



Actu' APH

Journal d'Action Praticiens Hôpital

n°4



Défense du service public hospitalier :

Appel à la mobilisation

lire pages 3 et 22

Octobre 2019

Appel à la mobilisation

Les élections professionnelles qui ont eu lieu fin juin – début juillet ont permis à APH-JM de remporter la majorité absolue (3 sur 5) des sièges dans le collège des PH et celui des contractuels au Conseil supérieur des professions médicales. Cette grande victoire est complétée par notre entrée au collège des hospitalo-universitaires (1 siège avec 30 % des voix) où nous n'avions pas d'élus.

Quant aux élections aux CSN et CD, les résultats montrent une très grande stabilité à l'exception de notre entrée dans les CSN HU pour 3 disciplines, ce qui est également nouveau.

APH-JM remercie leurs électeurs d'autant plus que les conditions du vote n'étaient pas optimales ce qu'illustre hélas la faible participation générale.



Ces bons résultats sont d'autant plus importants que l'actualité de cette rentrée comporte de nombreux dossiers brûlants : crise des urgences qui est le reflet de celle de l'hôpital public, attractivité des carrières de praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires en berne, place trop réduite des médecins dans la gouvernance hospitalière, financement insuffisant des dépenses de santé, nombreuses interrogations sur la réforme des retraites...

Tous ces thèmes vont nécessiter la mobilisation de toutes les composantes de la vie hospitalière et notamment, des personnels médicaux et pharmaceutiques que nous représentons. Nous comptons sur votre action au niveau local pour appuyer le mouvement général qui est en train de se mettre en place afin de défendre le service public hospitalier et la santé de nos concitoyens.

Jacques Trévidic, Président APH

SOMMAIRE

ÉLECTIONS

Conseil supérieur des personnels médicaux :
comment fonctionne-t-il ?4

INTERVIEW

Madame CNG : interview de Danielle Toupillier6

REFLEXION

Clause de non-concurrence : une absurdité pour l'attractivité
des carrières hospitalières !8

Clause de non concurrence : pour ou contre ?9

REFLEXION

La France championne du monde du « patienticide »
sur brancards aux urgences10

FOCUS

Territorialisation des activités médicales :
qu'est-ce qu'on nous prépare ?12

DOSSIER

La réforme du régime des autorisations : quelle réforme
pour l'offre de soins, quels impacts pour les professionnels ?14

Réforme des autorisations de soins : débats houleux pour la
périnatalité !19

INTERVIEW

Médicalisation de la gouvernance :
un chantier qui doit avancer ! : interview de Thierry Godeau20

COMMUNIQUÉ

Face à la crise, APH & JM appellent à la mobilisation générale22

PETITES ANNONCES23

ISSN : 2678-3606

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**

ÉDITEUR : EKTOPIC

EKTOPIC@EKTOPIC.COM

PETITES ANNONCES : K. TABTAB

K.TABTAB@RESEAUPROSANTE.FR

IMPRESSION : IMPRIMATUR

Conseil supérieur des personnels médicaux : comment fonctionne-t-il ?

Suite aux élections professionnelles de fin juin – début juillet, la composition du Conseil supérieur des personnels médicaux (CSPM) a été publiée au Journal officiel par un arrêté du 9 juillet 2019. Action Praticiens Hôpital - Jeunes Médecins a obtenu un siège sur cinq dans le collège des hospitalo-universitaires titulaires (HU), trois sur cinq dans le collège des hospitaliers titulaires (PH) et trois sur cinq dans le collège des praticiens non titulaires (PNT : contractuels, chefs de cliniques, assistants, attachés, associés). Chaque siège comporte un titulaire et deux suppléants.

Des résultats prometteurs pour l'avenir

Ce résultat est extrêmement positif car il donne à APH-JM la majorité absolue des sièges dans les collèges PH et PNT qui représentent chacun plus de 40.000 collègues, et introduit grâce aux 30 % de voix obtenues un de nos représentants au collège des HU où nous n'étions jusqu'alors pas représentés. Le CSPM est une instance très importante car il conditionne la représentativité des organisations syndicales des personnels médicaux hospitaliers et définit des critères permettant de participer à des négociations statutaires ou autres.

À l'instar des autres Conseils supérieurs de la fonction publique, il donne des avis formels sur les textes législatifs et réglementaires qui touche l'exercice des personnels concernés.

La constitution du CSPM en 3 collèges distincts attribue un rôle propre à chacun d'entre eux. Ce sont en réalité 3 CSPM distincts qui se juxtaposent. En effet, chaque collège discute et émet un avis formel uniquement sur les textes qui le concernent. Cela signifie que si, par exemple, une réforme du statut de praticien hospitalier temps plein ou temps partiel est engagée, seul le collège des PH aura à se prononcer à son sujet. Les autres collèges n'auront pas à s'exprimer et ne seront pas convoqués.

Se faire entendre

Ce n'est que dans le cas des textes communs à l'ensemble des statuts que les 3 collèges auront à émettre un avis, mais ces avis ne sont pas agrégés. Chaque avis sera recueilli pour chaque collège distinctement, et transmis au Conseil d'État tel quel.

Vos représentants APH-JM

1) Collège HU

- Titulaire : Pr Gisèle APTER
- Suppléants : Dr Raphael BRIOT, Dr Adrien BOUGLE

2) Collège PH

- Titulaires : Dr Jacques TREVIDIC, Dr Renaud PEQUIGNOT, Dr Anne WERNET
- Suppléants : Dr Maria CORTES, Dr François BART, Dr Pascale LE PORS, Dr Jean-François CIBIEN, Dr Carole POUPON, Dr Anne GERVAIS

3) Collège PNT

- Titulaires : Dr Emmanuel LOEB, Dr Franck VERDONK, Dr Israël NISAND
- Suppléants : Dr Elodie LEBREDONCHEL, Dr Marguerite HUREAUX, Dr Anaïs CODORNIU, Dr Élise MAMIMOUÉ, Dr Lamia KERDJANA, Dr Anne-Cécile PETIT.

« L'existence du CSPM est une garantie pour tous les sujets impactant nos conditions de travail, nos statuts de médecins et pharmaciens des hôpitaux. »

Dès lors, dans les négociations engagées avec les pouvoirs publics, si ces derniers souhaitent obtenir un vote favorable du CSPM sur les textes présentés,

ils auront intérêt à écouter plus favorablement les organisations majoritaires dans les collèges concernés. APH-JM ayant la majorité absolue des sièges dans les collèges PH et PNT, ce sont nos propositions qui auront le plus de poids pour tout ce qui les concerne.

Or nous sommes actuellement engagés sur différentes réformes importantes, en particulier celle du statut de praticien hospitalier. Les enjeux sont donc considérables. Si le gouvernement souhaite obtenir un vote favorable du CSPM, il devra tenir compte de la plateforme d'APH-JM.

« Si le gouvernement souhaite obtenir un vote favorable du CSPM, il devra tenir compte de la plateforme d'APH-JM . »

Le CSPM devait exister

Ainsi, si le CSPM n'est pas à proprement parler l'organe de négociation syndicale, son existence arrachée de haute lutte par APH est la garantie qu'elle aura lieu pour tous les sujets impactant nos conditions de travail et nos statuts de médecins et pharmaciens des hôpitaux.

Par exemple, après les négociations qui ont eu lieu à un rythme très intense sur la gouvernance des hôpitaux et le management des équipes, lorsque ses fruits auront été traduits en texte par la DGOS, nous devons nous prononcer sur ces textes avant qu'ils passent au Conseil d'État puis devant le Parlement (s'il s'agit d'une loi), pour les amender. Et il en sera de même après les concertations statutaires qui ouvrent dès ce mois de septembre avec la nouvelle directrice générale de l'offre de soins.

L'activité syndicale doit être reconnue !

Face aux questions centrales de la remédicalisation de la gouvernance, ou de l'attractivité – financière et matérielle - des carrières hospitalières, qui divisent les deux grandes alliances intersyndicales (APH-JM majoritaire face à INPH-CMH-SNAMHP), c'est APH-JM qui représentera la majorité absolue parmi près de 90 000 collègues hospitaliers, titulaires ou non.

