

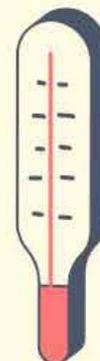
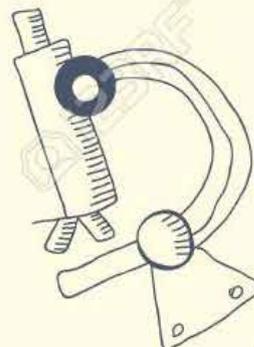
LE MAG DE L'INPH

INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS
D'EXERCICE HOSPITALIER ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

N°23

JANVIER
2022

QUADRIMESTRIEL
GRATUIT



Médecine



HÔPITAL 2027
C'EST MAINTENANT !

Help

PARTICIPEZ AU

COLLOQUE INPH

MERCREDI 09 MARS 2022

AMPHITHÉÂTRE BFM - PARIS

2022 UNE NOUVELLE CHANCE
POUR LA SANTÉ ET L'HÔPITAL PUBLIC

WWW.INPH.ORG



BUREAU

Présidente
Dr Rachel BOCHER
(CHU de Nantes)

Délégué général
Dr Patrick LEGLISE
(SYNPREFH - Draveil)

Secrétaire Général
Dr Slim BRAMLI
(FPS - Avignon)

Membre du bureau chargé des CHU
Dr Jean-Michel BADET
(SNPH - CHU - Besançon)

Membre du bureau chargé de la santé publique et de l'information médicale
Dr Jérôme FRENKIEL
(SNPH - CHU - Paris)

Vice-Président chargé Psychiatrie
Dr Michel TRIANTAFYLLOU
(SPEP - Nanterre)

Vice-Présidente chargée des Urgences
Dr Ouzna KERRAD
(Poissy-Saint-Germain)

Vice-Président chargé de la Médecine
Dr Hugues AUMAÎTRE
(SNMInf - Perpignan)

Vice-Présidente Chargée Pharmacie
Dr Cyril BORONAD
(SYNPREFH - Cannes)

Secrétaire Général Adjoint
Dr Patricio TRUJILLO
(FPS - Etampes)

Trésorier
Dr Olivier DOUAY
(SNPH - CHU - Angers)

Trésorier adjoint
Dr Bernard SARRY
(SNOHP - Limoges)

Vice-Président chargé des temps partiels
Dr Alexandre ORGIBET
(SYNPPAR - Paris)

Vice-Présidente Chargée de la Chirurgie
Dr Maud CHABAUD
(SCPF - Paris)

Vice-Président chargé de l'Université Recherche
Pr Olivier BOYER
(SHU - Rouen)

15 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

SyNPH Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Président : Dr Pierre RUMEAU	FPS Fédération des Praticiens de Santé Président : Dr Slim BRAMLI
SYNPPAR Syndicat National des Praticiens Hospitaliers à Temps Partiel Président : Dr A. ORGIBET	SYNPREFH Syndicat National des Pharmaciens Des Etablissements Publics de Santé Président : Dr Cyril BORONAD
SPEEP Syndicat des Médecins Exerçant en Milieu Pénitentiaire Présidente : Dr Emeline CHAIGNE	SNHG Syndicat National Des Hôpitaux Généraux Président : Dr Alain JACOB
CNAH Confédération Nationale des Assistants des Hôpitaux Président : Dr Jean-Marie FARNOS	SHU Syndicat Des Hospitalo-Universitaires Président : Pr Olivier BOYER
SNMInf Syndicat National des Maladies Infectieuses Président : Dr Hugues AUMAÎTRE	SNOHP Syndicat National des Odontologistes Des Hôpitaux Publics Président : Dr Bernard SARRY
SPEP Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public Président : Dr Michel TRIANTAFYLLOU	SCPF Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français Présidente : Dr Hélène LE HORS
SPHPF Syndicat des Praticiens Hospitaliers de Polynésie Française Président : Dr Marc LEVY	SYNDIF Syndicat National Des Internistes Français Président : Pr Pascal ROBLOT

SPH
Syndicat du Service Public Hospitalier
Présidente : Dr Erica MANCEL SALINO

15 SYNDICATS QUI VOUS ATTENDENT

SOMMAIRE N°23

04 ÉDITORIAL

HOPITAL 2027 C'EST MAINTENANT !

07 Rappel des positions de l'INPH concernant les H et les HU

16 Annonce du colloque INPH
« 2022 une nouvelle chance pour la santé et l'hôpital public »
Programme

18 Quel enjeu pour les hospitalo-universitaires dans les 5 ans ?
Respecter la mission !

20 PH temps partiel
Des praticiens à fidéliser, un statut à éliminer

24 Sages-femmes, nouvelle génération

ACTUALITÉS ET RÉFLEXIONS

26 Chroniques de pandémie

30 Progrès des techniques et du numérique à l'hôpital
Un rêve de qualité qui s'est transformé en cauchemar

JE L'AI LU ET VOUS AIMEREZ PEUT-ÊTRE LE LIRE AUSSI

34 Vivre avec nos morts
Livre de Delphine Horvilleur

ANNONCES

36 Les annonces de Recrutement



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

Editeur & Régie publicitaire

Reseauprosante
M. TABTAB Kamel, Directeur
6, avenue de Choisy, 75013 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05

Email : contact@reseauprosante.fr
Web : www.reseauprosante.fr

Maquette & Mise en page

We Atipik - www.weatipik.com

Imprimé à 20 000 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

LE MAG DE L'INPH

INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS
D'EXERCICE HOSPITALIER ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Édition quadrimestrielle

ISSN : 2274-7575

Directeur de Publication D^r RACHEL BOCHER

Rédacteurs en chef D^r JÉRÔME FRENKIEL
D^r ERIC OZIOL

Comité de lecture D^r JEAN MICHEL BADET
D^r MICHEL TRYANTAFILLOU
D^r MAUD WILLIAMSON
D^r PATRICK LEGLISE
D^r ANNIE SERFATY
D^r ERICA MANCEL-SALINO

L'INDISPENSABLE SURSAUT

En ce temps de pandémie mondiale
allons vers une année 2022 compliquée avec quelques idées simples

Car c'est une année charnière qui s'ouvre. Celle qui verra l'élection d'un nouveau Président de la République, différent, forcément différent, quel qu'il soit.

Le quinquennat qui s'achève aura vu nos hôpitaux mobilisés autour de l'adaptation de nos outils de soins aux aléas des virus qui frappent. Chacun le sait aujourd'hui, nous avons dû créer, imaginer, inventer, assurer, assumer, gérer le plus souvent dans un contexte d'improvisation. Et nous l'avons fait. Dans des conditions dont l'observation conduit à la réflexion.

Cette réflexion c'est aux professionnels de la défendre, solidairement. Aux politiques de la comprendre, de se l'approprier et de la déployer.

Dans ces « temps hors du temps » chaque professionnel a tenu bon, quoi qu'il en pense, quoi qu'il lui en coûte.

C'est notre engagement.

Mais passées les réelles avancées objectives issues du Ségur 1, il reste qu'une élection n'efface pas l'urgence, que les professionnels sont fatigués et, plus grave encore, leur désappointement s'est inévitablement enkysté.

Donc l'INPH forme en ce début d'année 2022 des vœux pour tous de santé et de réalisations personnelles, mais également des vœux pour chacun de nous en particulier, confrontés quotidiennement à la

fragilité d'un système, marqué par ces travaux pratiques grandeur nature qui soulignent en creux les carences, les oublis et les manques : une vision à spectre large doit s'imposer.

La lassitude et les « burn out » sur l'ensemble du territoire métropolitain comme hors métropole, caractérisent et aggravent les tensions.

L'INPH, premier inter-syndicat des praticiens des hôpitaux publics français, est aussi en tête de la mobilisation contre les retards qui s'accumulent, et les débuts de solutions qui n'en sont déjà plus.

Alors le Ministre Olivier VERAN, serait-il un disciple d'Henri QUEUILLE, Président du Conseil de la 3^{ème} république qui aimait ainsi à rappeler : « *qu'il n'est pas de problème dont une absence de solution ne finisse par venir à bout* ».

Mais nos hôpitaux ne s'en contenteront pas. La qualité des soins est trop attaquée, trop malmenée.

Lors de son prochain colloque, le mercredi 9 mars prochain à Paris, l'INPH rappellera l'impérieuse nécessité de prospective en présence des différents acteurs du monde de la santé.

Les praticiens, hospitaliers comme hospitalo-universitaires, les pharmaciens, les sages-femmes, toutes générations confondues font et feront ensemble le constat de l'urgence à traiter.

Que ce soit :
Les enjeux pour les hospitalo-universitaires dans les 5 ans.
Le devenir pour les temps partiels.
La nouvelle génération des sages-femmes.
L'attente des indispensables évolutions des avancées du Ségur 1.

Dans ce numéro 23 de votre magazine INPH, les auteurs ouvrent des pistes.

Car l'INPH prendra, comme toujours, ses responsabilités dans les semaines avec d'autres, avec tous les autres pourquoi pas « *puisque aucun de nous ne sait ce que nous savons tous ensemble* » (Euripide).

En 2022, l'heure toujours reste à la mobilisation générale : voilà ce qui est attendu par chacun de nous. Mais l'anxiété, l'impatience, l'incertitude et la lassitude conjuguées doivent-elles irrémédiablement composer l'explosif cocktail mis en musique par les adeptes des grands soirs ?

