



Actu'APH



Journal d'Action Praticiens Hôpital

n°3



**ACTION
PRATICIENS
HÔPITAL**



en association avec



**JEUNES
MEDECINS.FR**



Syndicat des Jeunes
Biologistes Médicaux



SYNDICAT DES
MEDECINS
PATHOLOGISTES
FRANCAIS



Syndicat des Psychiatres Français

Juin 2019

Elections professionnelles : on y est !

Actualités brûlantes pour ce troisième numéro d'Actu'APH. Quand vous lirez ces lignes, les élections professionnelles devraient être tout juste commencées. Une semaine pour voter en ligne, afin de donner une véritable légitimité aux syndicats médicaux hospitaliers.

La réforme du statut unique de praticien hospitalier, de la gouvernance et du management hospitalier est engagée. Les concertations sont prévues jusqu'à la fin juillet et avancent très différemment. APH & JM ont exigé l'ouverture de négociations salariales, indispensables pour restaurer l'attractivité des carrières médicales à l'hôpital.

Le projet de loi de santé prévoit la généralisation des Commissions médicales de GHT et va ainsi modifier le champ de compétences des CME.

Le projet de loi relatif à la fonction publique a également de nombreuses incidences sur les personnels médicaux hospitaliers, notamment en ce qui concerne les instances de dialogue social intra établissement comme le CHSCT. Enfin, une jurisprudence européenne va modifier la donne en ce qui concerne le décompte du temps de travail.

Tous ces sujets nécessitent que votre voix soit par portée par des syndicats forts et représentatifs. Alors faites le savoir et **VOTEZ POUR LES LISTES ACTION PRATICIENS HÔPITAL & JEUNES MEDECINS.**

Jacques Trévidic, Président APH



SOMMAIRE

ELECTIONS	3
ENQUETE	
“Sur...” Tension aux urgences	6
INTERVIEW	
#1patient1équipe : une campagne nécessaire !	8
REFLEXION	
SI-VIC OU CI-GIT, de l'extinction du secret médical	10
LA PAROLE...	
...au SNPADHUE : la nouvelle réforme de la procédure d'autorisation d'exercice	10
...aux chirurgiens : chirurgiens, pour que l'exercice s'améliore, votez et syndiquez-vous !	14
LE GRAND DÉBAT	15
ACTUALITÉS	17
PETITES ANNONCES	18

ISSN : À VENIR

DIRECTEUR DE PUBLICATION : CHRISTIANE MURA

RÉDACTEUR EN CHEF : JACQUES TRÉVIDIC

COORDONATEUR DE LA RÉDACTION : RICHARD TORRIELLI

RÉDACTEUR : SAVERIA SARGENTINI

COMITÉ DE RÉDACTION : HICHEM ASSAMI, HELENE BERINGUIER, MARC BETREMIEUX, PASCAL BOISSEL, FRANÇOIS BRAUN, DENIS CAZABAN, JEAN-FRANÇOIS CIBIEN, JOËL CUCHEROUSSET, ANNE DAVID-BREARD, OLIVIER FLECHELLES, JEAN GARRIC, JEAN-MARIE LELEU, XAVIER PALETTE, CHRISTIAN LE PROVOST, PASCALE LE PORS-LEMOINE, RENAUD PEQUIGNOT, NICOLE SMOLSKI, ANNE WERNET, SALEM ZEIN

EDITEUR : EKTOPIC

EKTOPIC@EKTOPIC.COM

PETITES ANNONCES : K. TABTAB

K.TABTAB@RESEAUPROSANTE.FR

IMPRESSION : IMPRIMATUR



La plateforme APH & JM

L'hémorragie actuelle des Praticiens Hospitaliers, qui a des conséquences dramatiques dans certains établissements malgré nos alertes et propositions depuis 20 ans, a des causes parfaitement identifiées : cette plateforme répond aux enjeux de responsabilité, de rémunérations et de statut qui permettra de faire revenir les médecins et pharmaciens à l'Hôpital, pour un exercice valorisé et sécurisé, avec reconnaissance des investissements de chacun.

La politique du « seul patron à l'Hôpital » incarné par le directeur est un échec. Seule la codirection médico-administrative permettra d'améliorer les soins en contenant les coûts.

La plateforme d'Action Praticiens Hôpital & Jeunes Médecins est portée lors de toutes les négociations avec la DGOS. Elle concerne notamment le statut - qu'il s'agisse des conditions d'exercices, des rémunérations ou des garanties sociales - et la gouvernance, des hôpitaux comme des GHT.

LE STATUT

① NOMINATION :

Seule la **nomination nationale des PH**, à partir d'une liste d'aptitude nationale constituée après un examen devant ses pairs, permet de garder notre indépendance professionnelle et la qualité des professionnels. Nous refusons fermement toute déclinaison à minima de ce principe, nous ne voulons pas être inféodés à une gouvernance locale ni voir se dégrader la qualité des recrutements de praticiens hospitaliers.

② CONDITIONS D'EXERCICE :

- **Un statut unique de Praticien Hospitalier** titulaire et contractuel, incluant 39 heures de travail hebdomadaires, avec création de valences : recherche, enseignement (avec tutelle par le ministère de l'enseignement supérieur selon le profil du PH), management, santé publique, clinique (lorsque le temps clinique dépasse 39 H hebdomadaires), ou syndicale.
- **Pas de période probatoire** après avoir exercé 1 an ou plus dans le service si le PH a donné satisfaction.
- **Modulation de l'activité en fonction du moment de la carrière** (nombre de gardes, responsabilités, activités d'intérêt général, enseignement, recherche).
- **Une durée de travail équitable : 24H valent 5 demi-journées**, soit la moitié du temps de travail hebdomadaire maximal quel que soit le mode de décompte du temps de travail.
- Décompte horaire pour les équipes qui le souhaitent.

③ RÉMUNÉRATIONS : EXIGENCE DE NÉGOCIATIONS SALARIALES IMMÉDIATES.

- **Pas de début de carrière en dessous de 5 000 € brut mensuel**, progression plus linéaire avec un échelon de 500 € tous les 3 ans jusqu'à 10 000 € en fin de carrière (11 échelons).
- Indemnité d'engagement de service public exclusif correspondant à 20 % du salaire de base.

- Revalorisation immédiate des gardes à 650 € pour tous les statuts, avec inclusion dans le temps de travail pour tous, H et HU.
- Reconnaissance des valences, financière ou par compensation du temps clinique, qui sera contractualisé avec le directeur ou la faculté, selon son type.
- RTT et CET pour tous les statuts, valorisés sur la base du salaire de base + 25 % puisque ce sont des heures supplémentaires.
- Cotisations retraites sur toutes les rémunérations H et HU, dont la valorisation des CET.

④ GARANTIES SOCIALES :

- Interdiction de toute mobilité forcée (pas de praticiens nomades sans volontariat).
- Reconnaissance du temps syndical comme pour toutes les professions du secteur public.
- Représentation des personnels médicaux au sein des formations spécialisées (FS) en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail avec désignation des membres par les organisations syndicales de praticiens représentées dans les Commissions régionales paritaires (CRP).
- Les CRP doivent voir leur rôle affirmé comme recours dans la résolution des conflits impliquant des praticiens, en cas d'échec de la conciliation locale.