Une question qui devra être rapidement réglée, en particulier pour les collègues non titulaires, sera celle des moyens syndicaux : actuellement, un chef de clinique ou un assistant n'a pas le droit statutaire de s'absenter pour participer au CSPM ! C'est donc encore trop souvent sur des repos de garde ou des RTT que les collègues viennent accomplir ce devoir indispensable. Cette précarité dans leur poste hospitalier se rejoue ainsi dans une précarité de leur fonction représentative, indigne de notre République. Pour les PH et les HU, si la liberté de s'organiser est plus importante, la reconnaissance de l'investissement dans les activités syndicales est essentielle.

*Jacques Trévidic, Président APH
Renaud Péquignot, Président d'Avenir Hospitalier*

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

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

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



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



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

Madame CNG

Depuis sa création en 2007, c'est Danielle Toupillier qui tient les rennes du CNG ! Elle a accepté de répondre aux questions de la rédaction pour dresser un bilan de son expérience en tant que directrice générale qui a pris fin le 1^{er} août 2019.



enseignants et hospitaliers (HU) et des praticiens hospitaliers (PH) aux dernières élections professionnelles de juin 2019 pour élire leurs représentants aux commissions statutaires nationales (HU : 25,3 % ; PH : 23,9 %) et aux conseils de discipline (PH : 23,7 %), contre 28 % en 2011. En effet, depuis les précédentes élections professionnelles en novembre 2011, les effectifs permanents de praticiens ont beaucoup progressé, passant de 46 600 à 50 600, soit + 10 000 praticiens, donc avec un plus grand nombre d'électeurs en 2019. Toutefois, il convient de préciser que les praticiens sont beaucoup moins syndiqués que d'autres corps professionnels comme par exemple celui des trois corps de directeurs qui comptaient 5 600 professionnels aux dernières élections de décembre 2018, avec un taux de participation de 78 %. De plus, de nombreux PH sont déjà très avancés dans leurs carrières et peuvent de fait « moins comprendre » l'importance et l'utilité de ces instances nationales, malgré une grande campagne d'information menée en lien avec leurs organisations syndicales.

Actu'APH : Êtes-vous satisfaite de la place qu'a acquise le CNG auprès des personnels médecins et directeurs d'hôpitaux ?

Danielle Toupillier : Grâce à un partenariat authentique, loyal et confiant avec les représentants institutionnels et professionnels des praticiens et des directeurs, le CNG a acquis au fil du temps une légitimité incontestable qui lui a permis de conforter et de renforcer ses missions depuis sa création, il y a douze ans. C'est un mouvement fort et, je le crois, irréversible. Avec l'équipe du CNG, nous sommes fiers et honorés d'avoir mis en place un établissement de l'Etat à l'écoute et en soutien aux acteurs des milieux sanitaire, social et médico-social et à ceux de l'Etat.

Actu'APH : Les élections professionnelles ont hélas vu une baisse substantielle de la participation des PH. À quels facteurs attribuez-vous cette baisse ?

Danielle Toupillier : Je crois qu'il faut relativiser la baisse observée dans la participation des personnels

« Le CNG a acquis au fil du temps une légitimité qui lui a permis de conforter et de renforcer ses missions. »

Actu'APH : Pensez-vous que le CNG va conserver sa place dans la gestion des nominations et des carrières de PH ?

Danielle Toupillier : Je reste optimiste sur l'avenir du CNG et sur sa capacité à moderniser la gestion nationale des professionnels qu'il gère, praticiens et directeurs, tant du point de vue de leur nomination que de leur carrière mais aussi sur le développement de leur parcours professionnel et l'intensification de leur accompagnement individuel et collectif pour soutenir leur exercice et la dynamique des GHT.

Actu'APH : Les syndicats de praticiens hospitaliers s'inquiètent de la multiplicité des suspensions en urgences effectuées à l'encontre de praticiens. Faut-il limiter cette suspension dans le temps ?

Danielle Toupillier : Tout en comprenant la position exprimée par les organisations syndicales de praticiens car une suspension est toujours institutionnellement et surtout humainement difficile, il me semble important de relativiser cette situation au regard du nombre très limité de praticiens concernés (28 en 2018, soit 0,05 % de l'effectif total des PH). Mais il est vrai que les délais d'instruction sont souvent longs et qu'un encadrement pour les limiter dans le temps serait certainement juste et utile.

Actu'APH : Quels enseignements personnels tirez-vous de ces 12 années passées à la tête du CNG ?

Danielle Toupillier : Tout d'abord, je souhaite dire que ces 12 années à la tête du CNG sont passées très vite, d'une part du fait du rythme soutenu de l'évolution de ses missions (gestion et accompagnement des praticiens temps plein, puis temps partiel et des personnels enseignants et hospitaliers pour la partie hospitalière de leur activité, gestion et accompagnement des trois corps de directeurs, organisation des 19 concours nationaux médicaux et administratifs, gestion des autorisations nationales d'exercice et des contrats d'engagement de service public..) et, d'autre part, grâce à la qualité des relations permanentes avec les organisations syndicales et les services de l'état qui ont permis de régler de nombreuses situations délicates. Parmi les grands enseignements que je peux tirer au plan personnel, je veux souligner la grande qualité, le haut engagement et la forte capacité d'adaptation et d'innovation d'un très grand nombre de professionnels car les situations difficiles qui remontent au niveau national sont peu nombreuses, même si chaque situation doit être considérée. Je reste par ailleurs convaincue que le chantier sur les conditions de vie au travail des directeurs doit se poursuivre et celui des praticiens s'engager.

Actu'APH : À quoi allez-vous vous consacrer désormais ?

Danielle Toupillier : Je suis déjà très mobilisée sur

de nombreuses activités associatives, tant du côté de l'Etat que du secteur sanitaire, social et médico-social. Je participe également à de nombreuses réflexions au sein de cercles professionnels et fais, à la demande, quelques interventions sur divers thèmes relatifs aux ressources humaines. Mais je profite aussi de ce temps choisi pour participer à des conférences, me remettre au sport et programmer quelques voyages.

Propos recueillis par Saveria Sargentini, journaliste

La Bio

Diplômée en droit public, en analyse et management des établissements de santé ainsi que de l'administration hospitalière de l'École nationale de la santé publique (ENSP) de Rennes, Danielle Toupillier a consacré sa carrière au service public.

1990 : Elle intègre le Ministère des Solidarités et de la Santé. Parmi ses postes, elle sera chargée de la gestion des statuts et de la réglementation des personnels de la fonction publique hospitalière puis conseillère technique à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS, ex-DGOS).

2007 : Nommée directrice du CNG

Ses missions dans sa dernière maison professionnelle, élargies au fur et à mesure par le Ministère, passent par la gestion des carrières hospitalières, l'accompagnement professionnel ou encore les autorisations d'exercice. Le CNG a assuré ces dernières années la gestion statutaire annuelle de près de 50 000 praticiens hospitaliers temps plein ou partiel, près de 6 500 personnels hospitalo-universitaires et de plus de 5 600 directeurs de la fonction publique hospitalière dans un rythme soutenu. Le CNG a aussi pris en main l'organisation technique d'une vingtaine de concours administratifs ou médicaux regroupant 23 000 candidats.

2016 : Danielle Toupillier a brillé en conduisant l'informatisation des célèbres épreuves classantes nationales informatisées (ECNi), une première mondiale ! Par ailleurs, ce succès lui aura valu la décoration de la légion d'honneur, remise par l'ex-ministre de la Santé, Marisol Touraine, une semaine après la publication des résultats de ces premières ECNi.

Clause de non-concurrence : une absurdité pour l'attractivité des carrières hospitalières !

Très récemment, la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a instauré dans son article 14 une clause de non-concurrence à l'intention des praticiens exerçant à l'hôpital.

Ce n'est pas la première fois que ce type de clause a été introduite dans une loi hospitalière mais jusqu'à présent, aucun dispositif n'a été réellement fonctionnel. Les mesures adoptées dans cette loi à l'initiative des sénateurs surprennent en revanche par leur brutalité et leur ampleur. Elles sont précisées dans l'article L6152-5-1 du Code de la santé publique.

Des conséquences néfastes

Des décrets doivent préciser les conditions de mise en œuvre de cette interdiction. Jusqu'à leur publication elle ne peut être mise en œuvre. En revanche, les conséquences peuvent se faire sentir très rapidement. Les praticiens hospitaliers à temps partiel qui exercent actuellement une activité libérale dans un cabinet à moins de 10 km de leur établissement risquent purement et simplement d'être contraints de le quitter sous peine des sanctions financières prévues. De plus, la démission de leur fonction hospitalière ne les exonérera pas du délai de 2 ans avant de pouvoir le rouvrir. C'est pourquoi il est probable qu'une vague de démission de ces praticiens intervienne rapidement avant que les décrets d'application de cette mesure ne soient publiés.