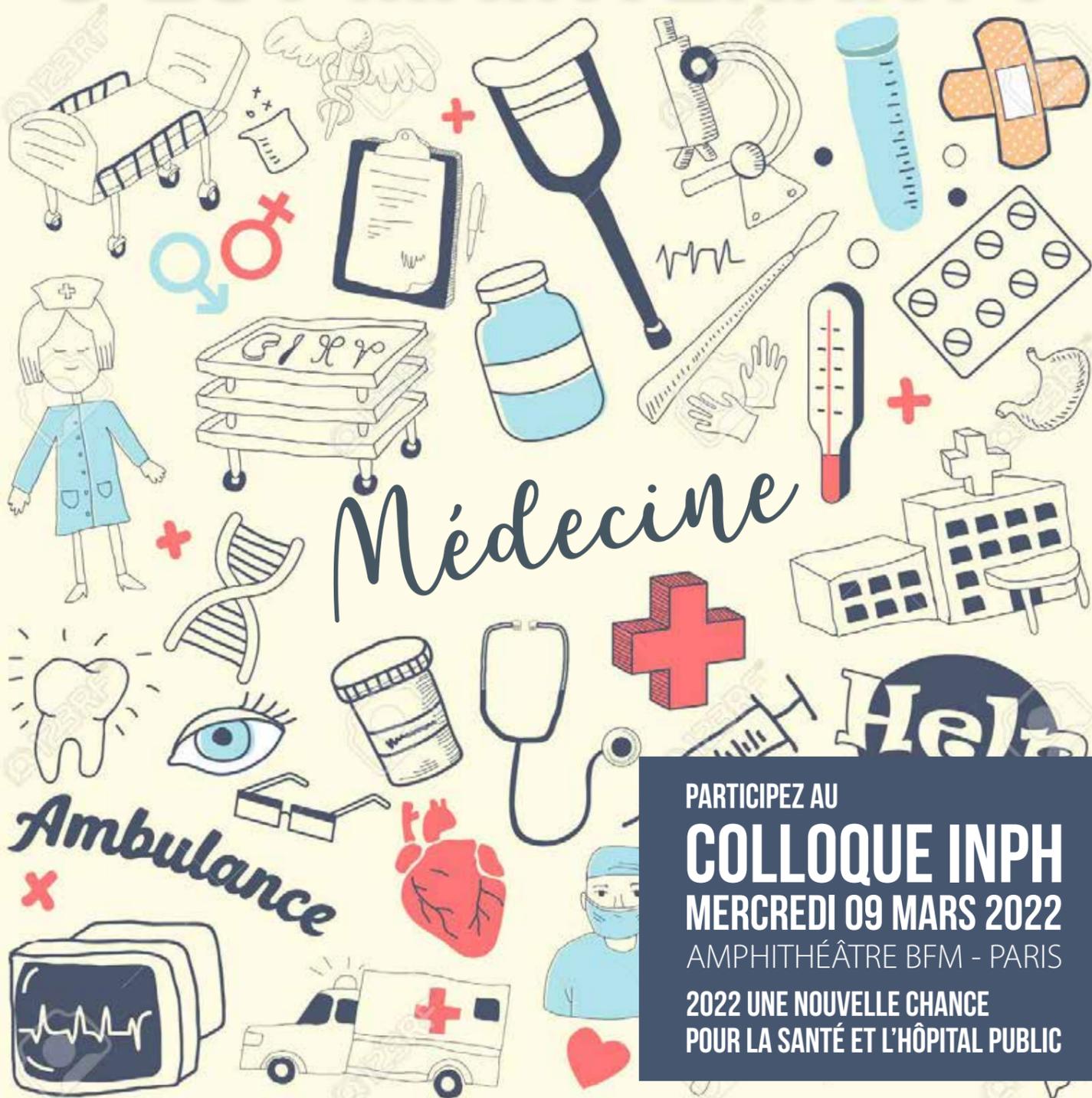
Les temps changent.
Les temps ont changé.
Les praticiens des hôpitaux publics restent à leurs postes.
Agissent, soignent.
S'opposent.
Et proposent.
Avec raison !

Jusqu'à quand ?

Présidente de l'INPH
Dr Rachel BOCHER



HÔPITAL 2027 C'EST MAINTENANT !



PARTICIPEZ AU
COLLOQUE INPH
MERCREDI 09 MARS 2022
 AMPHITHÉÂTRE BFM - PARIS
**2022 UNE NOUVELLE CHANCE
 POUR LA SANTÉ ET L'HÔPITAL PUBLIC**

RAPPEL DES POSITIONS DE L'INPH CONCERNANT LES H ET HU



D^r Patrick LÉGLISE
 Vice-président du SYNPREFH
 Délégué général de l'INPH

Comme notre présidente l'a annoncé le 13 Juillet 2020, le Ségur de la santé n'est qu'un point de départ de la refondation des hôpitaux publics. A l'aube du prochain quinquennat présidentiel, l'INPH rappelle ses positions et propose une feuille de route pour le prochain gouvernement afin d'achever cette refondation.

POUR UN EXERCICE MÉDICAL À L'HÔPITAL PUBLIC ATTRACTIF, LIBRE, INDÉPENDANT, DÉONTOLOGIQUE ET JUSTEMENT RÉMUNÉRÉ

L'hôpital public est aujourd'hui confronté à une crise de démographie médicale en partie liée à la baisse d'attractivité des carrières hospitalières et hospitalo-universitaires. Nos statuts doivent nous permettre de prendre soin des patients dans les conditions d'un exercice professionnel libre, indépendant et répondant à l'obligation de moyens imposée par le code de déontologie. Ce retour d'attractivité ne pourra pas se faire sans une revalorisation significative de l'ensemble des rémunérations, sans l'assurance d'une continuité des carrières, sans la reconnaissance de valences dites « non cliniques » et sans une amélioration significative des conditions de travail.

L'INPH propose une série de mesures et de principes visant à garantir et promouvoir les statuts de praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires afin de recréer les conditions d'attractivité de l'hôpital public et de fidéliser le corps médical à l'hôpital :

- ☑ **Préserver et renforcer la nomination nationale des PH** à partir d'une liste aptitude nationale établie par une commission nationale de pairs gérée par le CNG.
- ☑ **Sanctuariser le cœur du statut HU** en garantissant l'indissociabilité de la fonction HU : soin, enseignement et recherche.

- ☑ Le Ségur de la santé a revalorisé globalement l'exercice médical hospitalier d'environ 6 % or **une revalorisation complémentaire globale de 24 % de toutes les grilles salariales (PH, MCU-PH et PU-PH)** est nécessaire compte tenu de l'absence d'évolution significative des revenus depuis plus de vingt ans.
- ☑ **Ramener à 26 ans la grille d'évolution salariale des PH** en la réduisant de 6 ans.
- ☑ **Aligner les grilles des émoluments hospitaliers des PU-PH et MCU-PH** sur une grille unique.

- ☒ **Rapprocher certaines dispositions statutaires des HU de celles des PH** pour les conditions d'exercice hospitalier (accès au temps partiel, congés, etc.) et **proposer une véritable retraite hospitalière aux HU**.
- ☒ **Aligner les grilles de rémunération des praticiens contractuels** (Chef de clinique, assistant spécialiste, praticien attaché, nouveau praticien contractuel, ...) sur la grille de rémunération des PH.
- ☒ **Intégrer automatiquement les praticiens attachés en CDI au corps des praticiens hospitaliers** dès lors qu'ils sont inscrits sur la liste d'aptitude nationale.
- ☒ **Revaloriser significativement l'Indemnité d'Engagement de Service Public Exclusif**, 2000 € mensuels sans condition d'ancienneté dans le statut, afin de valoriser l'engagement dans le secteur public.
- ☒ **Reconnaître la particularité du rôle central de l'hôpital public dans la permanence des soins** en la revalorisant significativement :
 - **Revaloriser les indemnités de sujétion** en les alignant à minima sur les indemnités de garde des personnels enseignants et hospitaliers.
 - **Décompter la période de travail de nuit comme 3 demi-journées** dans le calcul des obligations de service.
- ☒ **Améliorer les conditions d'exercice**, en « repyramidant » la charge des gardes sur une carrière par un dispositif garantissant son allègement à partir du milieu de carrière.
- ☒ Dans le cadre du décompte des obligations de service en demi-journées, **valoriser les 2 demi-journées de jour à 4 heures chacune et les 3 demi-journées de nuit à 5 heures chacune**.
- ☒ **Valoriser le temps de travail additionnel à partir de la 41^{ème} heure de travail hebdomadaire** et non pas à partir de la 49^{ème} heure.
- ☒ **Définir le temps de travail nécessaire à l'accomplissement des missions -de l'équipe -du service -de l'équipe territoriale** (soins, valences non cliniques, formation recherche, activités d'intérêt général, activités syndicales, activité privée à l'hôpital) afin de déterminer l'effectif nécessaire cible de l'équipe médico-soignante du service.
- ☒ **Intégrer automatiquement les MCU-PH hors classe titulaires d'une Habilitation à Diriger les Recherches** dans le corps des PU-PH.
- ☒ **Accorder l'utilisation du titre de « professeur »** à tous les MCU-PH et aux PH détenteurs d'une HDR.
- ☒ **Décontingenter** l'accès à la Hors-Classe des MCU-PH et à la Classe Exceptionnelle des PU-PH.
- ☒ **Créer des missions d'enseignement et de recherche pour les PH, (par exemple sur le modèle des PAST)** qui doivent être reconnues à plusieurs niveaux : temps (valences), rémunération et valorisation universitaire (l'institution d'enseignement ou de recherche). Ces valences permettent un exercice pluriel

de la carrière de praticien hospitalier grâce un parcours diversifié et valorisant.

- ☒ **Prendre en compte les missions d'enseignement et de recherche** dans le calcul des effectifs cibles de praticiens.
- ☒ **Proposer aux HU volontaires la possibilité d'un exercice « hors les murs » du CHU** en créant des postes universitaires là où apparaissent des besoins et des spécificités, que ce soit dans le secteur public ou le secteur privé.
- ☒ **Faciliter la coopération entre l'hôpital et son territoire** par la mise à disposition à temps partiel ou complet, sans limite de temps, sur la base du volontariat, avec conservation des statuts, émoluments et primes, de praticiens hospitaliers pour des structures reconnues participant au service public de santé, des organisations territoriales de soins, administrations et groupements participant à l'organisation du système de santé.
- ☒ **Faciliter la création de réseaux ville/hôpital** (staff commun, adressage facilité, participation aux astreinte ou aux gardes...).
- ☒ **Créer des possibilités de changer de nature d'exercice en cours de carrière** en rendant possible des reconversions dans une autre spécialité, des passerelles pour intégrer la recherche ou faciliter le changement de statut H vers HU en cours de carrière.
- ☒ **Revaloriser une Formation Médicale Continue** à hauteur de 3 % de la masse salariale.

- ☒ **Autoriser un congé des PH pour formation/recherche/reconversion** avec maintien du salaire pour une durée d'un trimestre par deux ans travaillés à plein temps dans la limite d'un an de congé (à l'image des HU). Ces dispositions sont déjà possibles avec la mise en recherche d'affectation mais il faudrait élargir le « quota » et permettre le retour sur l'établissement à l'issue d'une formation longue.

- ☒ **Mieux reconnaître le temps du dialogue social** par la création de valences syndicales supplémentaires.
- ☒ **Mettre en place un service de santé au travail** pour les praticiens hospitaliers indépendant de l'administration hospitalière et de la hiérarchie hospitalière avec prise en charge obligatoire par un médecin accédant à une équipe complète infirmière, ergono-

mique et rééducative de santé au travail. Les recommandations d'adaptation du poste de travail s'imposent à l'administration hospitalière.

- ☒ **Instaurer une Mutuelle obligatoire** aussi pour les praticiens.
- ☒ **Mettre à disposition des praticiens** des crèches, salles de sports, garages à vélos, des chambres de garde décente, ...

POUR UNE GOUVERNANCE BIENVEILLANTE (HOSPITALIÈRE, TERRITORIALE ET RÉGIONALE) AU SERVICE DES SOIGNANTS ET DES PATIENTS

L'hôpital public est aujourd'hui confronté au défi de construire l'avenir dans un contexte de crises : de son financement, de sa gestion, de sa gouvernance et de ses

La crise COVID-19 a permis de mettre en évidence que le dispositif actuel des ARS régionales recen-

trées sur les grandes régions s'apparentait plus à du féodalisme qu'à

L'hôpital public est aujourd'hui confronté au défi de construire l'avenir dans un contexte de crises : de son financement, de sa gestion, de sa gouvernance et de ses valeurs.

valeurs. L'INPH répond à ce défi par un ensemble de propositions volontaristes et responsables, remplaçant les patients comme les professionnels au centre de l'hôpital, et l'hôpital dans ses valeurs fondamentales à

sa juste place dans le système de santé. L'objectif des propositions suivantes visent à **remédicaliser** la gouvernance des hôpitaux, **responsabiliser** les médecins, pharmaciens et odontologistes dans l'organisation des soins et **restaurer** la notion d'équipe médico-soignante ce qui existait avant la loi HPST.