LA GOUVERNANCE : ELLE DOIT ÊTRE REMÉDICALISÉE ET DÉMOCRATISÉE

Nous n'en finissons pas de subir les conséquences de la loi HPST et de l'instauration d'une gestion bureaucratique sur des objectifs financiers plus que humains et médicaux.

- Un directeur n'a pas de compétence médicale et les décisions stratégiques ne doivent pas mettre en difficultés la qualité de notre exercice médical. Pour cela, la CME doit avoir de vrais pouvoirs décisionnaires pour tout ce qui concerne la stratégie médicale, l'organisation et la qualité des soins, la gestion des personnels médicaux, la nomination des chefs de service et de pôles, et le budget à attribuer aux services de soins. La CME doit pour ça être composée entièrement d'élus, sans membres de droit. Le cas échéant, ils ne doivent pas avoir le droit de vote.
- Le temps médical dévolu à la gouvernance et aux institutions doit être compensé dans les services.
- **L'entité importante pour le fonctionnement médical est le Service** - seul reconnu par l'Université - et pas le pôle, qui doit rester une entité de gestion financière.
- La nomination des chefs de service et de pôle doit être faite conjointement par le directeur et le PCME après avis des praticiens du service puis de la CME.
- L'articulation CME et CMG doit respecter les CME, le projet médical d'établissement et la gestion des ressources humaines médicales ; aux CMG échoit ce qui concerne la stratégie et le projet médical de territoire, ainsi que l'articulation avec les CPTS du territoire.
- **Le dialogue avec les ARS doit être l'œuvre du binôme Directeur-PCME**, notamment les aspects budgétaires qui doivent prendre en compte les critères de pertinence et d'efficacité médicale.

L'Hôpital va mal, le constat est hélas partagé par tous. Il ne peut pas se passer de médecins, et un choc d'attractivité doit avoir lieu au plus vite : seules les Intersyndicales s'étant clairement exprimées contre la loi HPST, c'est à dire AH, CPH et les Jeunes Médecins, regroupées en APH & JM, ont la légitimité pour contraindre les tutelles à conduire cette mutation.

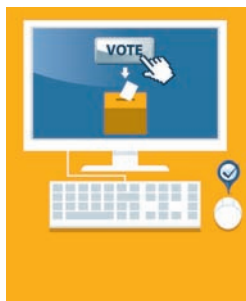
Du 25 juin au 2 juillet : élections professionnelles



Le calendrier des élections professionnelles :

Du 25 juin au 2 juillet : c'est le moment de VOTER ! (Que ce soit pour le CSPM, la CSN ou le CD les dates sont les mêmes).

2 juillet : dépouillement et annonce des résultats sur le site du CNG pour la CSN et le CD
dépouillement immédiat, procès-verbal et proclamation des résultats sur le site Internet du ministère des Solidarités et de la Santé pour le CSPM.



Comment voter ?

Pour le CSPM sous la compétence de la DGOS je me connecte pour voter sur ce site :

www.jevoteenligne.fr/dgos

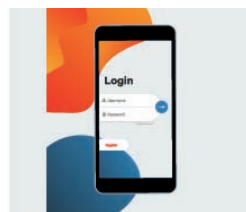
Pour la CSN et le CD sous la compétence du CNG je me connecte pour voter sur ce site :

www.jevoteenligne.fr/cng

De quoi ai-je besoin pour VOTER ?

- => Mon identifiant
- => Mon mot de passe
- => Mon numéro ordinal (les électeurs qui n'en ont pas recevront un numéro spécifique par courrier)

ATTENTION : Les codes de vote (identifiant et mot de passe) pour la CSN/CD sont distincts de ceux du CSPM.



Comment s'identifier pour voter ?

Le moyen d'authentification a été communiqué aux électeurs par mail le 7 juin. Pour les électeurs ne disposant pas d'adresse email, l'envoi de l'identifiant se fait par courrier à l'adresse postale personnelle ou professionnelle connue.

J'ai perdu mes codes de vote que dois-je faire ?

Il suffit de se connecter sur le site de vote et en demander la réattribution.



CNG

Commission Statutaire Nationale (CSN) Conseil disciplinaire (CD) :

La CSN est composée de 6 membres PH titulaires et 6 membres HU, et autant de suppléants pour chacune des 7 spécialités.

Le CD est composé de 6 PH titulaires et 6 suppléants pour chacune des 7 spécialités.



la CNS et le CD se prononcent sur les insuffisances professionnelles, les titularisations et, pour le CD, les affaires disciplinaires.

L'objectif d'APH & JM:



- Défendre les collègues se retrouvant dans des situations locales qui peuvent les dépasser.
- Trouver des solutions humaines pour les cas plus complexes.



Puis-je voter depuis mon smartphone ou ma tablette ?

Oui, vous pouvez voter à partir de tout support informatique relié à Internet : ordinateur, tablette, téléphone que vous soyez chez vous ou sur votre lieu de travail.

Bon à savoir

La commission statutaire nationale (CSN) qu'est ce que c'est ?

Sous la compétence du CNG, la CSN donne un avis sur les dossiers de praticiens hospitaliers probatoires ayant fait l'objet d'avis locaux défavorables, les demandes de placement en recherche d'affectation et leur renouvellement, sur les dossiers de procédure d'insuffisance professionnelle ainsi que sur le suivi des praticiens en surnombre.

Le conseil de discipline (CD) qu'est ce que c'est ?

Sous la compétence du CNG, le CD donne un avis sur la situation des praticiens hospitaliers faisant l'objet d'une procédure disciplinaire.

Le conseil supérieur des personnels médicaux odontologistes et pharmaceutiques (CSPM) qu'est-ce que c'est ?

Sous la compétence de la DGOS, le CSPM est consulté sur les projets de loi et de décrets à portée générale relatifs à l'exercice hospitalier de ces professionnels ainsi que sur les projets de statuts particuliers qui leur sont applicables. Par exemple : avis sur le projet de loi OTSS (Ma santé 2022), le projet de loi de transformation de la fonction publique, le projet de décret relatif au conseil de discipline et à la commission statutaire nationale.



&



JEUNES
MEDECINS FR

DGOS

Le conseil supérieur des personnels médicaux (CSPM) :

Le CSPM, nouvelle instance, qui a vu le jour grâce à APH, est composé de 5 membres titulaires et 10 suppléments par collège (PH, HU et contractuels).



il donne des avis formels sur les textes législatifs et réglementaires concernant les personnels médicaux hospitaliers

Pourquoi voter APH & JM ?



- Elire des membres attachés à la défense de notre statut et proches de la réalité du terrain...
- ...dans la continuité de l'action d'APH pour la création du CSPM

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

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

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



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



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

« Sur... » Tension aux urgences !

La tension dans les structures de médecine d'urgence ne cesse d'attirer l'attention. Le sous-financement chronique de l'Hôpital Public responsable du sous-effectif médical et paramédical flagrant couplés à la suractivité des structures d'urgences sont des facteurs à l'origine de drames mais aussi d'un épuisement professionnel pour un nombre croissant de soignants. Samu-Urgences de France (SUdF) et le SNPHARE ont réagi conjointement à ces situations en lançant en janvier 2019, une enquête nationale dont l'objectif est de faire un focus sur les conditions d'exercice des médecins urgentistes à l'Hôpital Public. 1092 médecins urgentistes (MU) de toute la France métropolitaine et des DOM ont répondu à 77 questions sur l'organisation du travail, l'activité et leurs conditions de travail. L'échantillon est représentatif tant par le nombre que par la répartition géographique des médecins. Plus de 84 000 items ont été analysés et croisés au travers de cette enquête flash.