« On voudrait couler l'hôpital public qu'on ne pourrait pas mieux s'y prendre »

Lésés et privilégiés ?

Quel jeune médecin prendra le risque de venir travailler à l'hôpital public si cela conduit à l'impossibilité d'aller travailler en libéral à moins de déménager ? Il suffit de regarder ce que 10 km de rayon représente dans une agglomération. Quand on est en province, cela signifie quitter la ville. Quand on est à Paris, cela représente au moins une heure de transport. L'extension de cette interdiction aux contractuels va toucher également les praticiens qui



Qui est concerné ?

Sont touchés tous les praticiens hospitaliers temps plein qui cessent temporairement (disponibilité) ou définitivement (démission) leur activité hospitalière, ainsi que les praticiens hospitaliers à temps partiel en cours d'exercice, mais aussi tous les statuts de contractuels qui travaillent plus de 50 % à l'hôpital. Cette clause de non-concurrence interdit à tous ces praticiens d'exercer pour une durée de deux ans une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un cabinet libéral, un laboratoire de biologie médicale privé ou une officine de pharmacie dans un rayon maximal de dix kilomètres autour de l'établissement public de santé dans lequel ils exerçaient, tout cela à l'appréciation du directeur de l'établissement. Des sanctions financières dissuasives sont prévues en cas de non-respect de la décision du directeur.

ne sont pas titulaires de leur poste (praticiens contractuels, assistants, attachés) même s'ils n'ont eu qu'un contrat court ! Curieusement, on constate que les praticiens cliniciens et les intérimaires ne sont pas touchés, ce qui en dit long sur les statuts privilégiés par les pouvoirs publics.

Aggraver la situation au lieu de l'améliorer !

Ces mesures totalement absurdes ne peuvent avoir qu'un seul effet : faire fuir les médecins de l'hôpital et aggraver la pénurie de professionnels. On voudrait couler l'hôpital public qu'on ne pourrait pas mieux s'y prendre.

Comment en est-on arrivé là ? Cet amendement au projet de loi de santé a été déposé au Sénat par le Dr Alain Milon, sénateur Les Républicains élu depuis 2004, connu depuis longtemps pour son soutien à l'exercice médical libéral. Il reprend les propositions de la Fédération Hospitalière de France qui demandait depuis longtemps de telles mesures mais n'a jamais compris qu'elles seraient dissuasives pour le recrutement de praticiens. Elles vont au contraire favoriser l'orientation des jeunes médecins directement vers le seul exercice libéral.

Les discours et les actes ...

Alors que le discours officiel des Pouvoirs publics en matière de carrières médicales est la promotion de l'exercice mixte public - privé, cet amendement devenu loi va empêcher totalement son développement et mettre fin à ceux qui le pratiquent déjà. Quelle cohérence dans les politiques publiques ! Mais plus encore, ces mesures vont assécher totalement le recrutement de jeunes praticiens qui fuiront l'hôpital public plutôt que risquer de se retrouver avec des chaînes aux pieds. L'avenir de l'hôpital est donc particulièrement sombre à moins d'augmenter très fortement les rémunérations des praticiens hospitaliers qui sauront qu'une fois entrés à l'hôpital, il sera difficile pour eux d'en sortir !

*Jacques Trévidic, Président APH
Renaud Péquignot, Président d'Avenir
Hospitalier*

Clause de non concurrence : pour ou contre ?

Poser le problème ainsi est-il approprié ? Est-il judicieux de faire croire que la proximité de la « concurrence » peut être néfaste, alors qu'on nous serine à l'envi que la concurrence, public/privé, voire entre établissements proches, est la condition sine qua non de l'amélioration des pratiques (s'aligner sur le meilleur) et de la baisse de leur coût (s'aligner sur le moins cher) ?

N'est-ce pas un parfum de querelle de boutiquier qui ne voudrait pas que l'ancien mitron ouvre une nouvelle boulangerie en face de celle de son ancien patron ?

Est-ce une affaire de morale ? Il faudrait alors accuser de trahison celle ou celui qui œuvre à proximité de son ancien hôpital. Mais quel engagement auprès d'un établissement public serait-il ainsi dénoncé ? Aucun lien, aucun contrat ne lie un médecin à l'établissement, si ce n'est la durée de son préavis. L'hôpital n'est pas une prison, et la sacro-sainte liberté d'installation est toujours de mise.

N'est-ce pas plutôt une affaire d'attractivité ? On sait bien que le beurre sera plus bien abondant dans les épinards du privé, et l'obligation de le chercher à une distance réglementairement plus importante ne refroidirait pas l'appétit de ceux qui pensent que la recherche du bien-être matériel n'est pas indigne, même si elle ne fait pas toujours le bonheur professionnel... Et que dire de ceux qui fuient d'insupportables conditions d'exercice et la non reconnaissance de leur travail ? Nombre de ceux qui quittent ou désirent quitter l'hôpital restent pourtant attachés au service public, et regrettent l'absence de relation commerciale avec les patients qui ne sont pas des clients, malgré le credo de l'hôpital-entreprise déclamé depuis des années.

Faut-il en faire une affaire de bonne gestion des offres de soin ? Le départ d'un bon médecin ou chirurgien s'installant dans la boutique d'en face entraînerait de facto, mécaniquement, une baisse de l'activité dans son domaine au sein de son ancien établissement. L'expérience démontre souvent le contraire : au bout d'un temps assez court, une fois le praticien remplacé, parfois en interne, l'activité de l'établissement public retrouve son nombre d'actes antérieurs, pendant que le praticien parti dans le privé à proximité retrouve celui qui était le sien dans le public. C'est-à-dire qu'au final, l'activité dans le domaine en question, par exemple le nombre de prostatectomie ou de CEC, est quasiment doublée pour un bassin de « clientèle » identique...

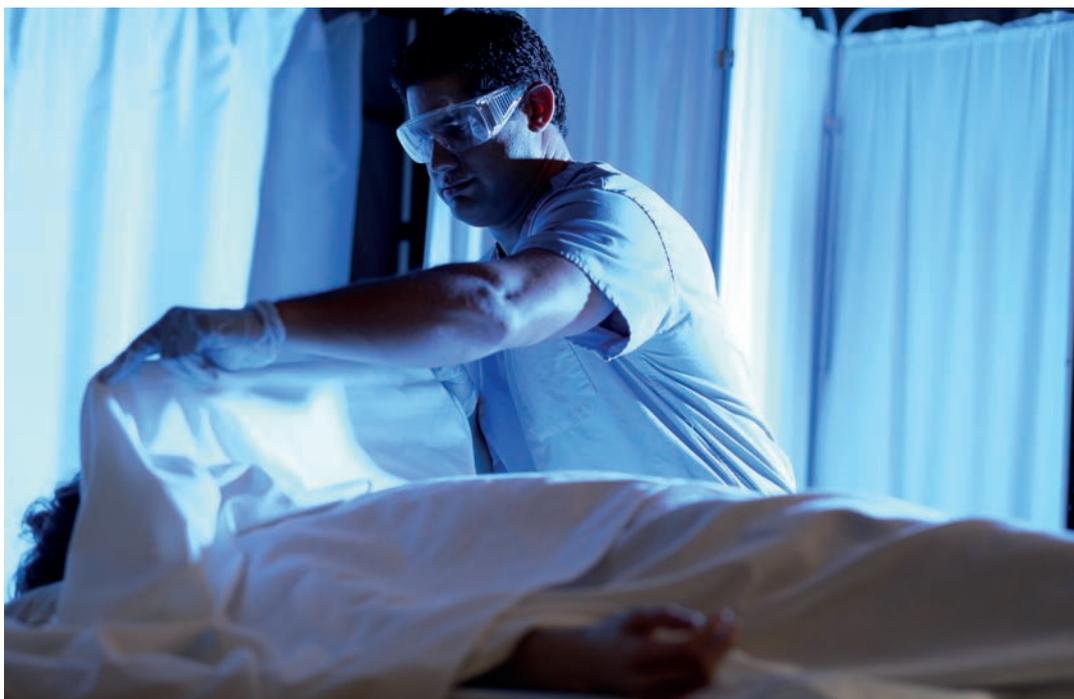
Ne doit-on pas s'interroger alors sur les besoins réels de tel ou tel type de traitement ? L'offre de soins était-elle insuffisante ? Le type de traitement est-il justifié dans tous les cas ? On doit se poser ces questions !