Les compétences que les acteurs de santé (publics, privés ou libéraux) demandent, ni la légitimité, les responsables d'Etablissement de Santé s'adressant directement au siège. Seuls les acteurs de santé de terrain (libéraux et hospitaliers) disposent de la connaissance intime de leur territoire et ils doivent non seulement être associés à la politique territoriale de santé mais centraux et décisionnaires dans sa mise en œuvre et sa conception. Il convient donc de repenser en profondeur le fonctionnement des ARS afin que la notion de médecine adaptée au territoire soit une réalité de terrain et pas un simple concept technocratique.



L'INPH propose une série de mesures et de principes visant à refonder une gouvernance hospitalière territoriale et régionale bienveillante au service des soignants et des patients :

- ☒ **Abroger la loi HPST.**
- ☒ **Médicaliser la gouvernance** : réinvestir la Commission Médicale d'Etablissement en matière de stratégie, de gestion, de qualité des soins, de progrès médical et de gestion des personnels médicaux.
- ☒ **Démocratiser la gouvernance**, par un rééquilibrage des prérogatives entre la Commission Médicale d'Etablissement et le Directoire.
- ☒ **Donner des responsabilités à la Commission Médicale d'Etablissement** en matière budgétaire : objectifs, exécution et suivi, et lui garantir avec le DIM les moyens de son expertise et l'indépendance de ses décisions.

- ☒ **Inscrire la gouvernance de l'hôpital dans un projet territorial médicalisé et démocratique**, associant également les soignants et les usagers.
- ☒ **Replacer le service au centre de l'organisation médicale et soignante**, et rendre au Chef de service les moyens administratifs et matériels de ses missions.
- ☒ **Associer concrètement le service dans la préparation et l'exécution budgétaire** : préparation de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) avec le DIM et l'Administration, et exécution dans le cadre d'une large délégation de gestion en adéquation avec les objectifs du projet médical d'établissement validés par la CME.
- ☒ **Reconnaître les fonctions médicales de gouvernance et de gestion**, pour les PH comme pour les hospitalo-universi-

taires, par la création de valences et de formations spécifiques. Mettre en place des et de formations spécifiques, incluses dans le temps de travail et dissociées du DPC.

- ☒ **Garantir respect et bienveillance aux patients comme aux professionnels**, par une gestion juste et transparente des situations individuelles et de la politique de prévention des risques psychosociaux.
- ☒ **Confier certaines missions** (gestion de la santé publique, de la veille et de la réponse épidémiologique sur les territoires) au terrain (Etablissements de Santé et libéraux).
- ☒ **Recentrer les missions de l'ARS** sur la régulation de l'offre de soins, mais en concertation permanente avec les acteurs de terrain que sont les médecins (libéraux et hospitaliers).

POUR UN FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ADAPTÉ AUX BESOINS POPULATIONNELS

L'état des lieux du financement de santé montre :

- ☒ Une déconnexion des missions et des moyens, ayant abouti à un rationnement catastrophique et un endettement lié au fonctionnement et non à l'investissement.
- ☒ Une absence de rationalisation de l'offre sanitaire et de son organisation.
- ☒ Une carence de vision de santé publique.
- ☒ Une dérive des coûts de l'innovation incompatible avec le

maintien d'une offre de qualité pour tous.

- ☒ Une dérive progressive du reste à charge remettant en cause le principe d'universalité d'accès aux soins.

Sur la base des principes fondamentaux suivants :

- ☒ Tout patient doit pouvoir accéder à des soins de qualité sans conditions de ressource.
- ☒ Indépendamment de toute chose, les producteurs de soins doivent avoir les moyens de leurs missions.

- ☒ Dans ses missions essentielles, le système de santé doit être un service public, incluant une proportion significative d'opérateurs publics.

L'INPH propose de :

- ☒ **Réformer profondément ou remplacer l'ONDAM**, afin de reconnecter les financements aux besoins.
- ☒ **Maintenir la T2A, mais sur un périmètre plus restreint** (piste de réflexion : les charges variables), en complément d'un financement lié à une

programmation pluriannuelle établie dans des conditions de démocratie et de transparence.

- ☒ **Reprendre de l'intégralité de la dette** des hôpitaux.
- ☒ **Développer significativement le financement de la prévention**, tous secteurs confondus.
- ☒ **Converger progressivement vers un financement populationnel régional**, fondé sur les besoins objectifs des populations.
- ☒ **Renforcer très significativement la démocratie sanitaire**, dans les éléments d'orientation de la politique régionale de santé, son financement, et sa régulation.

- ☒ **Réformer profondément l'Assurance maladie**, en incluant : la transparence des modes de décision et de la gestion, la suppression des conflits d'intérêt (externalisation des contrôles à des organismes indépendants), la simplification radicale de la tarification et de la facturation, la remise en question du reste à charge.
- ☒ **Réformer de façon volontariste l'intégration des opérateurs de santé**, publics et privés, avec pour objectif le parcours du patient dans d'une maîtrise médicalisée de la dépense dans un contexte économique contraint. Recentrer les diffé-

rents acteurs sur leur cœur de métier. **L'efficience doit être le résultat de la rationalisation, pas du rationnement.**

- ☒ **Orienter le financement de la Psychiatrie vers un financement populationnel**, dans le cadre d'une politique territoriale.
- ☒ **Simplifier le modèle de financement des SSR (T2A).**
- ☒ **Porter une politique européenne de la santé** et de la protection sociale, dans ses dimensions sociale, industrielle et d'excellence.

POUR UNE ORGANISATION TERRITORIALE PERMETTANT UN ACCÈS UNIVERSEL À DES SOINS DE QUALITÉ

Voici les constats des praticiens sur **le tes** territoires de santé :

- ☒ Inégalité d'accès aux soins.
- ☒ Incohérence des organisations territoriales hospitalières et libérales.
- ☒ Insuffisance de l'offre médico-sociale.
- ☒ Inégalité de la formation des professionnels de santé.

Les objectifs identifiés par l'INPH :

- ☒ **Qualité et égalité d'accès aux soins et à la formation** des professions de santé.
- ☒ **Avoir une conception médicale** du territoire.
- ☒ **Obtenir la participation volontaire des praticiens au projet.**
- ☒ **Organiser un parcours de soins progressif et cohérent** de la CPTS et du médecin libéral vers le CH(U) : territoire

de soins (GHT) - organiser un parcours de formation contractualisé de l'Université vers les structures non U : territoire de formation (« GHTU ») territorial.

L'INPH propose une série de mesures pour mettre en place une offre de soin et de formation territoriale de qualité accessible à tous :

- ☒ **Définir des moyens sanitaires et médico-sociaux nécessaires au sein des territoires** par les professionnels et les usagers.
- ☒ Les CPTS et les médecins libéraux doivent constituer un premier niveau accès aux soins et mettre en route le parcours de soins adapté aux malades et à sa pathologie ; idéalement ce niveau devrait déjà tendre vers une permanence des soins.

☒ **Etablir le lien hôpital – secteur libéral** : mixité d'exercice, mise à disposition des moyens (numériques mais aussi humains nécessaires à la qualité de ce lien : IDE de liaison, assistance sociale, secrétariat...).

- ☒ **Organiser la hiérarchisation de l'offre de soin** de l'hôpital de proximité (petites urgences, soins de suite, hébergement d'aval) vers le centre hospitalier (soins courants sur plateaux techniques, consultations avancées) « puis » le CHU (soins « ultra spécialisés », activités de recours, mais aussi soins courants et de proximité pour la population avoisinante).
- ☒ Les établissements privés trouvent leur place dans cette hiérarchisation de l'offre de soins, quel que soit le niveau, en fonction de leurs capacités.

- ☒ **Protéger les populations les plus fragiles** : petite enfance, « 4^{ème} âge », handicapés, lutter contre le refus de soins.
- ☒ **Adapter la territorialité** des CPTS et des GHT : "territoires de soins".
- ☒ **Renforcer la formation** de tous les métiers de santé et les adapter aux besoins territoriaux (toutes les structures, hospitalières ou non, publiques ou privés, peuvent trouver leur place dans la formation des différents professionnels de santé, en fonction de leurs spécificités et capacités).
- ☒ **Mettre en place des parcours de formation** contractualisés du CHU vers les structures non U : "territoires de formation".
- ☒ La notion d'équipe médicale universitaire peut être élar-

gie à un territoire « universitaire » différent de la région et variable selon les besoins de chaque spécialité ; cette équipe médicale universitaire, sous la responsabilité d'universitaires titulaires, doit passer des contrats de formation et de recherche sous le contrôle de l'UFR au niveau régional et des CNU concernés au niveau national.

- ☒ On définit ainsi deux types de territoires :
 - **Un territoire de soins (GHT)**, de la CPTS vers le CH, voire le CHU ;
 - **Un territoire de formation (« GHTU »)**, de l'Université vers la CPTS.
- ☒ Ces territoires peuvent avoir un périmètre différent en fonction des structures hospitalières qui

le constituent et des besoins de formation encadrée par des Maîtres de stage universitaires. Cette organisation en réseaux territoriaux permettrait aussi d'y élargir le champ des recherches et des personnels concernés par celle-ci.

- ☒ **Donner aux ARS un rôle non directif de coordination** entre professionnels de santé et établissements de soins et médico-sociaux de tous statuts pour définir les moyens nécessaires et adaptés aux besoins sanitaires et médico-sociaux territoriaux et non régionaux.
- ☒ **Donner à l'Université un rôle d'encadrement** des formateurs et de la recherche dans ces territoires.

Les praticiens H et HU doivent **travailler en équipe** dans des structures de soins soucieuses et respectueuses du facteur humain du système hospitalier.

Un exercice HU « hors les murs » avec les hôpitaux non-U, les structures privées, en France ou à l'étranger devrait être institutionnalisée.

En ce qui concerne le CHU d'aujourd'hui, il devrait accompagner l'universitarisation en cours des différentes professions liées à la Santé, en valorisant l'approche **pluri-professionnelle**, incluant **une formation et une recherche hors les murs**, ouverte sur la société, **en adéquation avec les besoins** médicaux et de santé de la

population du bassin de vie dans lequel l'hôpital est implanté, **sans discrimination ni sélection des pathologies** fondées sur des critères économiques ou financiers.

POUR UNE REDÉFINITION DES MISSIONS DES PRATICIENS ET LEUR REDONNER DU SENS

Les missions fondamentales des médecins, pharmaciens et odontologistes à l'hôpital public qu'ils soient hospitaliers ou hospitalo-universitaires doivent être redéfinies.

Soigner, former, transmettre, accueillir, donner envie, donner confiance, prendre en charge dans le cadre d'une vision globale du soin, inventer et innover sont autant de missions qui forgent la vision de l'INPH.

L'importance de ces différentes missions permettra de garder et de promouvoir les meilleurs praticiens au sein d'un hôpital public de qualité.