Des équipes sous dimensionnées et en souffrance résultat d'un travail à la chaîne aux urgences et au Samu

Les effectifs médicaux des structures de médecine d'urgence (Service des Urgences, Samu - Centre 15 et Smur) sont sous-dimensionnés au regard de leurs activités et du référentiel professionnel (SUdF). En effet, ces équipes sont incomplètes dans 85 % des cas avec une différence entre les effectifs médicaux en place et les effectifs cibles supérieure à 30 % est même relevée pour la moitié des praticiens ayant répondu à l'enquête.

Le temps non posté ou activité non clinique essentiel au bon fonctionnement du service et à la construction de parcours de soins coordonnés, est insuffisant : ce temps dédié n'existe que dans 16 % des cas.

Un tiers des MU déclarent que plus de 30 % de leurs collègues ont quitté « la mine des urgences », lors des trois dernières années.

« Un temps de travail posté déraisonnable fait le lit d'erreurs médicales »

Non-respect du temps de travail et du code du travail

Le temps travail hebdomadaire, limité à 48 heures, fixé par la réglementation européenne n'est pas respecté

puisque 83 % des MU ayant répondu à l'enquête travaillent au-delà de cette limite pour assurer le fonctionnement des services. Malgré les circulaires sur l'organisation du temps de travail des MU, de nombreux directeurs d'hôpitaux bafouent la réglementation : 61 % d'entre eux n'ont pas contractualisé ce temps de travail. Une nouvelle forme de travail forcé : 56 % des médecins urgentistes précisent qu'ils aimeraient ne plus faire de temps additionnel mais se sentent obligés vis à vis de leurs collègues et de la permanence et de la continuité des soins.

Une pénibilité accrue aux horaires de la permanence des soins

La charge de travail est significativement augmentée la nuit et les week-ends témoignant d'une désorganisation de notre système de soins. Deux tiers des médecins assurent plus de six gardes par mois et 46 % des urgentistes travaillent trois jours de week-end par mois, voire quatre dans 31 % des cas.

Le travail est généralement mutualisé entre les urgences et le Smur pour 88 % des praticiens et dans 30 % des cas, l'activité est réalisée sur plusieurs sites.

Une utilisation croissante de l'intérim médical

Le recours à l'intérim est présent dans 62 % des équipes sans diminuer pour autant la charge de travail des praticiens titulaires. Son impact sur les budgets hospitaliers est démesuré par rapport à la plus-value attendue.

Des dysfonctionnements persistants en aval des urgences

40 % des médecins interrogés travaillent dans un service d'urgence de plus de 50 000 passages et deux-tiers des sondés sont confrontés à une recherche quotidienne de lits d'aval. Depuis octobre 2015 et la campagne de sensibilisation de SUdF sur la gestion des lits d'aval ou « No Bed Challenge » et malgré les promesses gouvernementales, chaque matin en arrivant aux urgences, six praticiens sur dix constatent entre 5 et 20 patients en attente sur un brancard. De plus, 37 % des médecins déclarent ne pas avoir de service de brancardage dédié pour la gestion des urgences. Les Samu-Centre 15 insuffisamment dotés en personnels.

En regard de l'activité, le nombre de médecins régulateurs est insuffisant pour 65 % des répondants. Dans la moitié des réponses, il n'y a qu'un seul médecin régulateur par nuit. Le nombre d'assistants de régulation médicale est insuffisant dans un tiers des cas et leur temps de formation continue est inférieur à 10 heures par an.

Analyse

SUdF et le SNPHARE sont très inquiets de la situation actuelle de nos structures de médecine d'urgence car l'activité continue à augmenter de 10 % par an alors que la pénurie médicale des structures de médecine d'urgence de l'Hôpital Public s'accroît : cette situation est explosive !

Toujours plus avec encore moins...

Un temps de travail posté déraisonnable fait le lit d'erreurs médicales : c'est une des causes reconnues de morts évitables et c'est aussi une source d'épuisement professionnel.

Travailler la nuit et le week-end est source de désocialisation et accentue la pénibilité de l'exercice en structure de médecine d'urgence. Il n'existe à ce jour aucune reconnaissance de cette pénibilité. Sur le plan pécuniaire, par exemple, cette activité est valorisée à hauteur de 15 euros de l'heure pour les médecins hospitaliers et 30 euros de l'heure pour les médecins hospitalo-universitaires.

Le principe de l'esclavagisme moderne est né sous couvert d'une nécessité de service et de continuité des soins, les soignants et les médecins sont passés au « presse-soignants » de l'administration. Les poli-

tiques au lieu d'entendre les cris de ceux qui sont contraints à petit feu se tournent vers les gestionnaires d'une administration centrale et les rapporteurs experts payés à grand frais pour des rapports d'une vacuité sans fond.

Arrêtons de réunir des commissions, de payer des audits ou des rapports pour palier au coup par coup à cette situation. J'ai fait un rêve et je me suis réveillé : une commission « urgences » réunissant quelques experts métiers et financiers, politiques, usagers, syndicalistes du monde de l'urgence produit d'ici 6 mois une expertise sur le diagnostic de l'état de nos services, de nos soignants et détermine les objectifs et les moyens à mettre en œuvre pour les atteindre. Cela semble toujours impossible à réaliser jusqu'à ce qu'on le fasse et que nos choix reflètent nos espoirs et non nos peurs : femmes et hommes, soignants, médecins, notre combat pour un juste soin est le bon.

« Les effectifs médicaux des structures de médecine d'urgence sont sous-dimensionnés au regard de leurs activités et du référentiel professionnel »

Nous verrons renaître l'hôpital de la bienveillance des cendres de l'hôpital-usine et d'une politique de santé aveuglée par l'instant présent et la tarification à l'activité système de faux semblants qui pousse à une médecine déshumanisée et à des actes de soins inutiles voir dangereux... Faisons que nos choix relèvent de nos espoirs plutôt que de nos craintes et faisons que nous, les soignants, retrouvions notre place dans la cité et surtout dans la gouvernance de l'Hôpital Public. Ce dernier a été brûlé dans sa chair, dans son architecture et rappelons à nos dirigeants que l'Hôpital a toujours été au cœur de la société au fil des siècles. Il est temps de lui redonner sa mission et les moyens de l'accomplir pour que le vivre ensemble en bonne santé soit une priorité retrouvée de ce doux pays.

Jean-François Cibien, Vice président SuDf

#1patient1équipe : une campagne nécessaire !

Pour en savoir plus sur la campagne 1 patient 1 équipe nous avons rencontré le docteur Ségolène Arzalier-Daret, présidente de la commission SMART CFAR. Cette campagne est destinée à « prévenir les conflits dits « aigus » au sein des équipes, tels que les incivilités, les violences verbales voire physiques, et à proposer des outils pour aider à leur gestion et leur analyse ».

Actu'APH : Travailler en équipe ne va-t-il pas de soi dans un établissement de soins ? D'où vous est venue la nécessité de cette campagne pour le promouvoir ?

