imposent des réunions en visioconférence, dont il est désormais démontré qu'il est un très mauvais outil pour le dialogue social.
- **Réflexion sur le rythme des réunions** : 3 réunions par an, sans la présence du directeur général d'ARS – seul capable de prendre des décisions - pour la plupart des régions, ne permettent pas d'avancer en temps utile sur les sujets locaux. Un rythme mensuel, avec présence obligatoire du DG ARS ou mandat pour son représentant de prendre les décisions, permettrait de suivre des dossiers et ne pas les laisser s'échapper dans la nature, voire se terminer au tribunal administratif. En outre, ce rythme plus soutenu permettrait d'approcher une exhaustivité des missions de la CRP.
- **Promotion des CRP** : ce travail ne peut pas être fait uniquement par les organisations syndicales, dont les moyens de communication sont également limités.
- **Journée annuelle nationale des CRP**, qui permettrait de valoriser l'existence et les travaux des CRP, et s'enrichir des progrès de chacune d'entre elles.

*Anne Wernet, Administratrice du SNPHARE
Secrétaire générale d'Avenir Hospitalier,
membre d'APH*

COMMENT SAISIR MA CRP ?

Les CRP ont parfois des adresses génériques ; le plus simple est de contacter vos représentants syndicaux (soit à APH, soit sur l'une de ses composantes) en utilisant les formulaires contact du site : nous vous réorienterons vers les praticiens qu'APH a désignés dans votre région.

À QUOI SERVENT LES CRP

Lire l'article dans Actu'APH n°10 : http://www.avenir-hospitalier.fr/images/ACTUAPH_n10/CRP-APH_10.pdf

Entretiens professionnels : il faudrait des mesures d'accompagnement pour retrouver une attractivité !

Afin de poursuivre les travaux de déclinaison des accords du Ségur de la santé, un nouveau groupe de travail « Entretiens professionnels, entretiens de carrière et accompagnement au développement professionnel des praticiens hospitaliers », piloté par le CNG avec le soutien de la DGOS, est constitué afin de proposer une offre d'accompagnement mieux adaptée aux parcours et évolutions de carrière des PH.

Le groupe de travail « Entretiens professionnels, entretiens de carrière et accompagnement au développement professionnel des praticiens hospitaliers » rassemble le CNG, des représentants de la DGOS et des établissements au titre de la FHF, ainsi que les organisations syndicales.

Un calendrier des séquences est proposé :

- 19 octobre 2021 : Bilan de l'existant – Objectifs – Propositions – Entretien professionnel (1).
- 30 novembre 2021 : Entretien professionnel (2) – Entretien de carrière.
- 10 décembre 2021 : Accompagnement/développement professionnel des PH : offre de coaching individuel et collectif du CNG.
- 19 janvier 2022 : Entretien de carrière.
- 4 février : Restitution et conclusions.

Ces travaux doivent aboutir à un guide d'entretien proposé par le CNG.

Suite à ces travaux et à la dernière réunion du 4 février nous avons été contraints de rappeler au CNG certains de nos échanges en Conseil Supérieur des Personnels Médicaux (CSPM). Pour rappel, la DGOS avait indiqué lors de cette séance que nous avions validé le principe et les modalités de l'entretien professionnel lors du vote sur le nouveau statut de PH, ce qui est faux. Nous avons déjà constaté des modifications des textes à notre insu entre la commission des statuts et le vote en CSPM sur les modalités de l'entretien des Chefs de service (CDS) et de pôle (CDP).

Pour revenir sur les travaux du groupe de travail et pour plus de clarté, APH propose de scinder le guide « entretien » en trois parties, et idéalement d'avoir trois

documents distincts. En effet, s'ils ont un élément commun dans la terminologie « entretien », ils n'ont aucunement la même fonctionnalité et ont des objectifs clairement différents.

La première partie concernerait les entretiens pour la période probatoire.

C'est à nos yeux une évaluation de l'intégration du praticien dans ses nouvelles fonctions et dans la vie du service et de l'établissement de soins. Ce document, même s'il n'a pas été présenté dans la réunion de synthèse, a semble-t-il été validé par tous dans ses objectifs, ses modalités et son archivage dans le dossier du praticien. Ce guide permettrait au praticien d'être accompagné sur des objectifs clairs et d'être évalué à 6 mois avant validation définitive de son année probatoire.