Pour un Hospitalier (H) ou un Hospitalo-Universitaire (HU) l'attractivité de la mission réside dans le **plaisir de s'améliorer en permanence, de transmettre et de contribuer au progrès de la médecine et de la santé dans sa globalité** : accueil, soins, réhabilitation, soutien, information, éducation, aide... Elle se nourrit aussi d'une forme de gratification liée à la reconnaissance d'une disponibilité et d'une stabilité (permanence) de la **compétence**, couplée à la notoriété d'un exercice

dédié au patient, indissociable de la **liberté de choix des thèmes de travail** et d'organisation d'une vie professionnelle faite de contacts et de relations humaines.



POUR UN DIALOGUE SOCIAL DE QUALITÉ, PROTECTEUR ET RESPECTUEUX DES PRATICIENS

Le dialogue social pour les praticiens hospitaliers inclut tous types d'échanges d'information, de consultation, de concertation ou de négociation entre **les représentants du gouvernement** (ministre, cabinet, services centraux (en particulier DGOS) et services déconcentrés : ARS) et **les représentants des praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires** (les inter-syndicats représentatifs), sur des questions relatives à la politique hospitalière et au statut des praticiens hospitaliers.

L'objectif principal du dialogue social est de rechercher la formation d'un consensus entre les parties ainsi que leur participation démocratique.

L'absence de définition entre les parties d'un contenu préétabli précis et d'agenda induit tous les risques de malentendus et de leurs conséquences.

La notion de dialogue social pré-suppose que les parties en présence aient une culture de compromis et sous-entend une information adaptée.

Dialogue social local :

- ☒ Un dialogue social de qualité au niveau local est indispensable au bon fonctionnement de l'établissement et à la **bonne qualité de la vie au travail** des agents publics qui y travaillent.
- ☒ Le projet médical, le projet social et le règlement intérieur doivent **préciser un dialogue social local** qui n'est pas défini réglementairement.
- ☒ La CME, instance de représentation des praticiens hospitaliers, participe avec la représentation de la direction au dialogue social local.
- ☒ Le partage de l'information sur la stratégie et le devenir de l'établissement doit être la règle. L'information doit se faire de bas en haut et de haut en bas et doit respecter le droit à l'expression.
- ☒ Un dialogue structuré des différents acteurs, pour ce qui les concerne, au niveau du service, du pôle et de l'établissement est indispensable.
- ☒ En cas de conflit, non résolu au niveau du service ou du pôle,

la **CME organise une conciliation** entre les parties en conflit. Chacune des parties peut être **accompagnée par la personne ou l'organisation de son choix.**

- ☒ Le rôle de la médecine du travail doit être renforcé pour améliorer la qualité du dialogue social.
- ☒ Les statuts des personnels médicaux doivent être respectés mais les discussions d'évolution des statuts ne peuvent pas se faire au niveau local.
- ☒ L'organisation du groupement hospitalier de territoire (GHT) respecte le dialogue institué au niveau des établissements parties.
- ☒ Le Collège médical ou la CME de GHT prolonge le dialogue social notamment en matière d'organisation et de mobilité inter établissement.
- ☒ Le Projet médical partagé (PMP) exprime la qualité du dialogue social notamment au niveau du territoire.
- ☒ **Les statuts des personnels médicaux doivent être respectés** et les discussions d'évolution des statuts sont de niveau national.



Dialogue social régional :

- ☒ L'organe du dialogue social au niveau régional est la **Commission Régionale Paritaire (CRP)** dont l'organisation est paritaire entre les représentations syndicales de praticiens et les représentants de l'Administration.
- ☒ Son utilisation dans ce but est très inégale selon les régions.
- ☒ **La CRP est le premier niveau d'intervention institutionnelle des Inter-syndicats** représentatifs des praticiens hospitaliers. A ce titre la réglementation doit être respectée en totalité.
- ☒ La CRP dispose de droits concernant l'organisation régionale de l'hospitalisation publique et en particulier de la permanence des soins. Ces droits sont selon les régions très inégalement respectés malgré des textes réglementaires précis et clairs.
- ☒ La CRP dispose d'un rôle d'étude et de résolution des conflits qui n'auraient pas trouvé de solution locale. L'utilisation de ce dispositif est très inégale selon les régions.

Dialogue social national :

☒ Le niveau national du dialogue social est celui de l'évolution des statuts des Praticiens de l'Hôpital public et de l'organisation hospitalière publique.

Prévention et gestion des conflits :

La prévention des conflits repose sur un dialogue social de qualité à tous les niveaux. Le droit à l'expression de chacun est indispensable :

- ☒ **La connaissance du projet d'établissement et de celui du GHT et des dispositions statutaires doivent être partagées par l'ensemble des praticiens de l'hôpital.**
- ☒ Une **formation** générale des praticiens entrants concernant le système de santé et l'organisation hospitalière doit être intégrée à leur processus d'intégration. La formation des praticiens pressentis pour des responsabilités institutionnelles (chefs de service, responsables d'unités et chefs de pôle) doit être renforcée en sciences humaines, management et évaluation.

☒ **Le dialogue précoce concernant un conflit débutant est la meilleure garantie de succès de sa résolution.**

La gestion des conflits peut utiliser l'ensemble des niveaux du dialogue social :

- ☒ Les dispositifs mis en place par la CME et la CRP permettent le traitement précoce des conflits.
- ☒ Les dispositifs de médiation nationale et interrégionale ou régionale sont définis par des textes réglementaires. Ils sont basés sur la volonté des parties en conflit de rechercher, sous l'égide d'un médiateur formé indépendant et neutre, une solution équitable qui fera l'objet d'un contrat de médiation signé par l'ensemble des parties.
- ☒ L'échec de ces dispositifs peut conduire à l'ouverture de procédures disciplinaires : commissions de discipline, insuffisance professionnelle.
- ☒ Des contentieux juridiques auprès des tribunaux administratifs ou ordinaux, peuvent être ouverts concrétisant l'échec du dialogue social.



Protéger les professionnels de santé, tout simplement



MNH MEDICEO, L'OFFRE COMPLÈTE SANTÉ ET PRÉVOYANCE DÉDIÉE AUX MÉDECINS HOSPITALIERS.

NOUVEAU : La MNH vous accompagne pour votre complémentaire santé, et aussi pour vous protéger face aux risques d'accidents de la vie, de décès, d'invalidité et d'arrêt de travail.



COLLOQUE INPH

INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS D'EXERCICE HOSPITALIER ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRE



MERCREDI
09 MARS
2022

AMPHITHÉÂTRE
BFM **PARIS**

« 2022 : UNE NOUVELLE CHANCE POUR LA SANTÉ ET L'HÔPITAL PUBLIC »

ENTRE ESPOIRS DÉÇUS, DEMANDES EN SOUFFRANCE
ET RÉPONSES CONCRÈTES, LES ÉQUIPES DES CANDIDATS
À LA PRÉSIDENTIELLE RÉPONDENT

PROGRAMME

13H00 : ACCUEIL DES PARTICIPANTS

13H30 : LES ENJEUX

DR RACHEL BOCHER, PRÉSIDENTE DE L'INPH
DGOS

14H15 À 15H45 : 1^{ÈRE} TABLE RONDE
« BILAN DU SÉCUR - STATUTS, FINANCEMENTS,
FORMATION, DÉMOGRAPHIE, GOUVERNANCE... »

L'INPH FACE À 5 GRANDS TÉMOINS :
ANEMF ; DIRECTEURS ; ARS ; CNOM ; FHF ; LA CONFÉRENCE DES DOYENS ; CNG

16H00 À 17H45 : 2^{ÈME} TABLE RONDE
« L'HÔPITAL 2022-2027 - LES SOLUTIONS »

MODÉRATEUR ANIMATEUR : PASCAL BEAU
EUROPE ÉCOLOGIE LES VERTS ; EN MARCHÉ ; FRANCE INSOUMISE ; LES RÉPUBLICAINS ;
PARTI COMMUNISTE ; PARTI RADICAL DE GAUCHE ;
PARTI SOCIALISTE ; RASSEMBLEMENT NATIONAL ; RECONQUÊTE

17H45 : CONCLUSION

18H00 : COCKTAIL (SOUS RÉSERVE)

Inscription auprès du secrétariat au **02.53.52.63.57**
bp-secretariat-inph@chu-nantes.fr

AMPHITHÉÂTRE BFM
56-60 Rue de la Glacière - 75013 Paris
Métro : ligne 6 (Arrêt Glacière)

QUEL ENJEU POUR LES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DANS LES 5 ANS ? RESPECTER LA MISSION !



Pr Guillaume CAPTIER
Président du Syndicat des Hospitalo-Universitaires

L'incertitude a été le fil rouge de la 17^e édition des assises nationales hospitalo-universitaires à laquelle, contrairement aux 16 éditions précédentes, le Syndicat des Hospitalo-Universitaires n'était pas convié ! Cette incertitude témoigne de la prise de conscience du système complexe dans lequel la santé tente d'évoluer avec des paramètres souvent incontrôlables et une surcharge normative contraignante qui rendent toutes les prévisions au mieux aléatoires, en pratique impossible.

De surcroît, les responsables tutélaires ignorent les HU, acteurs essentiels et fondateurs de ce système : un CHU sans HU n'aurait qu'une existence virtuelle. Il faut a contrario au quotidien prendre les décisions nécessaires au plus près du terrain pour avancer et développer une approche innovante, source de progrès pour l'avenir. L'incertitude n'est pas le chaos, il faut au contraire simplifier, libérer, s'adapter et se recentrer sur la mission qui elle seule donne clairement la direction : enseigner, chercher et soigner !

La formation de tous les professionnels de santé, qu'elle soit initiale ou continue, doit être la priorité. La formation par l'enseignement, la formation par la recherche, la formation par et pour les soins est au cœur de la mission depuis plus de 60 ans. Elle est le gage de la qualité des soins, du recrutement et du renouvellement des acteurs de santé, formateurs, maîtres de conférences, professeurs, en accord avec la démographie et les besoins de la population. Cette question de la formation en santé doit être au centre du débat politique des candidats à la présidentielle, car le prochain président et son gouvernement devront démontrer leur capacité à prendre en compte l'avis de ceux qui assurent le fragile équilibre du fonctionnement hospitalier et universitaire et adapter en permanence notre système aux défis de la santé. Tâche d'autant plus lourde que le mal perdure depuis plus d'une décennie, avec l'abandon de la vision médicale de l'hôpital au profit d'un fonctionnement de type entreprise et l'adoption d'un mode de financement inadapté. La priorité des priorités est de redonner du sens et d'évoluer vers un système à

plification du mille-feuille actuel qui empile les strates de pseudo décision et de pseudo responsabilité afin de redonner de la liberté d'action soignante adaptée aux enjeux.

La formation à cette mission ne se conçoit pas sans attractivité.

La question est primordiale pour que les jeunes s'engagent dans les métiers de la santé, pour faire renaître des vocations et pour que les plus expérimentés retrouvent les moyens et le temps de former les plus jeunes.