Ségolène Arzalier-Daret : Travailler en établissement, et à fortiori dans le service public, rend nécessaire la coopération entre plusieurs métiers et corps professionnels autour de la prise en charge des patients. Or, nous assistons à une dégradation des conditions de travail et la survenue de problèmes d'organisation de plus en plus prégnants qui impactent directement les équipes et la qualité de leur travail. Par ailleurs l'accélération des rythmes et le management par objectifs a fait perdre non seulement le sens du travail, mais aussi les temps d'échanges indispensables à la construction collective du travail. Il n'y a plus de temps de partage d'information, et la mauvaise communication est l'une des principales causes retrouvée dans l'enquête SMART-CFAR (www.cfar.org) réalisée en 2018 chez 1916 professionnels. Plus de 30 % des professionnels interrogés déclarent avoir déjà été auteurs de violences envers un autre professionnel. La majorité des déclarants rapporte une aggravation des situations conflictuelles depuis 10 ans. La loi HPST, via l'organisation en pôles, a dilué les équipes médicales et paramédicales. Tout est à la mutualisation des « ressources » : la notion d'équipe n'existe plus.

« Depuis HPST, tout est à la mutualisation des « ressources » : la notion d'équipe n'existe plus. »

Nous avons souhaité sensibiliser les soignants sur cette nécessaire notion d'équipe : nécessaire pour les patients car le travail d'équipe impacte la qualité des soins, mais nécessaire aussi aux soignants car

la cohésion protège du stress lié au travail et de l'émergence des troubles psycho-sociaux. Nous avons donc choisi de mener la campagne #1Patient1Equipe pour faire la promotion du travail en équipe et proposer des outils d'aide à la prévention, à la résolution et à l'analyse de conflits.

Actu'APH : N'y a-t-il pas des lieux de l'hôpital public, ou de la clinique privée, où les situations conflictuelles sont davantage délétères pour le travail en équipe ?

Ségolène Arzalier-Daret : Il existe des lieux clos, soumis à de fortes pressions et de forts enjeux pour les patients : le bloc opératoire par exemple, microcosme sociétal complexe, dans lequel divers corps professionnels travaillent ensemble à la prise en charge des patients. Ces diverses professions et spécialités médicales ne partagent pas forcément les mêmes priorités, les mêmes visions, les mêmes valeurs ni les mêmes organisations de travail. C'est aussi le cas pour l'ensemble des plateaux techniques lourds. La course à la productivité et la tarification à l'activité font perdre de vue le sens premier de notre métier et engendrent des conflits éthiques chez les professionnels, favorisant la souffrance psychique et les débordements émotionnels lorsque l'on prend conscience du sentiment de ne pas bien faire son travail du fait d'une organisation trop rigide et délétère.

Actu'APH : Comment affronter la forte personnalité de certaines personnes, ou la prééminence supposée de certaines disciplines, qui représentent des obstacles à un travail en équipe harmonieux ?

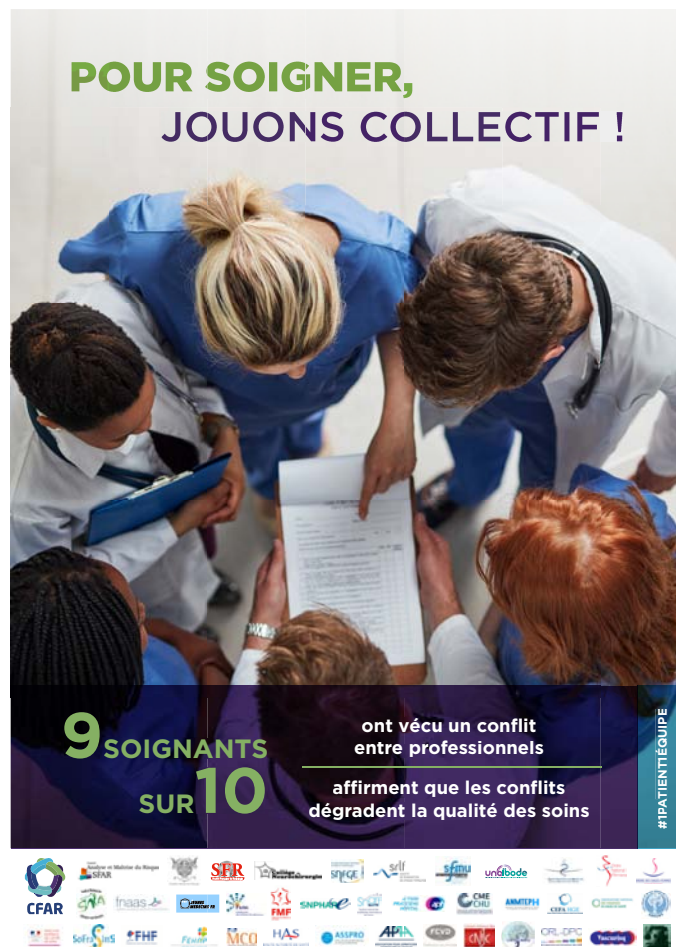
Ségolène Arzalier-Daret : Les conflits liés à une forte personnalité représentent moins de 10 % des conflits dans la littérature. Malgré cela il existe des propositions d'action lorsqu'un individu est à l'origine

« Tant que les soignants éprouveront une perte de sens et une érosion de leurs valeurs en travaillant de façon dégradée, il y aura des conflits. »

de violences, allant jusqu'à prévenir les autorités lorsque ce comportement est répété et l'individu récalcitrant à témoigner du respect sur son lieu de travail. Cela implique un leadership fort et un affichage transparent sur la façon dont l'établissement gère des comportements inacceptables. Mais cela ne suffit pas, il est nécessaire de s'intéresser aussi aux causes : la construction de l'identité professionnelle lorsque la formation promeut des qualités d'endurance, de pugnacité, un investissement, une rigueur hors norme, et où la hiérarchie est omniprésente et possiblement violente. Beaucoup de professionnels reproduisent les comportements qu'ils ont vu ou subit. Il est de la responsabilité de chacun de montrer l'exemple au quotidien par un comportement mesuré et respectueux, surtout dans les situations conflictuelles, en recherchant à être constructif (des outils sont disponibles sur le site www.cfar.org/1Patient1Equipe/ sur la façon de réagir face à un comportement hostile ou même sur la façon d'exprimer un désaccord face à un collègue ou supérieur hiérarchique). Il faut agir dès la formation, les études médicales, en général, ne favorisent pas la collaboration et prônent l'excellence individuelle. Les étudiants n'apprennent pas à connaître et à travailler avec d'autres corps de métiers. Intégrer l'apprentissage du travail en équipe dans les études et proposer des formations tout au long de la carrière, via la simulation pluri-professionnelle par exemple, est une piste à considérer.

Actu'APH : Sur quels partenaires vous appuyez-vous pour soutenir cette campagne ?