La seconde aborderait l'entretien d'accompagnement de carrière.

Nous avons également validé les grands principes et APH a évoqué la nécessité d'avoir une montée en puissance progressive de ce dispositif pour donner le temps aux Directions des Affaires Médicales de se former. Le rôle essentiel et catalyseur de la personne-ressource, qui va devoir/pouvoir guider le PH dans la construction de son parcours professionnel, est un axe fondateur dans cet accompagnement pour donner de nouvelles perspectives de carrière aux PH.



APH a demandé un financement dédié à cette mission pour que les établissements et/ou l'administration centrale améliorent l'offre de service disponible pour l'ensemble des praticiens. Nous sommes a priori au clair sur les objectifs à atteindre et les modalités de cet échange. Il nous faudra affiner les moyens alloués pour qu'ils puissent être mis en place sur l'ensemble du territoire en termes de personne-ressource, de formation, d'information. Afin et surtout qu'il soit accessible à tout praticien qui en ferait la demande.

La troisième partie cristallise certaines tensions et porte sur l'entretien annuel des praticiens.

- De notre point de vue, la trame de cet entretien a mis la focale sur des éléments issus de la gestion des ressources humaines des Personnels Non Médicaux avec une mécanique RH administrative ou d'entreprise.
- Nous rappelons que les praticiens sont très favorables à cet entretien entre pairs pour construire et améliorer la dynamique collective du service, de l'établissement de soins et d'un juste soin dans le territoire. C'est un élément bénéfique pour faire le bilan annuel du praticien, envisager les perspectives personnelles et celles du service. C'est aussi un moment d'échange, de partage essentiel dans le lien qui unit une équipe, un PH et son chef de service.
- Nous avons alerté sur le fait que c'était dans notre esprit tout sauf une évaluation. Nous avons été entendus sur la forme, mais le fond de la construction de cet entretien persiste dans cet axe de l'évaluation. L'exemple des modalités de signature qui contractualise cet échange sous forme d'un procès-verbal validant les conclusions de cet entretien est pour nous

criant. Tout comme le problème de la traçabilité de cet entretien et de son « stockage ».

- Le rendu proposé ne risque-t-il pas d'enfermer le chef de service et le praticien dans un entretien trop formaté et dénué d'une dimension humaine pour se cantonner à des éléments administratifs et comptables ? La formalisation d'une telle procédure, sous couvert d'une démarche qualité, est à haut risque dans une situation de pénurie qui s'accélère, période dans laquelle nous préconisons d'aller vers le plus simple et le plus concret dans l'intérêt de toutes et de tous.
- Nous voulions la simplification et nous souhaitons mettre en place des leviers pour potentialiser l'implication du PH, pour dynamiser les perspectives des projets médicaux de service ou du territoire de santé, de ses projets professionnels et personnels, de sa qualité de vie. Nous ne retrouvons pas ces principes dans le document tel qu'il est présenté lors de la séance du 4 février.

La position d'APH

À ce titre, les praticiens de terrain que nous représentons sont en opposition avec une vision jugée trop administrative et contraignante.

Le principe de cet entretien, que nous défendons et portons, est galvaudé et pourrait être contre-productif à terme. Car, au lieu de créer un lien bénéfique orienté « vers et pour les praticiens », nous risquerions de renforcer chez les PH l'impression de liens de subordination et de contrôle... Sans compter le temps nécessaire au chef de service pour réaliser la synthèse et valider chaque procès-verbal de cet entretien.

Pour APH, les CME doivent également avoir le temps et les moyens de s'appropriier ces sujets pour construire le bon équilibre entre « logique et culture RH », tout en conservant certaines latitudes, en particulier pour les modalités locales de la conduite de l'entretien individuel annuel.

Nous attendons les remarques et propositions des participants et des conférences de PCME pour affiner notre diagnostic, et retrouver le cheminement évoqué pendant le Ségur sur les mesures de simplification et d'accompagnement pour simplement une qualité de vie et une attractivité enfin retrouvées.