Ne faut-il donc pas plutôt s'interroger sur la pertinence des soins plutôt que sur la concurrence d'une offre de soins ? Car au total, l'objectif n'est-il pas que nos concitoyens bénéficient d'un soin optimal dans la plus grande proximité possible ?

Richard Torrielli

La France championne du monde du « patienticide » sur brancards aux urgences

Trois mois de grève pour le collectif Inter-Urgences avec 225 services d'urgence déclarés, mais si on ajoute les structures d'urgence en grève sous une autre bannière comme à Tarbes, à Dax au Samu de Carcassonne... c'est plus de 270 structures d'urgence qui ont rejoint le mouvement.



Tout tremble et rien ne bouge

Pour l'instant rien ne se passe ou presque rien en dehors d'une prime de risque de 100 euros pour les personnels des urgences en oubliant d'une manière scandaleuse nos collègues Assistants de Régulation Médicale.

Rappelons que les assistantes de régulation médicale (ARM) subissent un flot d'appels sans précédent qui chaque année augmente avec un tsunami d'incivilités et d'insultes mais eux ne risquent rien car ils sont peut-être vêtus d'une armure ou armés d'une carapace. Cette distinction montre bien la méconnaissance du terrain mais aussi la défiance vis-à-vis des soignants du monde administratif et politique.

Une attente interminable

Le collectif Inter-Urgences demande la création de

10 000 postes pour améliorer le fonctionnement des urgences et zéro patient hospitalisé sur un brancard. Ces demandes de création de postes sont légitimes tant pour les urgences que pour les Smur qui fonctionnent à flux tendus.

Le *No Bed Challenge* et l'étude de PG Claret⁽¹⁾ montrent que par an entre 180 000 et 450 000 patients sont hospitalisés sur un brancard avec pour conséquence UN MORT TOUS LES 60 PATIENTS. Cette nouvelle roulette russe appelée « la roulette brancard de l'Hôpital Public » est une spécificité bien française car dans toutes les structures hospitalières du monde occidental l'ensemble de la communauté médicale et administrative s'organise pour que les patients soient orientés vers un service dans un délai respectable (généralement limité à 6 heures). Les records de patients abandonnés sur brancard viennent d'être pulvérisés par les hôpitaux français : 120 heures d'attente sur brancard aux urgences du

CHU de Saint Etienne en juillet... puis 160 heures au CH de Saint-Quentin. Nous sommes tous rassurés de lire quant à ce dernier record que le Directeur de l'Hôpital Mr G. indique « que c'est une question médicale, pas d'organisation ... » et qu'« il y avait des lits vacants à tous les étages de l'hôpital ». Ce n'est plus de l'empathie que l'on nous demande c'est de l' « empatement » à s'engluer dans des justifications ambulatoires. Les lits d'ambulance étaient libres ainsi que l'ensemble des lits fermés pour que le personnel soignant puisse prendre ses congés d'été.

« Plus de 100 Smur en France ne sont pas dotés du personnel requis dans les textes de loi qui datent de 1986 »

Patients et soignants maltraités

Si l'on considère l'accès aux soins en moins de 30 minutes pour nos concitoyens comme une urgence absolue ou vitale comment expliquer que plus de 300 lignes de garde Smur ont fermées sur le territoire national cet été ? Pour rappel, plus de 100 Smur en France ne sont pas dotés du personnel requis dans les textes de loi qui datent de 1986... Comment expliquer que cette force d'intervention rapide qui apporte au chevet du malade tous les moyens de réanimation modernes pour une prise en charge vitale ou fonctionnelle immédiate soit victime d'une telle maltraitance ? Comment justifier que cette organisation que même nos collègues anglo-saxons commencent à déployer soit amputée d'une partie de ses moyens voire fermée pour maintenir coûte que coûte une ligne active en T2A pour les urgences locales ? Comment penser avec les restructurations des plateaux techniques et l'hy-perspécialisation des prises en charge actuelles que le premier maillon du parcours de soins optimisé puisse être supprimé d'un coup de décision administrative ?

Le combat continue

L'été est passé et les cigales urgentistes soignants et médecins ayant « chanté » tout le printemps

n'auront qu'à bien se tenir car l'hivers arrive. Et les fourmis hybrides de l'administration et de la politique nous demanderont encore de cesser d'alerter et d'inquiéter la population car il vaut mieux un brancard qu'un lit gonflable pour un malade !

Attention cependant à l'alignement des planètes et des records pour ceux qui nous dirigent droit dans le mur et qui laissent dans les couloirs de la honte s'organiser une petite mort de nos patients en valorisant des nuitées d'hospitalisation indues car indignes.

Le monde hospitalier est à nouveau en deuil suite au suicide d'un médecin chef de service d'une structure d'urgence, de soignants en France métropolitaine et dans les territoires ultra-marins. Nos pensées vont à leurs familles et notre combat, nos luttes pour que l'Hôpital Public retrouve le chemin de la bienveillance accompagneront aussi leur mémoire.

Jean-François Cibien, Vice Président SUdf

1 - P. G. Claret in Ann. Fr. Med. Urgence (2019) 9:229-234 Association entre mortalité et attente aux urgences chez les adultes à hospitaliser pour étiologies médicales https://afmu.revuesonline.com/articles/lvafmu/abs/2019/04/lvafmu_2019_sprurge001007/lvafmu_2019_sprurge001007.html

NEWS ESTIVALES

Dans les autres faits de l'été :

- nous avons pu noter des démissions en chaîne de médecins hospitaliers de leur service mais également de la fonction publique (indicateur à suivre) ;
- la commission Carli-Mesnier a poursuivi son tour de France des structures d'urgence. Le rapport vient de sortir, nous vous en reparlerons dans le prochain numéro ;
- la grande enquête sur la pénibilité des urgentistes est en cours de publication et le ressenti exprimé par plus de mille médecins urgentistes en début d'année s'est hélas confirmé cet été ;
- le coût de l'interim aurait dépassé les 3 000 euros pour une garde le week-end du 15 août, mais je ne vous ai rien dit !

Territorialisation des activités médicales : qu'est-ce qu'on nous prépare ?

Dans les années 1970, devant la désorganisation inflationniste des hôpitaux secondaires, à leur autonomie fonctionnelle et au poids décisionnel des élus locaux, à la méconnaissance réelle des besoins médicaux et à l'inertie au changement du corps médical, et devant l'accroissement du passif de la Sécurité Sociale risquant de mettre en péril le principe de solidarité et d'égalité des soins que tout citoyen français est en droit d'attendre, l'État se devait de réagir en mettant en place un système d'information hospitalière solide. Ce système devait essayer de déterminer les besoins sur la consommation des soins et non sur l'offre des soins en légiférant avec pour but d'apporter une cohérence à la chaîne des soins par une coopération réelle entre les différents acteurs dont les hôpitaux et leurs acteurs ; du fait de leur propre réglementation, le secteur libéral n'était que peu concerné au début.

« Égalité des chances en matière de santé »

Plusieurs lois ont été promulguées successivement, la dernière il y a seulement quelques mois, et de manière de plus en plus coercitive devant la résistance ou l'inertie à mettre en place une organisation rationnelle, « efficiente » des soins et de leur prise en charge, le tout dans un contexte démographique de plus en plus défavorable. Ainsi ont vu le jour les filières de soins introduisant la notion de gradation des soins, les schémas d'organisation sanitaire et sociale (SROSS), les groupements de coopération sanitaire (GCS), les fédérations médicales inter hospitalières (FMIH), les communautés hospitalières de territoire (CHT) où la coopération entre établissements était facultative reposant sur leur seul volontariat et impliquant seulement une convention entre eux, et enfin les groupements hospitaliers de territoire (GHT) où cette coopération devient obligatoire.

Chaque établissement de santé (EPS) gardant pour l'instant sa propre autonomie, cette coopération, sous l'égide de l'ARS, a pour finalité au travers du projet médical partagé (PMP) du territoire d'assurer un égal accès à des soins sécurisés, de qualité et gradués au travers de filières organisées de manière à garantir une offre de proximité, de référence et de recours, soit donc assurer une égalité des chances en matière de santé dans une stratégie de prise en charge collective et progressive sur un territoire donné. On retrouve

tout ceci dans les 54 mesures de « Ma santé en 2022 » et particulièrement dans la vingtième avec une « réforme du régime des autorisations des activités de soins, dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence, organisées à des échelles territoriales ».