Ségolène Arzalier-Daret : Nous avons souhaité que l'ensemble des professionnels travaillant sur les plateaux techniques soit représenté, ainsi que les institutions, par les moyens qu'elles doivent mobiliser pour prévenir les situations de conflits et améliorer les organisations de travail. Nous avons à ce jour 43 partenaires, dont la liste est affichée sur le site et qui se sont engagés à diffuser la campagne. Les professionnels doivent s'emparer de



cette question des conflits, et en discuter en équipe. Nous cherchons à provoquer des prises de conscience sur la façon dont nous travaillons et sur la nécessité d'imposer des temps d'échanges formels et informels. Les outils d'aide à la cohésion d'équipe, dont certains ont été élaborés par la HAS, implique du temps, qu'il faut réclamer à son institution.

Actu'APH : Pensez-vous que ce combat aura un jour une fin, ou ne sera-t-il pas nécessaire de relancer sans cesse cette nécessité du travail en équipe ?

Ségolène Arzalier-Daret : Tant que les soignants éprouveront une perte de sens et une érosion de leurs valeurs en travaillant de façon dégradée, il y aura des conflits. Il faut une refonte de l'hôpital. Certaines équipes fonctionnent, des personnes qui se connaissent, qui ont du temps, du recul sur leurs pratiques et un leadership fort et bienveillant. Le travail en équipe s'apprend, mais les conditions doivent être réunies et les moyens mis en place pour que ça marche.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

SI-VIC OU CI-GIT, de l'extinction du secret médical ?

Les désolantes « péripéties » de l'application SI-VIC pour ne pas l'appeler fichier est une illustration supplémentaire et lamentable de la mort à petit feu du secret médical. SI-VIC désigne le système d'information pour le suivi des victimes. Il a fait la une de l'actualité fin avril 2019 après que le Canard Enchaîné ait révélé que des informations confidentielles concernant des « gilets jaunes » ayant consulté dans des hôpitaux de l'AP-HP auraient été dévoilées. Quels que soient les faits objectifs de cette triste affaire, son exposition dans le débat public pose la question du secret médical.

Les exemples foisonnent de l'effritement du secret médical. Sans pouvoir ici tous les recenser, rappelons-nous qu'en 2007 avec la loi « Droit au logement », le législateur a prévu que le dossier médical du demandeur de logement fasse partie des pièces communicables au bailleur (article 35 de la loi). Même si l'exécutif de l'époque s'était empressé de dire qu'il s'agissait d'une erreur et qu'un simple certificat médical suffirait, l'oubli est significatif du peu de considération de notre société pour le secret médical.

De l'intérêt de l'histoire

La première version du Code pénal de 1810 prenait la pratique soignante comme modèle du secret médical. Un rappel de l'ancien article 378 qui tend déjà à être oublié, aussi bien la version initiale que celle modifiée en 1944 (ajouts en caractère gras) n'est pas du luxe : « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, ou par fonctions temporaires ou permanentes des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cinq cents francs à quinze mille francs. »

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, en s'inspirant des termes du serment d'Hippocrate, considère que « le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris » (article 4 du Code de déontologie médicale et R.4127-4 du Code de la santé publique). Si on prend cette définition au pied de la lettre, il s'agit d'un champ très étendu et qui

obligerait le médecin à se taire en toute circonstance. Malheureusement, il ne semble pas qu'il en soit ainsi.

La Loi ne définit pas ce qu'est un secret. L'origine du secret professionnel dans la mythologie est bien connue. Le roi Midas cachait ses grandes oreilles sous ses cheveux, mais son barbier découvre le secret et jure de ne pas le dévoiler. Pour ce faire, il le dissimule dans la terre au pied de roseaux, mais avec le vent, le secret se répand et est découvert. La morale de l'histoire montre qu'il est bien difficile de garder un secret caché.

De l'intérêt général à l'intérêt du patient

La Loi a voulu garantir la sécurité des confidences qu'un particulier est dans la nécessité de faire à une personne dont l'état ou la profession la destine à les recevoir, et en considérant que cette garantie se faisait dans un **intérêt général et d'ordre public** (Crim. 19 nov. 1985, Bull.crim. N° 364) et que ce principe était **général et absolu, et qu'il n'appartient à personne d'en affranchir** les dépositaires (Crim. 8 mai 1947, Bull.crim. N° 124).

La loi du 4 mars 2002 a apporté des précisions sur les échanges d'informations entre professionnels de santé participant à la prise en charge du patient. C'est à ce propos qu'on peut trouver sur le site du CNOM (consulté le 1er mai 2019), à l'onglet Public/Le secret médical, la notion de secret « partagé » (texte du 03/10/2012), mais avec des guillemets pour « partagé » et concernant un partage qui ne l'est qu'entre plusieurs professionnels de santé engagés dans une prise en charge thérapeutique commune.

La loi du 23 janvier 2016 a élargi le champ des partages

d'information qui n'est pas uniquement cantonné à une équipe de soins. Il y est question d'informations strictement nécessaires à la prise en charge et d'un partage soumis à l'accord, très théorique, du patient qu'il peut même donner sous forme « dématérialisée ». Il est fait état 5 fois dans le texte de la loi du « secret médical » et pas de secret partagé.

Durant ces dernières années, des autorités indépendantes ont obtenu dans leurs missions l'autorisation de consulter les dossiers médicaux, comme le Défenseur des droits ou le Contrôle général des lieux privés de liberté, mais il faut souligner qu'il s'agit toujours d'une possibilité **uniquement autorisée pour un médecin** de l'équipe de ces autorités indépendantes. Ce « détail » est important pour la suite de l'exposé.

De l'intérêt des patients à l'intérêt des institutions

Le milieu pénitentiaire est par « excellence » un endroit où l'on peut avoir des doutes sur le respect du secret médical. En prison, l'intimité n'existe pas. La vigilance sur la confidentialité des soins en devient encore plus exigeante. Les professionnels de santé, somaticiens et psychiatres exerçant en prison ont largement fait état des risques renouvelés et permanents de perte de confidentialité, que ce soit en participant à des « commissions pluridisciplinaires uniques » (CPU) ou en utilisant des dispositifs numériques pénitentiaires, GENESIS et dossier d'orientation et de transfert (DOT). Un argumentaire détaillé sur ce sujet peut être consulté sur le site www.asmpmp.fr.

Dans tous les cas, le patient (détenu) risque d'être écarté de ces échanges d'informations qui le concerne pourtant au premier chef. **L'intérêt de l'institution domine et non celui du patient.** Il n'y a évidemment que les bonnes âmes et les naïfs plus ou moins droits-delhommistes pour prendre en considération les droits des « méchants ».

De l'intérêt d'on ne sait plus qui

Le dossier médical de l'utilisateur ayant le statut d'archives publiques est un exemple de confusion des genres. Jusqu'en 2008, les personnes qui pouvaient avoir accès au dossier médical d'une personne décédée, détenu par un établissement de santé, public ou privé,



étaient ses ayants droit pour des motifs précis si la personne ne s'y était pas opposée de son vivant. Depuis la loi n° 2008-696 du 15 juillet 2008 relative aux archives, l'accès au dossier a complètement changé. La circulaire n°DHOS/E1/2009/271 du 21 août 2009 relative à la communicabilité des informations de santé concernant une personne décédée ayant été hospitalisée dans un établissement public de santé ou un établissement de santé privé chargé d'une mission de service public explique le détail de la réglementation tout en essayant de corriger le tir.