*Jean-François Cibien, Président d'APH,
Carole Poupon, Vice-Présidente d'APH*

Une minute de silence pour que vive l'hôpital !

Depuis le 17 décembre dernier, tous les vendredis à 14 heures, de nombreux personnels hospitaliers se réunissent devant les hôpitaux civils de Strasbourg pour dénoncer la mort programmée de l'hôpital public. Sébastien Harscoat, médecin urgentiste, Antoine Pons, anesthésiste-réanimateur, et Floriane Zeyons, cardiologue, sont à l'origine de cette action coup de poing reprise dans de nombreux hôpitaux du territoire. Nous souhaitons leur donner la parole.

Actu'APH : Comment est née l'idée de la minute de silence ? Pourquoi choisir cette forme de protestation ?

Antoine Pons : À la fin du mois de novembre, le chef de service de chirurgie cardiaque nous a envoyé un mail intitulé : « Naufrage », ce qui illustre parfaitement l'état pitoyable de la pratique des soins à ce moment-là. Avec la vague COVID qui arrivait, les déprogrammations et les plans blancs à nouveau déclenchés, il a organisé une réunion début décembre pour parler de tout ça, pour voir ce qu'il était possible de mettre en place. Un petit groupe de médecins, dont nous faisons partie avec Sébastien et Floriane, s'est formé. Nous souhaitons alerter au niveau local grâce à une action symbolique et marquante. La minute de silence était facile à mettre en œuvre et ne risquait pas de perturber la prise en charge des patients.

Sébastien Harscoat : L'idée était de trouver une action symbolique, qui était à notre portée. Nous ne pouvions pas organiser de grande manifestation, donc nous avons pensé à quelque chose de simple : sortir du rang et faire un pas c'est à la portée de chacun. Descendre de son service et se rassembler demande moins de temps et d'énergie que l'organisation d'actions plus poussées, qui ont d'ailleurs rarement fait leurs preuves. Le silence peut faire énormément de bruit. Cette action correspond à l'état d'esprit actuel des soignants : personne ne nous entend lorsque l'on parle, peut-être entendront-ils notre silence assourdissant ?

Floriane Zeyons : La minute de silence est née à la suite d'un constat, celui de la catastrophe démographique qui frappe l'hôpital de plein fouet. La fuite du personnel médical et paramédical, les lits fermés, la prise en charge des patients dégradée, tout cela nous donnait l'impression d'avoir atteint un stade de non-retour. Une réunion a été organisée à la demande de plusieurs médecins, nous étions nombreux et motivés, c'est là qu'est née l'idée de

la minute de silence. Elle mobilise beaucoup de monde et n'impacte en rien la prise en charge des patients. Nous étions plus de 1 500 la première fois, ça replace le contexte : nous sommes tous ensemble face à la situation.

« Nous souhaitons alerter au niveau local grâce à une action symbolique et marquante. »

Antoine Pons

Actu'APH : Pourquoi y avez-vous participé et plus personnellement en tant que médecin ?

Antoine Pons : Parce que je vois que les lits ferment faute de personnel, que ce personnel n'en finit plus de quitter l'hôpital au lieu de le rejoindre. J'ai des collègues jeunes PH qui sont les moteurs de nos services, des éléments dynamiques et compétents qui s'en vont. Tout cela m'inquiète beaucoup. Quel est le projet politique pour l'hôpital public ? Est-ce que l'on tient à le sauver ou veut-on en faire un hôpital pour indigents avec très peu de moyens et des soignants non motivés ? Si c'est ça, nous devons le combattre, si tant est que les gens le souhaitent.

Sébastien Harscoat : Je me demandais quelle était la limite de ce que je pourrais supporter. J'essayais de voir si j'accepterais la dégradation des choses, pour ma santé, pour mes enfants, ma famille. J'aime profondément l'hôpital public, j'y suis à ma place, mais il y a des limites à tout, surtout lorsque cela touche notre santé et nos familles. Nous sommes tous d'accord sur le fait d'être à notre place, malgré une souffrance et une incapacité à faire les choses comme il faut, mais cela ne peut plus durer. Il faut agir. Ce que je fais a encore du sens pour moi, l'échange avec les patients, les projets que je veux



mener, en fait nous demandons simplement de pouvoir soigner nos patients correctement.