Ainsi, on en arrive facilement à la notion d'équipe médicale de territoire pour une activité de soins donnée, ou plutôt d'« équipe commune de territoire » puisque sont concernés non seulement les médecins mais aussi tous les soignants. Selon le ministère de la santé, il devrait s'agir en effet d'équipes multidisciplinaires et multi professionnelles et cette territorialisation de l'offre de soins devrait permettre :

- une meilleure identification des filières de soins spécifiques et la facilitation des parcours de soins ;
- un meilleur accès à de l'expertise médicale en proximité immédiate ;
- un maintien des services de soins dans certaines situations à risques (âge des équipes, variations des activités) ;
- une optimisation de l'utilisation des plateaux médico-techniques ;
- une alternative à l'intérim médical.

Une mise en application qui peut être dangereuse

Devant les problèmes actuels de démographie hospitalière médicale et des soignants, il est inéluctable

qu'une mobilité et qu'un exercice partagé entre plusieurs EPS du GHT concerné sera demandée aux acteurs de ces équipes, et que l'utilisation de l'article 51 de la loi HPST sera également attendue pour mieux répondre aux besoins des usagers en favorisant les transferts de compétence et/ou d'activité pour une meilleure prise en charge sur un mode d'exercice partagé ici entre professionnels de compétence et de formation différentes.

Si l'idée de ces équipes communes à tout un GHT et de cette territorialisation peut paraître recevable, elle reste très dangereuse à bien des égards dans son application :

- Dans de telles équipes seront trouvés des acteurs qui accepteront de se déplacer et d'autres non. Ceux qui se déplacent devront faire l'effort de s'intégrer dans plusieurs sites. Les risques sont grands de retrouver toujours les mêmes à faire cet effort de mobilité et d'exercice partagé, et à ce titre il n'est pas sûr que cela soit si attractif pour les jeunes praticiens, les seniors étant plus difficiles à « déplacer ». À cet égard, la prime d'exercice territorial semble insuffisante.
- La gradation des soins entraîne souvent la hiérarchisation des acteurs, certes artificielle puisque nous avons tous le même diplôme et donc la même compétence initiale de soins, fausse hiérarchisation qui est souvent source de conflits avec des conséquences négatives au sein des équipes et pour l'adhésion des acteurs ; c'est à dire qu'il faut que cette mobilité s'effectue dans les deux sens de cette gradation.
- La gradation des soins ne doit pas aboutir non plus à une sorte de « taylorisation » des soins. Elle doit permettre au contraire l'épanouissement de tous les acteurs, la possibilité d'un plein exercice de leurs compétences et voire même à une amélioration ou augmentation de ces compétences. En aucun cas elle ne doit être restrictive. De même le suivi personnalisé du patient ne devra pas être oublié.
- La mobilité ne peut être envisagée que dans les cas d'une nécessité de prise en charge de proximité, d'une nécessité d'un plateau medicotechnique adéquat ou de soins hyperspécialisés, mais certainement pas pour maintenir une structure pour laquelle d'autres solutions existent.
- L'exercice partagé sur plusieurs EPS induit souvent une charge de travail supplémentaire qui doit être prise en compte, et ne doit pas aboutir à une médecine « foraine ». Rappelons que l'arrêté du 14 mars

2017 relatif à la prime d'exercice territorial prévoit bien la possibilité d'un exercice partagé sur au moins deux sites différents du site principal d'exercice.

- Le système d'information hospitalier n'étant pas actuellement unique au sein de tous les GHT fait que le suivi du dossier médical sur plusieurs EPS est loin d'être simple avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur le patient.

Inévitable mais pas attractive

Les GHT n'ayant pas la personnalité morale pour l'instant, les praticiens hospitaliers (PH), statutairement, n'ont, pour l'instant, aucune obligation à participer à une équipe commune de territoire, sauf si cela a été précisé dans leur profil de poste (il n'existe que peu de profils de poste publiés actuellement). Ils sont et restent affectés à leur seul EPS d'origine. Exercer sur un autre site suppose une convention entre les EPS concernés. Tout repose donc encore sur le volontariat des acteurs, même si l'impératif de collaboration sous l'égide des ARS existe. Cependant, la création des GHT répond bien à une logique intégrative avec évolution vers la fusion des EPS constitutifs comme le préconise la vingt-deuxième mesure du plan « Ma santé en 2022 ». À ce moment-là, le GHT aura la personnalité morale et les PH pourront y être affectés directement et cette notion de volontariat disparaîtra ...

Pour finir, la territorialisation des activités médicales semble inévitable et la création d'équipe (médicale) commune de territoire en est la suite logique. Il est loin d'être sûr que cela soit si attractif et que cela permettra une nette amélioration de l'organisation des soins tant la mise en œuvre semble délicate. Il faudra suivre de très près au niveau ministériel, la traduction réglementaire en insistant sur la nécessité d'un avis des commissions paritaires régionales et des sous-commissions spécialisées régionales de l'organisation de la santé (CSOS) comme toute autorisation d'activité de soins.

*Jean-Garric, administrateur du SNPHARE
Administrateur CNG*

La réforme du régime des autorisations : quelle réforme pour l'offre de soins, quels impacts pour les professionnels ?

Présentés comme des travaux menés sur la simplification des procédures d'autorisations des activités de soins et en accord avec la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, le Ministère des Solidarités et de la Santé a engagé une réforme de fond de l'ensemble du régime des autorisations, pilotée par la DGOS. Cette réforme est la mesure numéro 20 des 54 mesures phares ciblées par une vaste réforme du système de Santé visant à améliorer l'offre de soins à la ville comme à l'hôpital et réaffirme l'importance de l'accès universel aux soins dans les meilleures conditions.

La mesure 20 concerne plus particulièrement l'organisation de l'activité hospitalière. Elle vise la construction d'une gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence, et une organisation à des échelles territoriales nécessairement différentes ceci dans le respect des enjeux de qualité et de sécurité des soins.

La mesure 20

« Réforme du régime des autorisations des activités de soins, dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence, organisées à des échelles territoriales nécessairement différentes et en s'appuyant sur des seuils d'activité quand cela est pertinent au regard des enjeux de qualité et de sécurité des soins. Elle se fera en plusieurs phases et aboutira dès 2020 sur de nouvelles normes pour certaines activités particulièrement structurantes pour les territoires, notamment les services d'urgence, les maternités, les services de réanimation, l'imagerie et la chirurgie. »

Notre instance de régulation, la DGOS a donc été missionnée pour construire ce nouveau cadre réglementaire. Dans un premier temps, ce chantier vise l'écriture des projets de texte en intégrant les apports des professionnels pour ensuite être soumis à discussion auprès des instances représentatives des professions de santé pour ensuite être validés en Conseil d'Etat. Cette validation est attendue fin 2019 pour la première vague et mi-2020 pour une deuxième vague.

Contraintes

Pour sa première étape, ce travail est d'emblée contraint par quatre facteurs :

❶ **Une segmentation de la réflexion** conditionnée par les cadres réglementaires historiques : il n'y a pas de place pour des espaces de réflexions qui embrassent des filières entières. Les sujets des soins critiques doivent être traités sans lien avec l'amont, les activités d'urgences ou pré-hospitalières, ni avec l'aval avec les activités de SSR. Les sujets de la périnatalité reprennent l'ancien cadre construit pour sécuriser le parcours du nouveau-né sans traiter la question cruciale de la sécurisation du parcours de la femme enceinte afin de traiter les risques maternels alors que tous les indicateurs soulignent la faiblesse de l'organisation actuelle sur ce point.

❷ **Un découplage des enjeux financiers.** Il n'est pas question de parler de la valorisation de l'activité lors de ces échanges. Une chose est certaine : il n'y aura pas d'augmentation des ressources pour assurer le fonctionnement et encore moins pour assurer les coûts du changement. La doctrine officielle est que les gains dégagés par la nouvelle organisation nécessairement plus efficiente permettront d'assurer le futur fonctionnement dans une organisation bien réformée. Cette posture complique les discussions. Une part importante des parties prenantes des groupes de travail sont missionnées par leurs fédérations, FHF, FHP, UNICANCER... qui sont quotidienne-

ment confrontées aux questions de l'équilibre financier de leurs structures.