En effet, **le dossier d'un patient est considéré comme ayant le statut d'archives publiques communicables de plein droit à toute personne qui le souhaite vingt-cinq ans après le décès de la personne, sans qu'elle puisse s'y opposer de son vivant.** Les établissements de santé sont tenus de conserver les dossiers **vingt ans** à compter de la date du dernier séjour. Il est évidemment étonnant que n'importe qui puisse aller consulter le dossier de son voisin, d'y apprendre les pathologies somatiques ou psychiatriques dont il a pu être affecté.

Probablement conscients du problème, les pouvoirs publics jamais à court de contradictions conseillent aux établissements de santé « d'organiser avec une particulière attention l'élimination des dossiers dès expiration du délai réglementaire et à être particulièrement attentifs s'agissant de dossiers ayant appartenu à des patients dont ils ont été informés du décès ».

Un argument souvent entendu pour combattre le secret médical consiste à dire que les citoyens honnêtes n'ont rien à cacher. Cet argument est évidem-

ment sans intérêt ici puisqu'il ne s'agit pas de comportements délictueux, mais simplement de la vie intime.

À qui donc profite cette réglementation ? A-t-elle été prise sans que la question des dossiers des patients ait été envisagée ? Où relève-t-elle de l'obsession contemporaine pour le culte de la transparence et donc de son revers : une méfiance généralisée presque paranoïaque ? Quel est l'intérêt d'une consultation sans restriction ouverte à tous et d'en priver des ayants droit ? J'espère ne jamais voir la communication en ligne de tous les dossiers médicaux et accessibles à tous, mais nous y sommes presque.

De l'intérêt des institutions à l'intérêt général

Retour à la case départ maintenant !

L'intérêt général qui était autrefois le socle du secret médical s'appuie maintenant sur la sécurité publique. Le partage d'informations permet aux pouvoirs publics, et notamment aux institutions sécuritaires, ministère de l'Intérieur/préfet et Administration pénitentiaire, d'avoir des informations qu'elles présument utiles pour remplir leur mission.

Parmi les exemples récents, on relève le **décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement, dit Hopsyweb** qui permet le fichage de patients hospitalisés sans consentement et à propos duquel plusieurs recours auprès du Conseil d'État ont été déposés par des organisations professionnelles (CRPA, SPH, CNOM) et soutenus par d'autres (UNAFAM, ASPMP, USP, FFP). Le SPH soutient, et le démontre, que ce décret s'inscrit dans la lutte contre la radicalisation. Dans son mémoire en défense en date du 25 avril 2019, le ministère de la Santé déclare : « *Le syndicat requérant ne démontre pas que cette finalité ne serait pas celle réellement poursuivie, et que la finalité de ce traitement serait en réalité la lutte contre le terrorisme* ». Et ce qui est incroyable et qui pose des questions logiques étonnantes, et indirectement suscite une inquiétude quant à la cohérence de l'État, est la parution d'une modification du décret qui prévoit un alinéa 6 à l'article 1 que le représentant de l'État sera informé « *sur l'admission des personnes en soins psy-*

chiatriques sans consentement nécessaire aux fins de prévention de la radicalisation à caractère terroriste » et un nouvel article (2-1) prévoit que « *pour la seule finalité prévue au 6° de l'article 1er, les noms, prénoms et dates de naissance figurant parmi les données mentionnées au 1° de l'article 2 font l'objet d'une mise en relation avec les mêmes données d'identification enregistrées dans le traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé FSPRT. Lorsque cette mise en relation révèle une correspondance des données comparées, le représentant de l'État dans le département où a eu lieu l'admission en soins psychiatriques sans consentement et, le cas échéant, les agents placés sous son autorité qu'il désigne à cette fin en sont informés* ». On remarque d'ailleurs que le décret se contente de citer l'acronyme FSPRT sans en déployer l'intitulé en « clair » : qui est fichier des signalements pour la prévention et la radicalisation à caractère terroriste. La CNIL interrogée sur ce projet de modification du décret du 23 mai 2018 évoque à plusieurs reprises le secret médical dans sa délibération n°2018-354 du 13 décembre 2018 (https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000038442727). Elle déclare que « La Commission est réservée sur la possibilité, pour le présent projet de décret, d'introduire une dérogation au secret professionnel qui permettrait aux agents accédant au FSPRT, d'être destinataires d'informations couvertes par le secret médical ». La presse et les réseaux sociaux ont rapidement réagi à la parution de ce décret. Par exemple cet article du Monde : https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/05/07/radicalisation-et-psychiatrie-les-donnees-de-deux-fichiers-pourront-etre-consultees-par-les-prefets_5459292_3224.html. En fonction de l'actualité, on imagine que pourraient être étendus à l'infini les motifs de surveillance pour des faits particuliers toutes les personnes hospitalisées en psychiatrie et suspectes d'être un danger pour la sûreté de l'État qui deviendrait un motif d'hospitalisation en psychiatrie. Et bien entendu, si un régime encore plus autoritaire se mettait en place, tous les outils lui ont été actuellement bien préparés. Une constance des gouvernants depuis la loi de rétention de sûreté de 2008.

Michel DAVID - Vice-président du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux. Président de la Fédération Française de Psychiatrie

au Syndicat National des Praticiens À Diplôme Hors UE (SNPADHUE) : la nouvelle réforme de la procédure d'autorisation d'exercice

La loi relative à l'organisation du système de santé de 2019, en cours de discussion au Parlement, va mettre en place un nouveau dispositif de régularisation des praticiens à diplôme hors UE (PADHUE) qui exercent depuis plusieurs années dans les établissements publics de santé comme praticiens attachés associés ou FFI sans autorisation d'exercice.

Cette nouvelle réforme comporte des dispositions transitoires qui prendront fin en décembre 2021 et des mesures d'amélioration de la procédure pérenne d'autorisation d'exercice qui est en place depuis 2005 (liste A ou concours).

Il s'agit de l'aboutissement d'une demande réitérée de notre syndicat et d'un long processus de discussion entamé depuis plus de 2 ans avec le Ministère pour trouver une solution juste et adaptée à la situation des PADHUE en exercice et non autorisés sans déroger aux exigences de formation et d'expérience demandées pour tous les professionnels du système de santé français.

On considère qu'il y a environ 3000 PADHUE, recrutés ces dernières années par les établissements publics de santé en manque de personnel médical, qui seront concernés par ces mesures. Ces praticiens se retrouvent après plusieurs années sans perspective de carrière et confinés indéfiniment sur des statuts précaires et sans garantie professionnelle.

À la différence des procédures précédentes de 2006 et 2012 qui exigeaient la réussite à des épreuves de vérification de connaissance et un exercice de 3 ans, la nouvelle procédure transitoire prévoit une pré-instruction des dossiers des candidats ayant un exercice récent de plus de 2 ans par des commissions régionales constituées par spécialité avant le passage décisif devant les commissions nationales d'autorisation d'exercice qui comprennent les commissions de qualification de 1ère instance pour chaque spécialité.

Il est prévu, à l'issue de cette réforme, la fin des statuts de praticien attaché associé et d'assistant associé rem-

placés par un nouveau statut unique et provisoire, celui de praticien associé d'intégration (PAI).

Le texte de loi (article 21 du projet de loi santé 2019) a été adopté par l'Assemblée nationale et doit être discuté au Sénat à partir du 14 mai 2019.