Floriane Zeyons : Je suis PH avant tout. Je pourrais certainement gagner plus d'argent dans le privé, mais j'ai le sens et l'amour du service public. Je suis sensible à ce qui se passe dans mon hôpital et dans mon service. Je me soucie des conditions de travail des infirmières et des aide-soignantes, car à l'hôpital nous avons besoin les uns des autres pour travailler. Si un corps de métier est impacté, tout le monde le sera. Les querelles de clocher ne mènent nulle part, il faut défendre tout le monde parce que l'hôpital public est un principe de solidarité, un pilier de la République.

Actu'APH : Parlez-nous de la mise en place de cette minute de silence en termes d'organisation, de relation avec la direction, etc. ?

Antoine Pons : Nous avons choisi de fixer le rendez-vous à 14 heures, heure du changement des équipes paramédicales, ce qui permettait de rassembler le plus de monde possible. Nous nous réunissons simplement, ce qui simplifie énormément les choses en termes d'organisation. Nous savons que la direction n'est pas vraiment « fan » de cette action, ils ne nous ont jamais sollicités spécifiquement pour en discuter. Notre message est clair : la minute de silence n'est pas dirigée contre eux, la direction doit être le relais de ce qui se passe sur le terrain. Nous lisons un texte à la fin de chaque minute de silence pour alerter la population sur les dangers d'avoir des soins de moindre qualité.

Sébastien Harscoat : Après la fameuse réunion, nous avons envoyé un mail général aux PU, aux praticiens, aux cadres. Les syndicats ont joué le jeu en mettant en avant

le mouvement. Tout le monde ressentait la sourde oreille de l'administration. La plupart des gens ont répondu présents. Nous avons rédigé un texte qui est lu chaque fois, quelque chose de déclaratif : c'est un témoignage pour la population. Il n'existe pas de dialogue avec nos directeurs, nous ne voulons diaboliser personne, mais nous regardons dans des directions différentes. Notre mission de service public, nous l'assumons tous les jours, mais eux n'assument pas la leur, donc nous sommes coincés, chacun a son rôle. Selon le directeur, nous ne sommes pas attractifs à cause de la minute de silence.

« L'hôpital public est un principe de solidarité, un pilier de la République. »

Floriane Zeyons

Floriane Zeyons : Nous avons envoyé un mail pour prévenir les gens 48 heures avant, et nous étions 1 500 devant l'hôpital la première fois. La mise en place a été pensée par six collègues et amis via un groupe WhatsApp, nous en avons parlé dans nos services et ailleurs. Les syndicats ont relayé l'information, ils ont utilisé leurs contacts pour atteindre le plus de gens possible. Il faut un véritable contact humain pour que cela fonctionne. Nous ne sommes pas murés dans nos tours d'ivoire, le fait que nous soyons accessibles a facilité les choses. Nous n'avons pas prévenu la direction, car ils ne nous aident pas vraiment et se dérobent à chaque fois. Ils ont leurs prérogatives, nous avons les nôtres et elles ne s'entrecroisent pas, malheureusement. Ils ont leur logique budgétaire et nous une logique humaniste.

Actu'APH : L'hôpital public se meurt, faites quelque chose, c'était le message que vous vouliez faire passer ? Y a-t-il toujours de l'espoir selon vous ?

Antoine Pons : La situation de l'hôpital n'est pas irréversible, je le pense. La période est propice à l'action, car nous sommes en période électorale. Il y a quelque temps on ne parlait pas de la santé, et elle revient enfin au centre des discussions. Le sujet a infusé dans le débat, nous verrons ce que proposent les candidats. Nous avons parcouru un petit peu tout l'échiquier politique et tout le monde est allé dans la même direction. Il faudrait une réelle rupture et une refonte complète du financement de l'hôpital public.