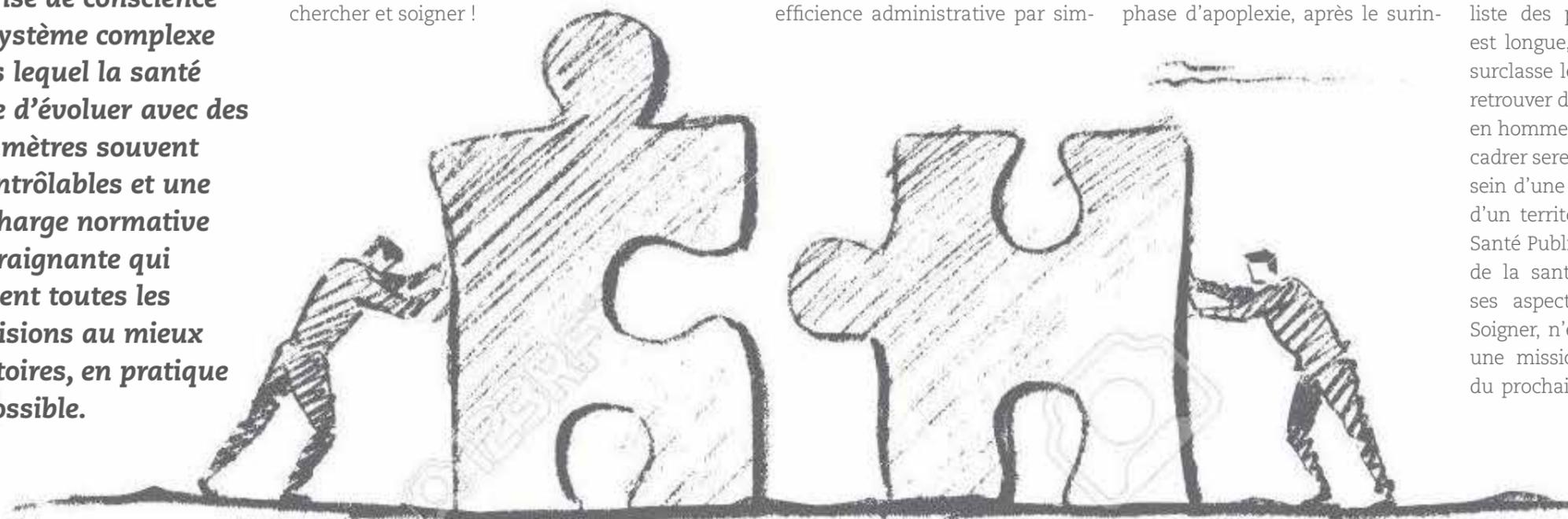
Un contrat générationnel de confiance est à remettre en place au sein d'une université forte et d'un hôpital libéré à l'échelle d'un territoire de santé. Bien avant la crise sanitaire les signaux d'alarme étaient déjà au rouge sans être vus par les autorités politiques et administratives. La crise a révélé l'extrême fragilité du système qui est dorénavant en phase d'apoplexie, après le surin-

vestissement auquel ont répondu les professionnels de santé. La vacance des postes à pourvoir en est le triste témoin. Le SÉGUR s'est révélé très en deçà des espérances sans redonner du sens à l'hôpital public dans sa gouvernance, quant à la part universitaire elle a été tout simplement ignorée. D'ail-

leurs, la publication en fin d'année, des textes censés traduire l'écoute et la volonté des tutelles de redonner de l'attractivité au secteur HU, a été reçue comme une gifle doublée d'un mépris à l'égard des HU, titulaires et non titulaires, tant l'abîme est

La formation à cette mission ne se conçoit pas sans attractivité. La question est primordiale pour que les jeunes s'engagent dans les métiers de la santé, pour faire renaître des vocations...

flagrant entre les discussions, les promesses et le résultat tel qu'il apparaît au JO. La réforme des retraites a été repoussée sine die. C'est une préoccupation forte des hospitalo-universitaires de voir évoluer leur pension en intégrant la part hospitalière, afin de corriger un anachronisme, inaudible pour les nouvelles générations. La liste des préoccupations des HU est longue, mais il en est une qui surclasse les autres en l'espèce, de retrouver des moyens en femmes et en hommes permettant enfin d'encadrer sereinement la formation au sein d'une université, d'un hôpital, d'un territoire dans l'intérêt de la Santé Publique et plus simplement de la santé du public dans tous ses aspects. Enseigner, Chercher, Soigner, n'est pas un slogan, mais une mission indissociable, réalité du prochain quinquennat.



PH TEMPS PARTIEL

DES PRATICIENS À FIDÉLISER, UN STATUT À ÉLIMINER



Dr Pierre RUMEAU
Président du Syndicat National des Praticiens Hospitalier

PRÉAMBULE

Un statut dans la fonction publique a deux objectifs : assurer la pérennité de la fonction par-delà les changements politiques, garantir la qualité du service public en conformité avec l'article 1 de la constitution¹.

Un praticien peut exercer à temps partiel sous plusieurs statuts et dans le respect de son indépendance professionnelle garanti par le Conseil de l'Ordre². Si son mode d'exercice principal est autre, il peut légitimement exercer sous statut contractuel (statut de « nouveau » praticien attaché ou NPC³). C'est aussi pertinent en début de carrière d'être, pour un temps limité, sur des statuts spécifiques d'assistant⁴.

Un praticien temps plein peut bénéficier de mesures d'aménagement du temps de travail : dispense de garde, temps partiel thérapeutique pour raisons de santé, activité réduite pour convenance personnelle.

Les praticiens hospitaliers à temps partiel statutaires (Tp) ont satisfait aux épreuves du concours de praticien hospitalier dans les mêmes conditions que les temps plein, ont été affectés dans les mêmes conditions, ont fait eux aussi leur année de stagiaire avant d'être titularisés ; mais leur statut est codifié de façon distincte dans le code de santé publique⁵. Pour eux, l'exercice hospitalier est l'exercice principal.

1. « ...Assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion... ».
2. Pour les médecins : article R.4127-5 du code de santé publique (CSP) : « Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. ».
3. Actuellement article R6152-601 et suivants du CSP, avec une refonte prévue notamment limitant la durée dans le temps sensée être mise en application à février 2022.
4. Articles R6152-501 à R6152-552 du CSP.
5. Articles R6152-201 à D6152-277 du CSP.

CONSTAT SOCIAL

Le statut de Tp est source de dissensions et de discriminations entre praticiens.

La Dre ..., dentiste en gérodonnologie, ayant depuis longtemps souhaité être temps plein, a été vacataire puis Tp multi-site (jusqu'à 3 sites distants de plus de 30 mn) avant de finir par être nommée temps plein sur des vacances obtenues grâce à ses confrères gériatres qui ont fait pression sur leur pôle du fait de son apport inestimable. Le pôle odontologie, où les hospitalo-universitaires temps partiel sont très nombreux, ne comprenait pas pourquoi elle ne travaillait pas en cabinet libéral.

Le Dr..., dentiste Tp, travaillant en chirurgie maxillo-faciale, a été poussé à la démission sans être remplacé. Il a gardé deux vacances pour travailler en chirurgie maxillo-faciale mais son activité principale est maintenant en libéral.

Le Dr..., à l'issue de son clinicat, a débuté un Tp « imposé », complété par 40 % sous statut contractuel,

DROITS

Les Tp ont des obligations de participation à la continuité des soins et à la permanence des soins, de remplacement des confrères identiques aux temps plein ; la durée de réalisation de ces obligations ampute de façon amplifiée leur mission première. Comment concilier une activité sur le temps restant alors que l'on ne maîtrise pas son emploi du temps ?

L'IESPE, de fait, ne s'applique pas aux praticiens temps partiel. Ils ne peuvent en bénéficier que s'ils

20 ans plus tard CDI fonction publique d'état. Dans ses contrats répétés dans la même mission, il fait le même travail que des collègues ayant gardé leur statut temps plein. La promesse de temps plein s'est perdue dans l'oubli avec la réponse « vous êtes jeune, vous pouvez attendre » puis « vous êtes trop âgé, il faut faire un effort pour les jeunes » ou « vous comprenez avec votre échelon ça coûterait trop cher de vous passer temps plein ».

La Dre..., « recrutée » dans un autre CHU par un chef de service sur le départ a monté un projet de centre de référence qui a été accordé. Ce projet lui permettrait de passer temps plein, l'administration l'a refusé. Suite au changement de chef de service, une cabale n'a été résolue que par une intervention syndicale.

Quelle folie que de motiver des praticiens temps partiels à ne pas avoir d'activité de soignants quand ils ne sont pas à l'hôpital alors que l'on manque tant de praticiens ?

travaillent comme vacataires dans d'autres hôpitaux : mais alors pourquoi ne sont-ils pas temps plein avec une activité multi-site ? Quelle folie que de motiver des praticiens temps partiels à ne pas avoir d'activité de soignants quand ils ne sont pas à l'hôpital alors que l'on manque tant de praticiens ?

Les pharmaciens Tp n'ont même pas le droit d'avoir une officine ou un laboratoire (même associés) ! Que dire là aussi de cette perte sèche de compétence.

Le Dr..., est Tp en SAMU et a une activité de médecin généraliste en cabinet libéral dans une ville « à problèmes », il ne peut pas bénéficier de l'indemnité d'engagement de service public exclusif.

La Dre..., radiologue Tp, a pendant de nombreuses années exercé comme radiologue en hôpital public, elle assure le reste de son activité au profit d'une structure de statut privé à but non lucratif (reconnu d'intérêt public), elle aurait pu être PH temps plein et travailler dans cette structure dans le cadre d'une convention. Elle ne touche ni IESPE, ni indemnité multi-site.



CE QUE NOUS DEMANDONS

La priorité vitale est de récupérer du temps médical, on ne peut pas former des praticiens en un jour ; par contre les Tp sont un vivier immédiatement employable. Il faut donc, d'urgence, favoriser leur passage à temps plein.

Mesures incitatives :

- ☒ Proposer un passage temps plein sur leur poste ou avec un complément de poste dans leur hôpital.
- ☒ Intégrer par convention tout praticien ayant un complément dans la fonction publique (ARS, Grades, agences d'état, éducation nationale...)⁶.

Mesures « coercitives » :

- ☒ Majoration de salaire proratisée inverse au temps de travail pour accroître le coût horaire.
- ☒ Alignement du paiement des gardes sur les hospitalo-universitaires si elles ne peuvent pas rentrer dans le temps de travail hebdomadaire.

Mesures d'accompagnement pour le passage temps plein :

- ☒ Mise en place d'aides à l'accueil des enfants et d'aide aux praticiens aidants familiaux.

Mesures d'accompagnement pour les Tp ne souhaitant pas ou ne pouvant pas passer temps plein :

- ☒ Etablissement de fiches de poste strictes définissant les missions, les obligations de service, la participation à la continuité et à la permanence des soins.
- ☒ Obligation d'équipement informatique, téléphonie portable et en dispositifs médicaux de même niveau que pour un temps plein, mise en place de moyens dédiés d'accès à distance au système d'information hospitalier (VPN, ordinateur dédié).
- ☒ Temps de formation identique ou au moins proratisé par rapport aux temps plein.