Un des critères d'éligibilité aux mesures dérogatoires est la présence un jour donné dans les établissements comme professionnel de santé. La date fixée dans le projet de loi initial était le 31/12/2018 avant d'être avancée au 31/10/2018 par les députés. Ce choix de critère très restreint risque d'exclure de nombreux PADHUE présents depuis plusieurs années comme professionnels de santé mais absents un jour donné pour des raisons diverses et variées (renouvellement de contrat, changement d'établissement, intermède de formation, etc.).

Le SNPADHUE demande, entre autres propositions, que ce critère soit élargi à un intervalle de temps, celui du second semestre 2018 (proposition faite aux sénateurs) dans le respect de l'esprit de la Loi.

Il n'en demeure pas moins que beaucoup de questions seront posées sur l'application de ce texte dans son ensemble d'où la nécessité d'ouvrir les discussions avec les représentants PADHUE, dès l'approbation du projet de loi, sur le décret et les arrêtés qui vont suivre.

Une gestion concertée par le Ministère de la suite de la procédure sera le gage de la réussite de cette nouvelle réforme dans l'intérêt du service public hospitalier au bord de la rupture et des PADHUE concernés, en manque de reconnaissance par le système de santé, en retrouvant la confiance dans une issue juste et adaptée.

*Dr Salem OULD ZEIN, Praticien Hospitalier –
Médecine Intensive et Réanimation - Président du
SNPADHUE (Syndicat National des Praticiens A
Diplôme Hors UE) - www.snpadhue.com*

...aux chirurgiens : chirurgiens, pour que l'exercice s'améliore, votez et syndiquez vous !

Un article paru dans Le Monde du 8-9 mai 2019 titrait « À l'hôpital, la médecine n'est plus un sacerdoce ». La médecine peut être pas, mais quid de la chirurgie ?

L'article, centré sur l'évolution générationnelle incontestable, mais parfois contestée par les praticiens plus âgés, soulignait cependant la nuance apportée par les internes de chirurgie : « *En choisissant la chirurgie, on s'y attendait forcément... que voulez vous, il existe encore des fous comme nous ... mais est ce qu'on ne finira pas par exploser en plein vol ?* »

Tout est dit. Certes les internes – en particulier de chirurgie – des années 80 travaillaient quasi systématiquement 80 à 100 heures par semaine, mais c'était dans la joie, la reconnaissance par tous - y compris cadres et administration - de la lourdeur de leur tâche, et la certitude de l'avenir.

Les patrons sont-ils plus durs en chirurgie ? Étant femme – des années 80 ! – j'ai eu la chance de n'en connaître que des rigoureux, ce qui, plus tard, fut salvateur dans les situations les plus compliquées. La maltraitance est inacceptable, mais la rigueur, toute particulière, de formation en chirurgie reste incontournable.

Plus que les horaires, ce sont plutôt l'ambiance générale, l'incertitude de clinicat pouvant mener à une compétition sans fin, la vie de SDF prolongée au delà de l'internat par les « postes partagés » qui posent problème, toutes contraintes que les générations précédentes n'ont pas, ou moins subies.

Les chirurgiens hospitaliers, quel que soit leur âge, ont en revanche en commun – et l'enquête réalisée en 2016 par Avenir Hospitalier (AH) le démontrait très bien - un sentiment de non reconnaissance de leur fort engagement et ce, à plusieurs niveaux :

- L'influence des chirurgiens sur la mise à disposition de moyens techniques modernes et évolutifs est étouffée par des choix administratifs surtout liés aux contraintes budgétaires immédiates
- La permanence des soins s'effectue en chirurgie très majoritairement en astreintes fréquentes ...et si dures et mal récompensées. Pour ceux – essentiellement obs-



tétriciens – qui sont en garde sur place, point de temps continu !

- Les projets de territoire sont souvent des projets plus politico administratifs que réellement médicaux et basés sur la qualité attendue des soins pour tous. Aux soignants pourtant d'en endosser ensuite la responsabilité.

Autant de nuages qui font que beaucoup de jeunes chirurgiens (80 % en orthopédie) partent directement dans le privé, qu'à la quarantaine, beaucoup de chirurgiens hospitaliers décident de le rejoindre ... et qu'à partir de la cinquantaine d'autres sollicitent leur commission statutaire en vue d'une réorientation

L'enquête d'AH était formelle : la vocation de chirurgien et l'amour du métier restent intacts, ce sont les conditions d'exercice qui découragent les chirurgiens hospitaliers

PROBLEME : en parler dans les couloirs de blocs opératoires ne suffit pas, encore faudrait-il qu'au-delà des praticiens hospitaliers qui ensemble dénoncent à juste titre le management actuel, et la sous rémunération, les chirurgiens unis, toutes spécialités confondues se mobilisent pour souligner l'importance pour l'hôpital, de la vitalité de la chirurgie : il est urgent de redonner de l'attractivité aux carrières de chirurgiens hospitaliers avec des conditions d'exercice serein au sein d'équipes stables et complètes aussi bien en anesthésie qu'en chirurgie. Sans nier la nécessité d'efficience, la qualité et l'humanité des soins ne doit en aucun cas s'effacer devant la productivité.

C'est tout le sens de l'engagement d'APH qui présente aux élections de juin prochain des listes de chirurgie (PH et PU) résolument dynamiques.

Il y a urgence : VOTEZ !

*Pascale Le Pors Lemoine, Vice-présidente du SYNGOF
Vice-présidente de Avenir Hospitalier*



LeGrandDebatSante.fr d'Action Praticiens Hôpital et Jeunes Médecins : une consultation indispensable pour construire un système de Santé pour tous

Le 2 mars 2019, APH et JM lançaient LeGrandDebatSante.fr, un site participatif où chacun a pu venir voter pour nos propositions et faire les siennes pour les soumettre à leur tour aux votes de tous les visiteurs. Une plateforme a été créée, avec 5 grands thèmes comportant initialement trois ou quatre problématiques chacun, et trois propositions pour chacune des problématiques. Plus de 8 000 votes ont été enregistrés sur cette plateforme ! Ils émanaient de plus de 1 000 votants, dont 48 % de médecins, 17 % d'autres soignants et 37 % de non-soignants. La majorité des propositions a mis tout le monde d'accord indépendamment de son rapport au système de Santé.

Offre de soins Hospitalière

L'adhésion de toutes les catégories de répondant a été massive sur toutes les propositions : cesser les restrictions, rajouter des soignants et des médecins. Les questions budgétaires ne rebutent personne, chacun semblant très au clair sur le coût engendré par l'amélioration du système de Santé, mais il faut « considérer que la Santé est une nécessité et non un coût », comme le propose un visiteur engrangeant 92 % de votes positifs ! Sans surprise, la coercition à l'installation est rejetée massivement par les médecins et approuvée par une majorité d'usagers...

Professionnels de Santé à l'Hôpital Public

La dégradation des conditions de travail sont pointées par 97 % des répondants ! Et 100 % d'entre eux martèlent qu'il faut limiter les tâches adminis-

tratives des soignants. Ce qui ne veut pas dire les écarter de la gouvernance bien au contraire, puisque plus de 92 % souhaitent une gouvernance médico-administrative, et 90 % pensent qu'HPST en imposant le directeur-patron d'entreprise a démotivé l'ensemble des acteurs de santé tout en éloignant certains directeurs de la réalité du terrain.