Des contraintes opposables plus lourdes sur les conditions d'implantation ou de fonctionnement représentent un risque de renchérissement du fonctionnement de leurs structures avec la destruction d'équilibres financiers précaires. Cette crainte légitime est un frein important aux propositions de restructuration des soins critiques. C'est le même enjeu pour les producteurs d'actes qui voient le risque d'une complexification de leurs activités comme un frein à leur exercice et à sa rentabilité. Pour certaines disciplines interventionnistes, les contraintes de l'inscription de leurs activités dans un parcours sécurisé co-construit avec les anesthésistes-réanimateurs suscite plus de réticence qu'une source d'amélioration des pratiques. Ces craintes sur les enjeux économiques qui ne peuvent pas être levées parasitent et bloquent la réflexion attendue comme strictement centrée sur l'amélioration de la qualité et sécurité des soins.

La place des spécialités transversales est problématique

La discipline anesthésie-réanimation initialement oubliée des premiers GHT est finalement conviée mais uniquement au titre des questions qui ont trait à l'anesthésie.

Si un espace de travail transversal « anesthésie » pour traiter l'ensemble de ces questions est bien institué, il sera définitivement refusé que cet espace de travail s'intéresse à l'anesthésie-réanimation.

Ce choix qui obéit à une logique historique avec sa réglementation dépassée empêche la réflexion pour une organisation qui s'appuie sur la sécurisation du parcours patient tout au long de sa prise en charge, avant, pendant ou après une intervention. C'est-à-dire l'ensemble des jalons qui sont placés sous l'égide de la médecine péri-opératoire et qui est sécurisé par le décret sécurité de 1994.

Ce poids de l'historique réglementaire impacte d'autres espaces de réflexions qui concernent des spécialités qui ont vu leurs activités évoluer ces dernières années comme le sont les neurologues, les pneumologues ou les cardiologues.»

« Les questions de sécurisation des parcours par des équipes ne se retrouveront pas dans ce cadre réglementaire ! »

③ Le troisième est déterminé par la **pauvreté des outils réglementaires** dont dispose la DGOS pour traiter efficacement les questions de ressources humaines et les questions de pertinence des soins. Dans ce double champ, la notion d'équipe est centrale. Il est régulièrement démontré que le travail en équipe est un gage de qualité des soins par rapport à des exercices isolés. C'est l'un des apports majeurs des démarches d'accréditation en équipe des spécialités à risque. La seule modalité de traitement de ce champ était historiquement, l'instauration de ratio entre le nombre de soignants et l'activité concernée. Ces ratios ont réussi à sécuriser la qualité des soins dans les secteurs de soins critiques alors que les secteurs d'hospitalisation conventionnels ont vu leurs équipes paramédicales se paupériser à un niveau qui empêche maintenant de garantir la qualité des soins courants. Or, la position de la DGOS est assez claire sur cet outil. Il serait souhaitable de l'abandonner au prétexte que ces éléments opposables sont source de rigidification des cadres réglementaires. Il est néanmoins difficile de proposer un outil réglementaire alternatif pour traiter un tel sujet critique pour la qualité des soins. En particulier le conditionnement d'une autorisation à des démarches qualité ou des indicateurs de qualité sont considérés comme hors du champ du cadre réglementaire. C'est évacué comme étant redevable du registre de la certification des établissements sous l'égide de l'HAS. La proposition qui pourrait s'esquisser est le conditionnement des indications d'activités considérées comme étant à haut risque lors des réunions multidisciplinaires. La question irrésolue à ce stade du chantier reste alors de savoir quelle instance identifierait ces activités à risque pour sécuriser par la suite et par voie réglementaire l'allocation des ressources nécessaires au fonctionnement de ces réunions (au minimum, les temps professionnels et un système d'information adapté). Cette pauvreté impose finalement de



traduire ce besoin de sécuriser l'exercice en équipe uniquement en proposant qu'il ne puisse plus y avoir d'exercice isolé. C'est-à-dire qu'il y a en journée au moins deux seniors présents sur place afin qu'un espace de discussion soit possible. Face à cette proposition, l'incapacité de la DGOS à connaître la nature exacte de la composition RH de chaque structure empêche toute étude d'impact qui ouvrirait une réflexion rationnelle.

- ④ La quatrième contrainte est dans la **méthode de travail** qui est imposée. La commande est pré-définie pour aboutir à des organisations graduées en trois niveaux (soins spécialisés et de proximité, soins de recours et soins de référence) ; chaque graduation étant éventuellement différenciée par modalités (par exemple une modalité pour les patients adultes et une autre pour les enfants). Officiellement, la justification de cette approche existe pour répliquer l'expérience acquise avec l'organisation de la périnatalité en France. Cependant, les limites actuelles de cette organisation avec des résultats mitigés sur la qualité des soins périnataux ou même l'effet de concentration vers les structures de référence avec la fragilisation des structures de proximité sont évacuées. Toujours est-il que cette modalité ouvre la question de définition des frontières entre les structures ainsi graduées. À cet effet, l'HAS a été régulièrement sollicité pour identifier des effets seuils de volume d'activité sur la qualité des soins. Il s'agit de s'appuyer sur les données qui montrent qu'il est nécessaire de réaliser un volume minimal d'une activité pour la mettre sous qualité.

Cependant, cette approche favorise aussi une construction de la gradation suivant principalement la difficulté des actes concernés par le domaine. Cette approche a été particulièrement employée pour les activités interventionnelles comme la cardiologie. La démarche a consisté d'abord à demander aux cardiologues interventionnistes de segmenter la liste des actes références selon leur niveau de difficulté technique ressenti en trois grades pour ensuite identifier les conditions techniques ou de fonctionnement nécessaires à leur réalisation. Cette approche, centrée sur les actes techniques est dans la difficulté pour traiter la question d'un patient sur le terrain et la sécurisation de son parcours. Il est difficile de positionner un patient fragile à haut risque mais qui va bénéficier d'une intervention considérée d'une difficulté technique faible. Comme évoqué plus haut, cette méthode qui disqualifie la structuration en parcours se trouve en opposition avec le cadre transversal du décret sécurité de 1994 qui régit les activités d'anesthésie-réanimation. La solution actuellement préconisée par la DGOS est de sortir l'activité interventionnelle du cadre général transversal des décrets d'Anesthésie-Réanimation.

Il est proposé dans ce cadre réglementaire singulier, soit d'imposer la présence d'un Anesthésiste-Réanimateur indépendamment du terrain ou de l'expérience de l'interventionniste pour certaines activités (globalement les TAVI), soit de subordonner la gestion des événements indésirables intercurrents liés à une intervention réalisée par le seul interventionniste à une organisation locale d'une autre nature que celle réglementée par les décrets 1994 (globalement cela concerne les angioplasties ou la ryth-

mologie simple lorsqu'elle est réalisée à l'hôpital public – dans le secteur privé, ces activités sont quasiment toutes réalisées dans le cadre du décret 1994 avec la présence d'un professionnel de l'Anesthésie-Réanimation tout au long de la procédure).

Ces solutions singulières qui abandonnent l'acquis en sécurité des parcours co-construits sont finalement les conséquences d'un choix non explicite, celui de différencier le cadre réglementaire des spécialités interventionnistes (cardiologie, radiologie, neurologie et oncologie) d'un cadre général construit pour les activités chirurgicales. Comme souligné plus haut, ce choix est imposé par la méthode de segmentation des sujets définit *a priori* par la DGOS. Ce choix a été questionné par les experts impliqués dans les groupes de réflexion sur l'activité chirurgicale. Cette question a même été formalisée sous l'égide de la FSM (fédération des spécialités médicales). À ce jour, alors que les projets de décrets pour les activités interventionnelles sont écrits, cette question n'apparaît pas formellement arbitrée.