- ☒ Prise en compte du temps de travail supplémentaire réalisé hors de l'hôpital (validation de courrier pour éviter les délais, préparation et participation aux activités institutionnelles, temps syndical) comme des plages additionnelles.
- ☒ Prendre en compte la disponibilité des Tp dans toute réunion institutionnelle du service, jusqu'au GHT.
- ☒ IESPE proratisée pour les Tp qui sur le reste de leur activité interviennent dans des structures de service public⁷.

En résumé les mesures proposées⁸ visent à :

- 1 Augmenter les temps médical et pharmaceutique disponible vite et efficacement ;
- 2 Donner à ces praticiens l'occasion de fournir un meilleur rendement et une meilleure qualité de soin ;
- 3 Donner des conditions d'exercice sereines et favoriser le choix de rester à l'hôpital public.

C'est gagnant pour les Tp, gagnant pour l'hôpital et gagnant pour la société !

La vraie solution est un statut unique temps plein pour tous, promis, que nous attendons toujours...

	Temps plein	Temps partiel (60 %)
Soins gratuits dans son hôpital	oui	non
Obligation de résidence	oui	oui
Congés formation	15	6
Demi-journées d'intérêt général	2	1 (usage)
Activité privée	2	non
Expertises sur temps de travail hospitalier	2	non
Temps partiel thérapeutique	oui	non
IESPE	oui	oui sous réserve de ne rien faire à côté sauf vacations hospitalières activité de soin
Gardes et astreintes	oui	oui sans proratisation définie

Comparatif temps plein temps partiel

6. Ou proposer un statut calqué sur le statut hospitalo-universitaire, loi Debré du 30 décembre 1958.

7. ESPIC, EPIC, associations d'aide aux personnes en difficulté, groupements de coopération sanitaire comportant des structures publiques ou privées non lucratives, entités de statut public ou pratique libérale en secteur I.

8. La plupart ne nécessitent pas de modification législative ou réglementaire, au plus des circulaires, mais juste une volonté d'efficience.



Être à son compte, c'est aussi concilier vie professionnelle et vie privée.



Bienvenue chez HSBC Fusion, le service spécialement conçu pour vous aider à gérer simultanément votre cabinet et votre vie personnelle.

hsbc.fr/fusion



Nourrir vos ambitions

HSBC Commercial Europe - Société Anonyme au capital de 400 100 000 euros - SPIN 778 070 384 Paris - Siège social : 33, avenue Kléber - 75116 Paris. Banque et Interactivité en assurance financière agréés par l'ORIAS (agrégation par le Régulateur des Intermédiaires en Assurance) - ORIAS n° 07 808 004

SAGES-FEMMES

NOUVELLE GÉNÉRATION



Charlotte BAUDET-BENZITOUN
Secrétaire générale adjointe de l'ONSSF



Le quinquennat 2022-2027 devrait être celui de la première promotion de sages-femmes effectuant leur cursus en 6 années d'études.
« Devrait », tout d'abord parce que la loi Chapelier visant à faire évoluer la profession de sage-femme doit encore passer le filtre du Sénat, après avoir été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée Nationale ; mais surtout parce qu'on peut se demander ce qu'il adviendra de ce cursus si la profession de sage-femme n'est pas revalorisée dans son entier.

En effet, quel jeune adulte voudra encore s'engager dans un cursus de 6 années d'études avec, à la clé, des conditions de travail déplorables en effectifs réduits, des droits à la formation continue ridicules, une responsabilité médicale pleine et entière et un salaire d'environ 2000 euros par mois ?

Si les conditions de travail dégradées concernent tous les personnels à l'hôpital, la situation statutaire des sages-femmes est plus spécifique.

Bien que profession médicale depuis 1803, les sages-femmes à l'hôpital sont aujourd'hui fonctionnaires et font, de fait, partie des personnels non médicaux au sein de la fonction publique hospitalière. Cette incohérence statutaire a plusieurs conséquences :

- ☑ Un temps de formation continue de 20h par an, incompatible avec les exigences de notre profession.
- ☑ Une gestion par la Direction des Affaires Médicales ou par la Direction des Ressources Humaines, au bon vouloir des établissements.
- ☑ Une participation aléatoire aux CME.
- ☑ L'absence de bi-appartenance entraînant l'impossibilité de partager son temps de travail entre de l'hospitalier et du libéral ou entre de l'activité clinique et de l'activité d'enseignement et de recherche.
- ☑ L'impossibilité d'envisager des pôles de prise en charge des naissances physiologiques à type de « maisons de naissances hospitalières autonomes ».
- ☑ Une limitation de l'évolution des rémunérations, bridée par les grilles indiciaires.

L'ONSSF milite depuis environ 20 ans pour que les sages-femmes intègrent le statut des personnels médicaux à l'hôpital et puissent, enfin, obtenir la reconnaissance qui leur est due.

Depuis 15 ans, les compétences et responsabilités des sages-femmes ne cessent de croître (suivi gynécologique de prévention, IVG...) mais la reconnaissance statutaire et salariale ne suit pas ; pas plus que la révision des décrets de périnatalité de 1998, qui régissent le nombre de personnels nécessaires dans les services d'obstétrique, et qui sont aujourd'hui plus qu'obsoletes.

L'exercice libéral n'est pas forcément plus attrayant, il apporte un certain confort de pratique, loin des contraintes institutionnelles mais, là encore, la rémunération ne suit pas : les sages-femmes font partie des professionnels de santé libéraux les moins bien payés (environ 30 000 euros de bénéfice net en 2020*).

*Statistiques Union Nationale des Associations Agréées 2020.

Ainsi, combien s'engageront dans la profession de sage-femme à l'avenir ? La reconnaissance des femmes et des familles ne remplit pas les frigos et ne prévient pas les burn-outs.

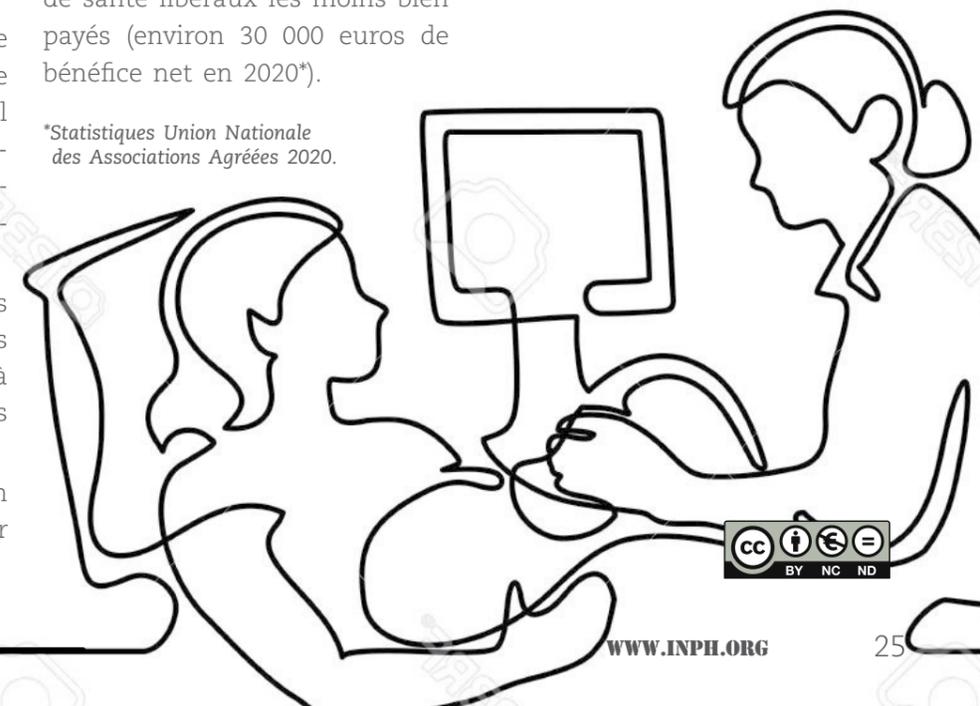
Notre crainte, à terme, est la mort de notre profession, par épuisement et par désertion.

Ainsi, combien s'engageront dans la profession de sage-femme à l'avenir ? La reconnaissance des femmes et des familles ne remplit pas les frigos et ne prévient pas les burn-outs.

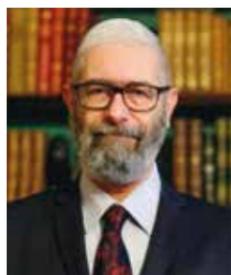
La création de ce 3^{ème} cycle d'études nous permet d'entretenir l'espoir d'un cursus clôturé par une thèse d'exercice et le titre de docteur en maïeutique, éventuels sésames vers une reconnais-

sance de notre profession, aux côtés de nos collègues médicaux à l'hôpital.

Paul Valéry a dit « l'espoir fait vivre, mais comme sur une corde raide. » Celle des sages-femmes n'est pas loin de rompre.



CHRONIQUES DE PANDÉMIE



Jérôme FRENKIEL
Rapporteur des questions
de santé publique pour
l'INPH

Deux ans déjà. Deux ans que cette pandémie a envahi la planète et notre quotidien, et nous avons toujours autant de mal à en prendre la juste dimension (précisons que cette remarque vaut tout autant pour l'auteur de ces lignes). Pourtant, les données essentielles du problème sont connues depuis le début, si l'on excepte ce qui concerne la vaccination, pour laquelle nous avons tout de même un an de recul. Malgré tout, la cacophonie continue à régner dans les médias, qu'il s'agisse du gouvernement, des oppositions, des experts réels ou supposés, ou des complotistes et libertariens en tous genres. Or, cette cacophonie est fort regrettable, car devant un sujet qui impacte aussi fortement nos vies nous avons avant tout besoin de clarté, de lisibilité. Mission impossible ?

En premier lieu, on apprécierait que les données du problème soient présentées pour ce qu'elles sont. Au fond, il n'en existe que trois catégories : les faits, les hypothèses et les choix. Qu'il s'agisse de considérations sanitaires, démocratiques, ou encore socioéconomiques. Par exemple, l'efficacité vaccinale à réduire considérablement les formes graves est un fait, pas une opinion. Sa dangerosité sur le long terme pourrait être une hypothèse s'il existait le moindre élément crédible en ce sens : en l'absence de ces derniers, il ne s'agit que de spéculations, qui n'ont de ce fait aucune vocation à surdéterminer la réalité ni même à la challenger. Autre exemple : les gestes barrière et autres confinements sont présumés avoir une forme d'efficacité dans la réduction des transmissions, sachant que les études sur le sujet sont assez loin d'en décrire le détail. On parlera d'hypothèse, avec beaucoup d'empirisme et bien peu de métrologie. Dernier exemple : la vaccination peut être laissée à l'appréciation de chacun en fonction de son appréciation, ou alors être préconisée, ou encore être rendue obligatoire. Il s'agit d'un choix, sur lequel un gouvernement a toute légitimité à se prononcer, mais pas dans n'importe quelle condition.