Protection Sociale

L'adhésion aux principes de la Sécu est totale : pour plus de 95 % des répondants, l'État devait cesser de la ponctionner, et devrait lutter activement contre les fraudes des employeurs. Plus de 90% des répondants soutiennent en outre l'idée proposée par APH que la Sécu puisse faire « mutuelle » pour ceux qui le désirent, 93 % partageant le constat que les mutuelles et les assurances santé entraînent un surcoût global pour le système de Santé en incitant à consommer des soins. 88 % souhaitent diminuer les niches sociales sans contrepartie obligatoire

en termes d'emploi, et autant souhaitent dérembourser les médicaments inutiles ou dangereux. Deux tiers des répondants souhaitent la fin de la « mutuelle obligatoire » en vigueur dans le secteur privé. En revanche, à peine plus de la moitié soutiennent la taxation des produits très sucrés au profit de la Sécu, et autant souhaitent annuler la dernière hausse de la CSG !

Disciplines les plus exposées médiatiquement

Concernant les urgences, le constat est massivement partagé qu'il faut plus impliquer la médecine de ville pour le pré-tri. Et 100 % des répondants estiment qu'il faut généraliser les gardes de 12H au lieu de 24 !

Le soutien à la psychiatrie sinistrée est de 100 %, notamment sur la pédopsychiatrie. Toutes les propositions d'augmentation de moyens, y compris en IPA, recueillent un soutien large.

L'obstétrique a su convaincre qu'il fallait concentrer les centres autour des plateaux techniques suffisants après partage unanime du constat qu'il manque des anesthésistes et des obstétriciens. 78 % soutiennent qu'il faut fermer les maternités faisant moins d'un accouchement par jour.

Enfin, la prise en charge des sujets âgés est fortement soutenue, qu'il s'agisse des moyens humains, des besoins de formation, et de la création d'une cinquième branche de la Sécu : les Français ne renâclent pas devant la dépense face à cet enjeu non plus.

Projet Jeunes Médecins

Les Jeunes Médecins ont proposé des options audacieuses qui ont rencontré des succès divers. 100 % des répondants ont soutenu l'idée de charges proportionnelles aux revenus et pas au forfait lors de l'installation. Les propositions de privilégier le secteur libéral sur le public ou la médecine générale sur les autres spécialités sont approuvées par la moitié des répondants. On peut aussi noter un couple de réponses étonnantes : seuls 37 % sont pour le libre choix en secteur 1 ou 2 à l'installation, mais ils sont le double à accepter l'idée de pouvoir facilement changer de secteur ensuite ! L'amélioration du début de carrière hospitalière en supprimant les

statuts précaires est massivement soutenue, de même que la proposition d'introduire des cours de management dans les études de médecine (94 %). La proposition innovante de créer des directeurs de l'offre de soin libérale pour les futures CPTS est approuvée par 86 % des répondants.

Boite à Idées

Celle qui arrive en tête est extrêmement spécialisée : il faut un radiopharmacien dans les centres libéraux de médecine nucléaire ! Il semble qu'un syndicat d'une autre intersyndicale que nous ne nommerons pas s'est passionné pour le site proposé par APH et a massivement rameuté ses troupes pour appuyer sa proposition !

Ensuite, viennent des propositions de bon sens : l'amélioration des retraites des médecins, actuellement peu favorables, diminuer la charge d'astreintes et de gardes des médecins en fin de carrière, « repenser la politique vaccinale » : sans qu'il soit très bien explicité par le groupe qui a porté cette proposition le sens dans lequel il faudrait repenser cette politique...

Une proposition de tenir compte des gardes dans un calcul de pénibilité permettant d'améliorer la pension de retraite est également bien placée, de même que l'harmonisation des statuts des universitaires avec ceux des PH, notamment en ce qui concerne les cotisations de retraite.

Côté conditions de travail, un visiteur a proposé que tous les hôpitaux aient une crèche pour les enfants du personnel.

Les deux dernières parmi celles qui ont recueilli le plus de suffrages sont l'introduction des directives anticipées dans la carte vitale (ou dans le futur DPI ?), et la suppression de l'Ordre des Médecins : on aime ! Surtout que cette proposition a été faite avant l'enquête d'un hebdomadaire satirique sur la gabegie invraisemblable de cette organisme vivant grassement de nos cotisations pour un service rendu qui n'est pas clair pour la majorité des Praticiens Hospitaliers...

Renaud Péquignot, Vice Président d'APH

Statut unique de PH

Le groupe de travail constitué par la DGOS piétine en raison du blocage politique sur le principal sujet : les rémunérations. Action Praticiens Hôpital et Jeunes Médecins ont demandé l'ouverture immédiate de négociations salariales, indispensables pour restaurer l'attractivité des carrières médicales hospitalières et hospitalo-universitaires. Tant que ce thème ne sera pas abordé, les dérives de l'intérim et la déstructuration des équipes ne feront que s'aggraver. L'échec des précédents plans d'attractivité est là pour le prouver.

De même, doit être absolument préservé le principe d'une nomination nationale à partir d'une liste d'aptitude nationale à laquelle on accède par un examen devant ses pairs. C'est l'indépendance de notre exercice qui en dépend.

Gouvernance hospitalière

Une profonde réforme est en préparation, au sein d'un autre groupe de travail qui avance mieux que le groupe sus-cité. Au menu, la création des Commissions Médicales de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) et leur articulation avec les CME locales, les rapports entre président de CME/CMH et directeur, la démocratie interne au sein des établissements. Nous devons juger sur le résultat mais les échanges nombreux entre les acteurs hospitaliers sont encourageants.

Management

Dernier groupe de travail piloté par la DGOS, son état d'avancement est à mi-chemin entre les deux précédents. Néanmoins, les participants s'efforcent d'avancer ensemble pour définir et évaluer les critères d'un bon management.

Temps de travail

Une récente décision de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) repose la question du temps de travail et de son décompte. Action Praticiens Hôpital et Jeunes Médecins que l'erreur de décompte d'une journée de 24 heures (comptées 4 au lieu de 5 demi-journées) soit dorénavant corrigée. L'autonomie de notre exercice en dépend.

Conditions de travail

Le projet de loi de transformation de la Fonction publique prévoit de supprimer les Comités Techniques d'Établissement (CTE) et les Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) au profit d'un Comité social d'établissement et d'une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail.

Action Praticiens Hôpital et Jeunes Médecins ont exigé qu'une formation spécialisée du même type soit prévue pour les personnels médicaux. Les députés ont adopté un amendement qui précise que ces formations spécialisées « comprennent également, en tant que membres titulaires et suppléants, une représentation des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes. ».

La composition exacte sera précisée dans un décret en Conseil d'Etat.

Action Praticiens Hôpital et Jeunes Médecins se battront pour que cette représentation comprenne des élus syndicaux des personnels médicaux. L'effrayante succession de suicides et de souffrance au travail chez les médecins hospitaliers justifie amplement que ce sujet soit traité avec les syndicats des personnels concernés.

Elections professionnelles

Ce numéro d'Actu'APH y est largement consacré. Elles auront lieu par voie électronique du 25 juin au 2 juillet.

Jacques Trévidic, Président d'APH