D'autres difficultés

Au-delà des ces premières contraintes, la conduite de ce chantier va de plus être émaillée de difficultés additionnelles. Ces difficultés sont essentiellement de deux ordres :

● **Les tensions politiques.** Les structures concernées par cette réforme sont déjà sous tension. La situation des maternités est critique avec de multiples structures qui n'arrivent plus à attirer les équipes nécessaires à leurs fonctionnements. Ces situations sont souvent les conséquences d'un conflit administratif entre une ARS qui réorganise l'offre du territoire avec la fermeture de la structure et les volontés locales. Il est probable que l'adage selon lequel un maire qui voit sa maternité fermée n'est pas réélu pèse fort dans la balance. Par ailleurs, les mouvements sociaux qui pointent la désertification de leur territoire ne sont pas non plus propice à la fermeture des dernières structures qui marquent la présence d'un socle social sur ces territoires. Dans un tel contexte, l'application des fermetures rationalisées par une organisation territoriale graduée de l'offre de soin demande un engagement politique fort. Les signaux actuels ne vont pas dans

cette direction. De même, la nouvelle loi de santé récemment votée fragilise l'exécution de l'organisation graduée de l'offre de soins. **La possibilité d'ouvrir par voies dérogatoires des activités de chirurgie dans les hôpitaux de proximité qui sont sensés en être exempts revient à offrir une solution de contournement à l'application du cadre réglementaire des autorisations.**

● **L'impréparation et la faiblesse des ressources dont dispose la DGOS** pour mener à bien un chantier de cette ampleur. Deux éléments sont représentatifs de cette faiblesse :

- Le premier est l'absence de description disponible des structures concernées par la réforme. La DGOS est dans l'incapacité d'identifier les structures qui ne sont pas régies par les régimes des autorisations actuelles. Or la réforme des autorisations vise à étendre ce régime à l'ensemble des structures de soins. Par exemple, il apparaît que la DGOS ne dispose pas des moyens pour référencer l'ensemble des structures de soins critiques en France mais uniquement des réanimations. De plus, pour ces dernières, les informations ne sont que parcellaires, en deçà du champ que doit traiter le nouveau cadre réglementaire. Leurs tailles (nombre de lits) ou composition des équipes soignantes ou encore l'environnement de ces structures dans leur établissement (plateaux d'imagerie ou d'intervention) ne sont pas connues de la DGOS. Au bout d'une année de travail, aucune base de données n'a réussi à être construite à partir des informations que sont censés faire remonter les ARS vers la DGOS. De fait, les études d'impact des différentes propositions d'organisation ne sont donc pas accessibles. Cette impasse claire pour les soins critiques est retrouvée pour la prénatalité ou les activités interventionnelles. Cette même difficulté est aussi retrouvée pour qualifier la nature des risques associées à chaque activité. Les registres chroniquement sous financés n'arrivent pas à fournir une image exhaustive et claire de ces risques selon les organisations qui les portent (par exemple le registre des TAVI qui est incomplet). Ce point est particulièrement critique alors que la difficulté de l'acte est utilisée pour grader les structures. Finalement, au moment où les décrets sont en cours d'écriture, les arbitrages ne peuvent donc

Pourquoi une telle impréparation ?

Cette impréparation persistante s'explique assez bien par la faiblesse des ressources allouées pour conduire ce chantier. Les pilotes de la DGOS n'arrivent pas à assurer des comptes-rendus véridiques des séances de travail. Ces séances finissent par se résumer à la laborieuse projection de diaporama de plusieurs dizaines de diapositives surchargées découvertes lors de la séance et sur lesquelles les professionnels doivent réagir à chaud. Les réunions préparatoires sont organisées mais n'arrivent pas à traiter tous les points qui de toutes façons restent suspendus à des arbitrages politiques toujours en attente. Pour illustrer ce chantier du pauvre, il est important de rappeler que pour toutes ces réunions qui mobilisent depuis plus d'un an plusieurs dizaines de professionnels experts à raison d'au moins une réunion trimestrielle par sujet ne dispose d'aucun budget. L'ensemble des déplacements et des absences sont déportés à la charge des organisations professionnelles. Pour mémoire, les CNP qui sont les instances professionnelles privilégiées de la DGOS n'ont toujours pas touchés leurs crédits de fonctionnement promis avec leur création officielle cette été 2019.

pas s'appuyer sur des éléments rationnels.

- Le second est finalement une méconnaissance des positionnements professionnels de chaque discipline de la part des pilotes de la DGOS. Ces derniers sont souvent submergés par des discours de professionnels qui sont trop souvent dans une action de lobbying plutôt que de recherche d'une organisation vertueuse pour l'offre de soins. L'obsolescence ou la partialité avouée de leurs connaissances de la réalité hospitalière est un autre marqueur de l'impréparation des pilotes de ce chantier.

En conclusion

Le chantier de la réforme des autorisations est en passe d'aboutir. Les décrets sont en cours d'écritures. Quelques idées qui font consensus entre les professionnels ont été entendues et seront peut-être intégrées dans ce nouveau cadre réglementaire. En revanche, les questions de sécurisation des parcours par des équipes ne se retrouveront pas dans ce cadre réglementaire. Une aberration en termes de

qualité des soins quand on sait l'importance de l'équipe par rapport aux exercices isolés. De même, la proposition d'une subordination d'une autorisation à des critères de qualité impose d'allouer des ressources aux systèmes d'information des établissements pour rendre opposable leurs productions. Il apparaît que rendre opposable un tel investissement n'est pas à l'ordre du jour.

Enfin, pour l'essentiel des sujets qui posent des difficultés, c'est-à-dire les sujets source de dissensions entre les professionnels, principalement dominées par des craintes sur les changements de modalité de financement des activités, c'est la DGOS qui arbitrera. L'impréparation des pilotes fait craindre que le cadre réglementaire choisi sur la DGOS soit un peu trop impacté selon le poids du lobby qui saura le mieux se faire entendre. Il n'est alors pas certain que les solutions soient les plus pertinentes pour la qualité des soins. De toutes façons, comme les moyens pour évaluer cette qualité ne sont toujours pas mobilisés, les conséquences de ces choix ne seront visibles que dans plusieurs années.

Finalement, ce qui importe n'est peut-être pas le contenu du cadre réglementaire, mais tout simplement que l'ensemble des activités de soins soit régi par un cadre réglementaire unique pilotable par le ministère. Cet objectif-là apparaît atteint.

*Laurent Heyer, administrateur du SNPHARE,
Président du Collège National Professionnel
Anesthésie-Réanimation*

Réforme des autorisations de soins : débats houleux pour la périnatalité !

Le Conseil National Professionnel d'Anesthésie-Réanimation a désigné 3 « médecins experts » pour le chantier de la réforme des autorisations de soins en périnatalité : les Dr Marie-Pierre Bonnet (PH à l'hôpital Trousseau, Paris), Jean Tourrès (médecin libéral à la Polyclinique de l'Atlantique à Nantes) et Anne Geffroy-Wernet (PH au CH de Perpignan et actuelle présidente du SNPHARE). Curieusement, comme dans beaucoup de disciplines, l'anesthésie-réanimation avait été oubliée et est donc arrivée en cours de route...

Contexte

Historiquement, la périnatalité est en avance sur les autorisations de soins : un décret paru en 1998 régleme le fonctionnement des maternités, tant en termes de locaux que de moyens humains. L'évolution de la médecine, la réorganisation des plateaux techniques et l'émergence de très grosses maternités implique une révision de ce décret. Sont donc réunis, autour des juristes de la DGOS, des professionnels de santé : représentants des gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, personnels paramédicaux (AS, IDE, puéricultrices), pédiatres néonatalogistes, anesthésistes-réanimateurs, mais aussi des représentants des gouvernances : présidents de CME, directeurs d'hôpitaux/Fédération Hospitalière de France et d'établissements privés.

Début des hostilités

Les discussions ont commencé à se tendre au mois de février 2019. Le gouvernement, pour des raisons électoralistes, a martelé qu'aucune maternité « de proximité » ne serait fermée, alors que les professionnels de santé savent pertinemment que proximité n'est pas un gage de qualité et sécurité des soins. Cela a été l'occasion de rassembler sur une même ligne l'ensemble des professionnels de santé, notamment via une tribune cosignée par tous les syndicats, sociétés savantes et enseignants concernés par la périnatalité (lire ici : <https://snphare.fr/fr/blog/posts/tribune-maternites>).



De ce fait, des réunions ont été annulées, d'autres ont tourné en rond ; aux professionnels de santé, qui répètent inlassablement qu'on ne dérogera pas sur la sécurité et la qualité des soins, qui sont des critères incontournables d'attractivités des structures pour les médecins, on nous répond pénurie (celle qui a été organisée depuis des années...) et absence de moyens financiers (la tarification des actes de périnatalité étant ridicule : à qui la faute ? certainement pas aux professionnels !). Pour pallier cette difficulté, la DGOS a par exemple proposé, pour maintenir les maternités en mal de pédiatres, de demander au pédiatre de garde au CHU de prendre sa voiture pour réanimer les bébés des maternités alentour... Nous avons bien sûr réagi de manière unanime : danger pour le bébé dans la maternité éloignée, danger pour la maternité du CHU, perte d'attractivité pour les deux structures... Pendant l'été, des maternités ont dû être fermées... les listes de gardes incomplètes et l'incapacité à recruter nous ont évidemment donné raison.