La question n'est pas de prétendre que l'exercice, consistant à prendre toujours les meilleures décisions, est simple : il ne l'est pas. En revanche, lorsqu'au bout de deux ans la cacophonie ne fait que croître, ont pourrait être bien inspirés de s'asseoir au bord du chemin, pour tenter de se poser les bonnes questions. Et en premier lieu : en quoi consiste l'exercice ? Quel est fondamentalement le problème ? Par exemple, le fait qu'un virus circule n'est pas un problème en soi : ce qui pose problème est ses effets sur la santé, tant publique qu'individuelle. Moyennant quoi, on s'interroge sur cette communi-

cation anxiogène qui nous tartine chaque jour le nombre de contaminations détectées, lequel en soi ne mesure que le nombre de tests réalisés tant qu'on ne rapporte pas ce chiffre au taux de positivité et aux populations concernées par ces tests en fonction de la prévalence de l'infection.

Quelqu'un qui reviendrait d'un long séjour sur la planète Mars (où les communications sont difficiles

comme chacun sait) chercherait à comprendre la situation en se concentrant sur les faits essentiels. Quels sont-ils ? 1- Un virus circule sur l'ensemble de la planète, quoi qu'on y fasse. 2- Comme tout virus soucieux de sa réputation, il mute en proportion de sa diffusion, c'est-à-dire beaucoup. 3- Sa pathogénicité individuelle est relativement faible (rien à voir avec Ebola), mais son impact sur la santé publique est relativement élevée du fait de sa très importante diffusion. 4- Les conséquences au sens large, sur

la santé publique, sur les libertés (démocratiques ou non) et sur l'économie, sont principalement le fait des mesures sanitaires, et non du virus lui-même. Certes, l'hôpital souffre, mais il souffrait déjà avant la pandémie, laquelle n'est au fond qu'un révélateur. Enfin, 5- La vaccination a démontré son efficacité à limiter les conséquences sanitaires les plus graves, mais il n'existe pas de méthode à la fois

**L'hôpital souffre,
mais il souffrait
déjà avant la
pandémie, laquelle
n'est au fond qu'un
révélateur**

efficace et acceptable pour limiter la diffusion du virus.

Pour faire court : il s'agit d'un problème de santé publique, et il est consternant d'avoir à le rappeler, voire à l'expliquer. La santé publique n'est pas réductible à l'épidémiologie, encore moins à la réanimation, à la pneumologie, à la microbiologie ou à la médecine d'urgence. La santé publique, rappelons-le, appréhende la santé dans une vision globale sans se limiter au soin, et elle le fait dans la perspective de la population

et non de l'individu. Mais il faut ajouter qu'une réflexion de santé publique est indissociable de ses dimensions politique et sociétale. Bien sûr, il y a la promotion de la santé et l'éducation pour la santé, ce qui implique une vision normative et collective de la santé, et cela n'est jamais neutre. Mais il y a aussi, lorsque les circonstances les imposent, des décisions contraignantes, et donc au détriment des libertés. Ce qu'il faut comprendre est que ce principe n'est nullement contradictoire avec celui de la démocratie. Ce qu'il faut considérer en revanche est que les données prises en compte, tout comme le processus de décisions et de contrôle de celles-ci, sera radicalement différent selon que l'on se situe dans la perspective d'une démocratie d'une part, ou d'un régime autoritaire d'autre part. Dans un régime autoritaire, une décision (de santé publique en l'occurrence) n'implique pas de concertation préalable, ni de prise en compte de ses conséquences sur les libertés, et n'a pas vocation à être l'objet d'une évaluation ou d'un contrôle ex post. En démocratie en revanche, ce type de décision, toujours difficile, impose une large concertation, une évaluation circonstanciée et extrêmement prudente du rapport coût / bénéfice au regard des libertés individuelles, un contrôle démocratique du processus de décision et de leur application, et une réévaluation constante. Or, si l'on analyse les méthodes de gestion de cette pandémie appliquées par le gouvernement depuis deux ans, nous ne sommes pas certains de nous reconnaître dans ce dernier schéma. Pas de concertation sérieuse



préalable aux décisions, un état d'urgence sanitaire (sans contrôle démocratique donc) inscrite dans le temps long, une absence préoccupante de débat sur la question essentielle de l'équilibre libertés individuelles VS. santé publique, un parlement majoritairement acquis au gouvernement et donc dans l'incapacité de réguler le processus de décision, etc. Il n'est pas surprenant, dans ces conditions, que le débat réapparaisse, comme il le peut, là où il le peut.

Si l'on écoute, pour essayer de les comprendre, les motivations des antivax, de l'esplanade des Invalides à la Guadeloupe ou à la Guyane française, on observe en fait plusieurs types de discours : certains se fondent sur des spéculations volontiers en contradiction avec les faits. D'autres revendiquent une liberté qui ne saurait, en démocratie paraît-il, être contrainte. D'autres (ou les mêmes), enfin, établissent un amalgame entre cette pandémie et des faits sans rapport direct, tels que l'affaire du Chlordécone, ou une implication inadéquate de la métropole dans les affaires d'Outre-Mer. D'un certain point de vue, il est aisé de démonter, pour ne pas dire de railler, ces arguments. La négation des faits, c'est du complotisme, et donc ces thèses disqualifient leurs auteurs. Revendiquer la liberté en l'absence de contextualisation sociétale est infantile et irresponsable. Amalgamer la crise sanitaire actuelle et les conséquences d'une politique ancienne, quand bien même condamnable, n'est pas cohérent et in fine pénalise lourdement leurs propres auteurs. Certes, il est facile de démonter tous ces dis-



cours. Pour autant, ce serait une erreur de les écarter d'un revers de main car, paradoxalement, chacun d'eux exprime une forme de réalité. Les discours complotistes n'auraient peut-être pas une telle influence si le gouvernement (et les oppositions) avaient fait preuve de cohérence et de sincérité dans leurs postures et autres décisions. Les discours puérils sur les « libertés » seraient peut-être moins nombreux si les libertés démocratiques n'étaient pas réellement en danger. Enfin, les amalgames avec d'autres crises ou scandales seraient peut-être moins structurants, moins violents, si l'Etat n'avait pas fauté dans le passé, gravement, et sans qu'aujourd'hui justice ne soit faite.

Que la vaccination soit indispensable, ainsi que l'affirme le gouvernement, n'est pas contestable. Que les oppositions en tant que telles à la vaccination ne soient pas crédibles, cela s'en déduit. Pourtant,

on est loin d'avoir résumé le sujet : le fossé entre gouvernants et gouvernés s'accroît chaque jour, avec pour conséquence une crise de confiance plus qu'inquiétante pour la démocratie, et la montée de postures inacceptables. Mais n'est pas moins inquiétante une certaine dérive, qui s'attache principalement à stigmatiser les opposants, à infantiliser le peuple et à le faire obéir, plutôt qu'à rechercher sa confiance et son adhésion.

Comment sortir de cette spirale délétère ? Peut-être en nous souvenant qu'en démocratie, c'est au peuple de montrer la voie aux gouvernants, et non l'inverse.



LES CONTRATS APPA

Praticien hospitalier et hospitalo-universitaire

VOUS PRENEZ SOIN DES AUTRES, L'APPA PREND SOIN DE VOUS !

Dédiés aux médecins et pharmaciens hospitaliers, les contrats APPA vous protègent tout au long de votre carrière, à l'hôpital et en libéral.

PRÉVOYANCE

SANTÉ

ASSISTANCE

RETRAITE

PLUS D'INFOS

01 75 44 95 15

UNE ÉQUIPE DE SPÉCIALISTES RÉPOND À TOUTES VOS QUESTIONS

APPA.BESSE.FR

DEVIS PERSONNALISÉ ET ADHÉSION EN LIGNE

@APPA1901

@APPA_ASSO

@ASSOCIATION APPA

@APPA

+ DE 40 ANS D'EXPERTISE ET DE SOLUTIONS INNOVANTES DÉDIÉES AUX PRATICIENS HOSPITALIERS

11 000 CONFRÈRES ADHÉRENTS, SOIT PLUS DE 26 000 BÉNÉFICIAIRES AVEC LEUR FAMILLE

UN FONDS D'INTERVENTION SOLIDAIRE

579 CENTRES HOSPITALIERS PARTENAIRES

DES PARTENAIRES RECONNUS

Document non contractuel - Les contrats sont souscrits par l'APPA auprès de Generali et sont diffusés par Ressources France commercialement dénommé « Besse », SAS au capital de 43 024 € - 135 Boulevard Haussmann - 75008 Paris - RCS Paris B 414 936 740 - Conseil et courtier en assurance (exerçant conformément à l'article L520-1-2b du Code des assurances) - n°ORIAS : 07002753, www.orias.fr - soumis au contrôle de l'ACPR - 4 place de Budapest - 75009 Paris. Liste des fournisseurs actifs disponible sur simple demande.

PROGRÈS DES TECHNIQUES ET DU NUMÉRIQUE À L'HÔPITAL

UN RÊVE DE QUALITÉ QUI S'EST TRANSFORMÉ EN CAUCHEMAR, EN AMPLIFIANT LA PÉNURIE DE PROFESSIONNELS



Dr Eric OZIOL
Médecin Hospitalier

Pendant ces 15 à 20 dernières années nous avons pu participer à l'essor quasi exponentiel de la technicisation et de la numérisation du métier hospitalier. Les archaïques feuilles de prescription manuscrites par les médecins de façon souvent sibylline, voire hiéroglyphique, interprétées par les infirmières, retranscrites, ressaisies, transformées, ont laissé la place à l'implacable et très précise prescription informatisée.

Cela a néanmoins nécessité une période chaotique de mise en place logicielle, pendant laquelle l'outil informatique fût certes martyrisé et adapté... mais à la fin c'est nous qui nous y sommes adaptés, voire même inféodés à lui. Cependant même si médecins et soignants passent indéniablement une très grande partie de leur temps professionnel assujettis à leurs écrans, le gain de qualité pour l'exercice médical et pour le patient, en termes d'accès immédiat à l'information, de sécurité, de saisie unique avec éditions multiples, et cela sans risques d'erreurs liées au recopiage, n'est plus à prouver. De la même manière la disponibilité quasi en temps réel, des informations grâce à l'outil numérique, notamment pour les résultats biologiques ou d'imagerie, est un progrès

technique certain. Néanmoins cet accès immédiat et continu à de plus en plus d'informations, ajouté au temps incompressible consacré par les médecins et les soignants à « nourrir » et utiliser ces outils numériques, concoure à un phénomène d'inflation de tâches et de procédures, vouées à s'interrompre les unes les autres. De tous temps l'hôpital a été un système humain interactif complexe, qui a construit lentement ses modes de fonctionnement et d'organisation. Cependant l'accélération des progrès techniques et numériques de ces 20 dernières années a très nettement réduit ou altéré les temps d'échange et décisionnels entre les professionnels, mais aussi et surtout le temps passé avec le patient et ceux qui l'assistent. Les RCP, réunions de

concertation pluridisciplinaires (très médicales... et rarement pluri-professionnelles), ou les visites virtuelles sur des dossiers numériques dans lesquels s'accumulent les résultats analytiques, se sont progressivement et très techniquement substituées au temps de la narration singulière du patient et de sa relation de soin. Cependant il ne suffit pas que « le médecin fasse ce qu'il y a à faire » techniquement pour sa maladie, mais « qu'il s'assure de la participation du patient, de ceux qui l'assistent et des choses extérieures », selon la philosophie hippocratique ancienne, mais qui est également le noyau de la moderne EBM, alias Evidence Based Medicine : médecine non seulement basée sur le niveau de preuve, voire d'incertitude, mais également sur l'expérience du



praticien et surtout sur les préférences d'un patient clairement et honnêtement informé.