Sébastien Harscoat : Je vous avoue que je ne sais pas et je sais que c'est terrible comme réponse. Je ne suis pas révolutionnaire, mais s'il faut je le deviendrai, car ce combat c'est le combat de toute la population. Nous disons : « arrêtons d'être dirigés par ce système comptable ». Ma richesse n'est pas matérielle, c'est la richesse des échanges avec les autres, des patients, de mes proches, mes collègues. En tant que soignants, nous le vivons tous les jours. L'hôpital n'est pas là pour être rentable, j'espère que nos dirigeants en prendront pleinement conscience.

« Ce combat c'est le combat de toute la population ! »

Sébastien Harscoat

Floriane Zeyons : Si l'on n'y croyait plus, on ne se battrait pas pour la survie de l'hôpital. Il faut un changement profond et réel. Il faut réformer la T2A, arrêter la course à une activité qui n'est pas forcément légitime, à force chaque acte est bien moins rémunéré. L'activité à moindre coût est une machine faite pour broyer des soignants. On nous entraîne à faire de la mauvaise médecine, la perte de sens se surajoute. C'est terrible.

Actu'APH : Est-ce que l'union de TOUS les personnels hospitaliers a été difficile à mettre en place ?

Antoine Pons : Le personnel médical a été facile à mobiliser, car nous avons des mailing lists assez complètes. Pour les paramédicaux ça a été plus compliqué, car ils reçoivent peu d'informations via leur mail pro. Cela s'est fait grâce au bouche-à-oreille. C'est plus facile pour ceux qui sont syndiqués, car l'information circule via les canaux syndicaux. L'union s'est faite naturellement une fois que nous avons pu communiquer.

Sébastien Harscoat : C'était naturel et spontané, car c'est l'état d'esprit des gens dans cet hôpital et ailleurs. C'est pour cela qu'au-delà de la revalorisation de salaire, les personnels hospitaliers veulent retrouver du sens, du respect. Plus on avance et plus la situation s'aggrave, et ça tout le monde en est témoin.

Floriane Zeyons : L'union interprofessionnelle au sein même d'un service s'est faite naturellement. Dans mon service par exemple, il y a une bonne communication ce qui nous a aidés. Tout le monde ressent les effets de ce

que je décrivais auparavant, donc tout le monde s'est mobilisé très facilement et naturellement. Certains services sont peut-être encore « protégés », mais ça ne va pas durer...

Actu'APH : Le mouvement s'est étendu dans de nombreux hôpitaux du pays, êtes-vous en contact avec d'autres hôpitaux ? Œuvrez-vous ensemble pour agrandir le mouvement ?

Antoine Pons : Nous sommes en contact avec d'autres collègues sur le territoire assez régulièrement. Notre présence sur tous les réseaux sociaux nous permet d'expliquer comment organiser la minute de silence. Nous avons créé un « kit minute de silence » inspiré de nos erreurs du début de la mobilisation. Ce kit contient un mail type, des astuces, le texte à lire pendant la minute de silence. Nous le diffusons par mail à tous ceux qui nous sollicitent.

Sébastien Harscoat : Nous y travaillons tous les jours, ce qui nous demande énormément d'énergie. C'est le moment, ce n'est pas demain que nous ferons changer les choses. Cet enjeu est très important donc nous travaillons en concertation avec de nombreux collègues, faisant partie de collectifs ou syndiqués. Nous voulons que tout le territoire soit « contaminé » afin de faire avancer les choses. C'est en bonne voie.

Floriane Zeyons : Nous communiquons avec des collègues partout en France via un groupe WhatsApp encore une fois ! Nous avons des structures en place via le CIH (Collectif Inter-Hôpitaux). Leur réseau nous a aidés à mettre un maillage en place. Le mouvement grandit mais ce n'est pas toujours facile, cela dépend du contexte local. Nous donnons les outils à ceux qui veulent participer au mouvement, via notre site et les réseaux sociaux.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

Retrouvez toutes les infos sur la mobilisation sur :

Le site web : <https://minute-de-silence-hopital.fr>

Facebook :
<https://www.facebook.com/profile.php?id=100077598074380>

Twitter : <https://twitter.com/mhopitalpublic?s=11>

Instagram :
https://www.instagram.com/minutedesilence.hopital/?utm_medium=copy_link