Ce que nous proposons

Concernant l'anesthésie-réanimation, nous proposons une organisation du parcours des mères, superposable aux « types » définis par le décret de périnatalité pour la prise en charge des nouveau-nés, ainsi qu'une redéfinition des effectifs nécessaires pour les maternités (les données obstétricales de l'enquête CONTRAMAR du SNPHARE montrent que les effectifs pour les très petites et les très grosses maternités actuellement en vigueur se révèlent non sécuritaires). La place de l'IADE dans la maternité est très débattue, compte tenu de la grande différence des fonctionnements des établissements publics et privés.

Anne Geffroy-Wernet, Présidente du SNPHARE,

Médicalisation de la gouvernance : un chantier qui doit avancer !

Comment redonner aux médecins hospitaliers la place qu'ils méritent ? Qu'en est-il des discussions avec le Ministère ? C'est ce que nous avons demandé à Thierry Godeau, Président de la Conférence Nationale des Présidents de Commissions Médicales d'Établissements (CME) de centres hospitaliers qui a accepté de répondre à nos questions quant à ce chantier primordial pour l'amélioration des conditions d'exercice des PH.



Actu'APH : Comment s'est déroulée la concertation sur la gouvernance engagée par le Ministère entre avril et juin ?

Thierry Godeau : Les débats ont été riches ! Ce qui en ressort globalement c'est que tout le

monde a bien conscience qu'il faut renforcer la gouvernance médicale. Cela joue un rôle dans le malaise des médecins hospitaliers car ils ont l'impression de n'avoir aucune prise sur les décisions et les projets mis en place. Nous ne sommes pas dans la logique de renverser la table, nous n'avons pas les compétences pour être directeurs mais de là à ne « rien être », il y a deux poids deux mesures. Ce que nous demandons c'est une co-responsabilité concernant la stratégie médicale, le projet médical, certaines nominations, tout ce qui relève du médical doit être porté par les médecins et pas uniquement par les présidents de CME : les chefs de service, chefs de pôle... Tout le monde fait le même constat mais rien de concret n'a été fait ou mis en place pour le moment.

« Il faut redonner du sens au métier et de la reconnaissance aux praticiens hospitaliers. »

Actu'APH : Quels sont les points de consensus qui se sont dégagés ?

Thierry Godeau : Justement on ne peut pas réelle-

ment parler de consensus, on a l'impression qu'il y a une véritable volonté de la part de la DGOS mais on ne sait pas vraiment où ils vont aller. Nos établissements se portent bien quand le binôme président de CME/directeur fonctionne bien. Aujourd'hui lorsque l'un des deux ne veut pas jouer le jeu, il n'y a aucun garde-fou. La Loi dit que le directeur est le seul patron, donc si le directeur ne veut pas jouer le jeu on ne peut pas l'obliger à travailler de façon étroite avec sa communauté médicale. Tout cela est assez compliqué car les directeurs sont sous autorité hiérarchique de l'ARS, parfois ils en arrivent là car ils ont des « ordres ». On ne peut pas imaginer qu'un hôpital ait une dynamique interne si les médecins ne sont pas impliqués dans les projets et l'organisation.

Dans les centres hospitaliers nous avons de plus en plus de difficultés à trouver des chefs de service et des chefs de pôle, nous avons de plus en plus de mal à avoir des présidents de CME ! Être chef de service aujourd'hui c'est comme si on demandait à une infirmière être cadre de santé après son boulot d'infirmière. Il faut des moyens et des formations au management... c'est primordial !

Actu'APH : Votre conférence a effectué une enquête auprès des PCME sur le thème de la gouvernance médicale. Quels en sont les résultats principaux ?

Thierry Godeau : Nous avons effectivement mené une enquête auprès de tous les PCME CH et CHS. Nous avons obtenu 204 réponses. Nous n'avons pas encore les résultats définitifs mais ce qu'il en ressort c'est que les PCME sont en forte attente, de gouvernance médicale, de co-responsabilité sur la stratégie médicale. Il faut un rééquilibrage de la gou-



vernance et ils en sont conscients ! D'autre part ils mettent l'accent sur la nécessité d'une véritable formation au management qui soit diplômante.

« On ne peut pas imaginer qu'un hôpital ait une dynamique interne si les médecins ne sont pas impliqués dans les projets et l'organisation. »

Actu'APH : Qu'espérez-vous de la concertation qui doit s'ouvrir très bientôt concernant le statut de PH ?

Thierry Godeau : Pour information le groupe de travail ne s'est pas réuni depuis trois mois et c'est très inquiétant ! Nous espérons avancer sur un ensemble de mesures : la permanence des soins, la rémunération, les conditions d'exercice, le temps non clinique, les plages additionnelles qui doivent être revalorisées pour lutter contre l'intérim... On se rend compte que c'est bloqué sur les rémunérations. La fiche de paye d'un PH en fin de carrière n'est pas mauvaise mais en début de carrière c'est indigent. Quand on fait la comparaison public/privé ça devient déraisonnable, avec d'un côté l'hôpital

qui a toutes les contraintes, la permanence des soins en gagnant trois fois moins, ça ne peut plus durer. Les sujets « retraite » ne sont pas anodins non plus. L'attractivité médicale ne pourra pas se résoudre sans la case rémunération mais pas seulement. Les conditions d'exercice sont un sujet central : la crise des urgences est un symptôme, le quotidien de l'hôpital va mal ! D'autre part, par rapport à l'exercice mixte la modularité est une bonne, c'est une amélioration mais ce n'est pas LA solution. Les 48 heures ne doivent plus être la norme ! Il faut repenser les volumes des équipes, car la plupart des équipes sont en effectif tendu. Remettre les organisations de soins au cœur des préoccupations des professionnels. La qualité des soins est devenue trop technocratique, l'économique prend trop le dessus. Il faut redonner du sens au métier et de la reconnaissance aux praticiens hospitaliers.

Propos recueillis par Saveria Sargentini, journaliste

**ACTION
PRATICIENS
HÔPITAL**



Communiqué Action Praticiens Hôpital & Jeunes Médecins du 14 octobre 2019

Face à la crise de l'hôpital public, APH & JM appellent à la mobilisation générale !

Face à la crise qui secoue le monde hospitalier, Action Praticiens Hôpital & Jeunes Médecins exigent la promulgation d'un plan d'urgence pour l'hôpital public avec un financement à la hauteur des besoins de santé de la population. Cela passe par :



- **Une augmentation du budget hospitalier (ONDAM)** à hauteur minimum de l'évolution naturelle des charges annuelles, soit 4,4 %.



- **Une remise à niveau des rémunérations des personnels soignants**, qui ne sont plus attractives : augmentation de 300 € mensuel pour les personnels non médicaux, début de carrière pour les jeunes praticiens à 5000 € mensuel avec progression de carrière jusqu'à 10000 € mensuel, gardes rémunérées sur la base des tarifs actuels des Hospitalo-Universitaires.



- **L'arrêt des fermetures de lits d'hospitalisation** et l'ouverture de lits dans les services où il existe des besoins, notamment pour l'aval des urgences et l'aval des soins aigus avec embauche des personnels nécessaires.



- La **remédicalisation de la gouvernance des hôpitaux**, afin que les praticiens et les personnels non médicaux soient impliqués dans les décisions et les projets de soins.



A cette fin, APH & JM appellent tous les personnels hospitaliers à organiser des Assemblées générales dans tous les établissements afin de préparer la mobilisation à travers des actions concrètes :



- Suspension de la participation aux activités institutionnelles ;



- Organisation d'événements locaux ou régionaux permettant de rassembler les personnels et les usagers et de rendre leurs revendications publiques ;



- Réaliser un rassemblement **le 29 octobre à Paris**, jour du vote solennel du PLFSS 2020 à l'Assemblée Nationale ;



- APH & JM vont déposer un préavis de grève des soins urgents et non urgents pour le 14 novembre et participeront à l'organisation d'une grande manifestation de tous les personnels hospitaliers à Paris.



Contacts :

Jacques Trévidic, Président CPH, Président APH

Renaud Péquignot, Président AH, Vice-président APH

Marc Bétremieux, Secrétaire général APH

Raphaël Briot, Trésorier APH

Nicole Smolski, Présidente d'honneur APH

Emanuel Loeb, Président Jeunes Médecins