La complexité du système fait qu'il faut de plus en plus de personnes et de plus en plus qualifiées dans les « coulisses » du « théâtre hospitalier » pour assurer un « spectacle » de plus en plus technique et numérique. Mais il ne faudrait cependant pas négliger la « scène » où toute l'histoire se joue, celle de la relation avec le patient, avec ceux qui l'assistent, celle de la réalité de leur vie. Sinon nous aurons à faire face à de nombreuses incompréhensions, voire à une augmentation des contentieux avec les patients et leur entourage. Ces contentieux seront en plus mal vécus par des soignants qui considéreront que le patient aura bénéficié de moyens techniques et d'une mobilisation de soignants très importants, mais tout en ayant parfois la perception d'avoir participé à un travail à la chaîne déshumanisé et de plus en plus contraint.

L'hôpital n'est ni une fabrique de répliquants (cf. *Blade Runner*, film de Ridley Scott, d'après le roman de

Philip K. Dick « *Les androïdes rêvent-ils de moutons électriques ?* »), ni un atelier de réparation technique d'organes malades, mais bien une entreprise humaine pour améliorer la santé de chaque humain (patient, mais aussi soignant), selon la définition de l'OMS, à savoir un état de complet bien-être physique, psychique, social et environnemental, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, et ce potentiellement de sa naissance à sa mort.

A l'inverse d'un hôpital, dans une firme de production automobile la finalité des moyens techniques ou numériques mis en œuvre n'est certainement pas la même, car son objectif de rentabilité passe souvent par la réduction drastique des coûts humains. **Les différents modèles de productivisme comme le fordisme, le taylorisme, le toyotisme, voire même le stakhanovisme, non seulement ne sont pas pertinents pour un bon fonctionnement hospitalier, mais seraient même très dangereux par la perte d'humanité engendrée, notamment sur les objectifs incontournables de qualité et de sécurité des soins.**

La complexité nécessite plus de temps humain, en qualité et en quantité. Par exemple toute l'organisation du système d'accès à l'information est complètement dépendante du système informatique. Il convient donc d'avoir des équipes d'informaticien-ne-s bien dimensionnées, compétentes avec des organisations robustes. A ce propos, je me permets de rappeler que le service d'information médicale ne doit pas être confondu avec le service informatique, qui lui est un service médico-technique. L'information médicale est un service médical à part entière, et tout aussi important pour l'analyse de la complexité. De plus certaines professions hospitalières évoluent. Par exemple les secrétaires médicales sont devenues des Assistantes Médico-Administratives dont la responsabilité accrue dans les missions de gestion de l'information médicale, du dossier informatisé, de réponse aux usagers et d'interface pertinente avec les médecins et les soignants, est venue supplanter le simple travail de dactylographie, mais pour un salaire, voire un statut (souvent en CDD) qui n'a pas évolué au prorata des responsabilités progressivement endossées.

En médecine les techniques innovantes et le numérique, sont seulement des moyens au service de la pertinence, de la qualité et de la sécurité des soins. Cependant ils produisent une accélération et une complexité qui non seulement ne remplace pas le temps humain, mais en nécessite encore plus. L'intelligence artificielle semble être un progrès pour l'analyse des données d'imagerie médicale, mais elle ne supprime pas la capacité de synthèse et de « négociation » humaine qu'a le radiologue ou en tous cas le médecin avec le patient. Le robot chirurgical, même s'il permet des gestes moins invasifs et plus précis, ne supprime pas la démarche vers un objectif partagé avec le patient et la responsabilité humaine du chirurgien. De la même manière les procédures et toutes les techniques administratives de gestion (financière, stratégie, « richesses » humaines, services médico-techniques, économat, etc.), ne sont que des moyens au service d'un objectif

partagé par la communauté hospitalière, les patients et la population du territoire.

L'enjeu tout à fait prévisible dans les cinq ans qui viennent pour l'hôpital, et dont la pandémie COVID n'a été qu'un révélateur brutal des insuffisances de préparation, est tout simplement et en premier lieu de devoir faire face quantitativement à la pyramide des âges. Celle-ci est pourtant très simple à analyser (cf. graphiques simulations 2022 et 2027) : la pyramide des 80-90 ans, dont nous considérons déjà qu'ils sont trop nombreux dans les établissements de santé, va très nettement changer de forme pour implacablement devenir un « dôme » bien plus rempli, en raison de l'arrivée en âge des « baby-boomers » nés entre 1945 et 1975. En 2022 les plus de 65 ans seront 14,3 millions, soit 21 % de la population et en 2027, ils seront 15,6 millions, soit 23 %. En second lieu, les hôpitaux vont devoir faire

face non seulement à cette augmentation quantitative, mais également, ce qui n'est pas visible sur les graphiques, à une complexification qualitative des situations médicales en rapport avec les progrès de la médecine. Ce que j'appelle volontiers la médecine complexe des survivants des progrès médicaux cumulés, pour lesquels la médecine technique très spécialisée d'organe, de par son organisation en silo, voire en juxtaposition de tuyaux d'orgue, va nécessiter de plus en plus de compétences « d'organistes » généralistes et polyvalents, afin d'éviter les cacophonies. Il s'y rajoutera également la complexité des situations sociales et des conséquences en « santé mentale » de la paupérisation des populations.

Rappelons que le concept « d'obligation de moyens » est né de la jurisprudence afin de protéger les praticiens des aléas de la maladie et en opposition à une obligation de

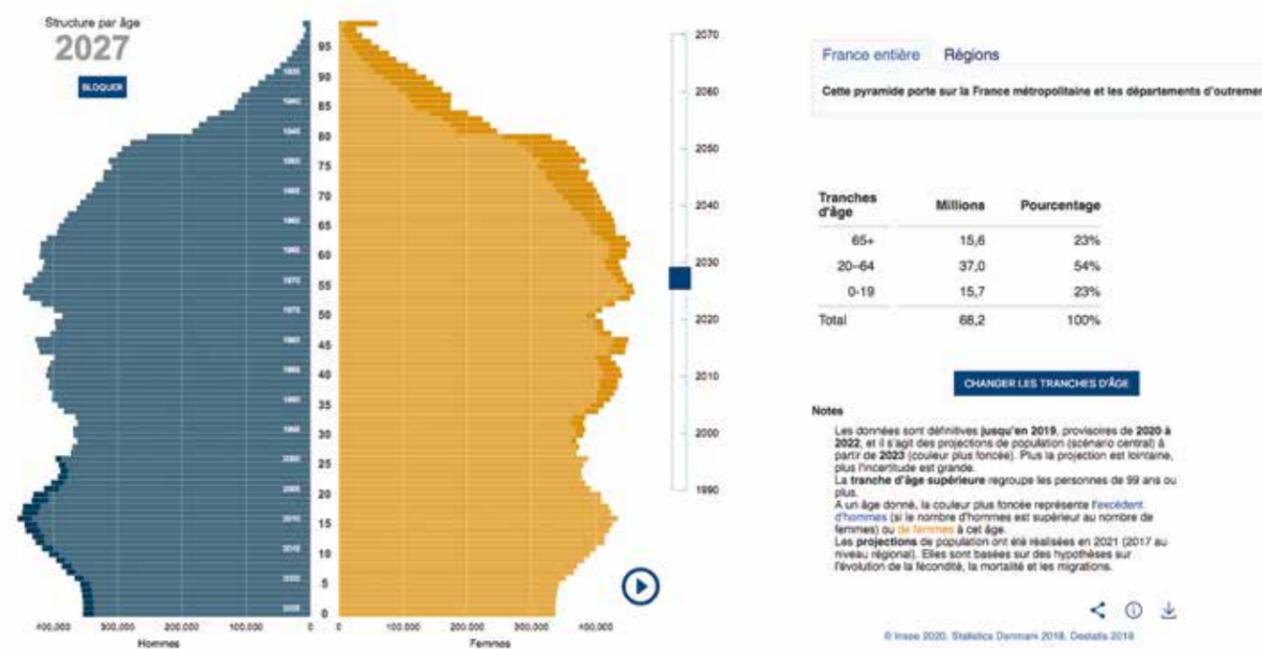
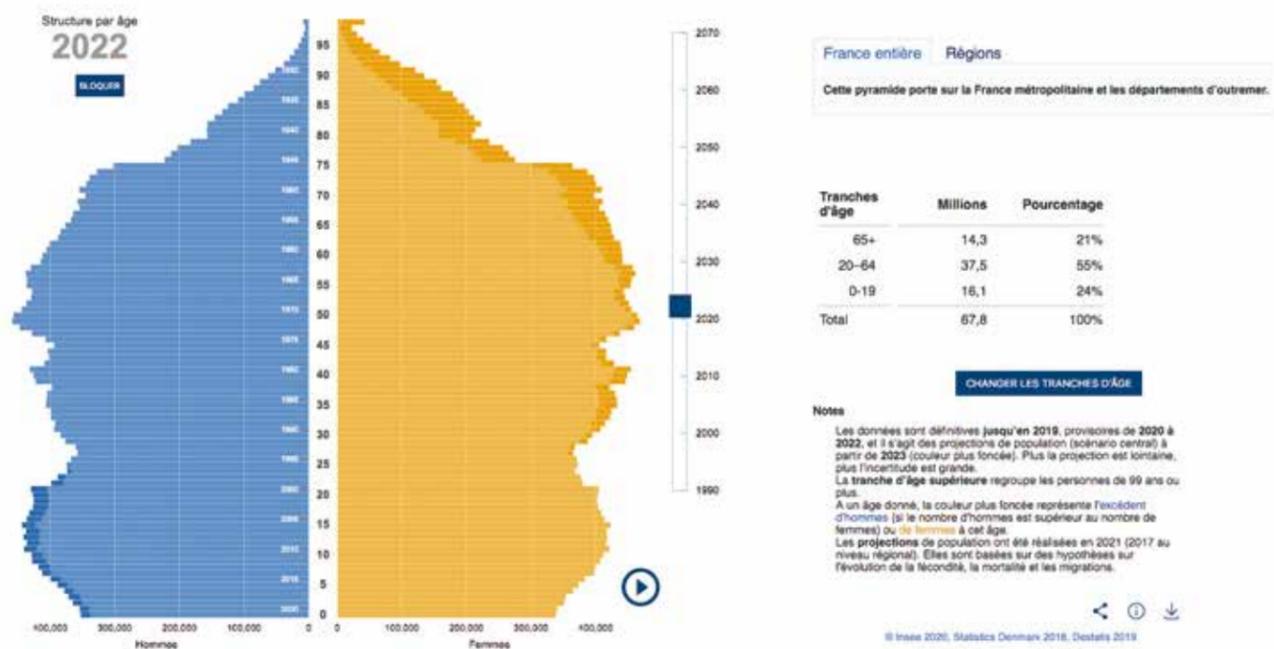
résultats. Cependant cette obligation de moyens que nous devrions à chaque patient et dont les limites de technicité sont continuellement repoussées, se heurte déjà à la dure réalité de moyens possiblement limités pour tous. La pandémie COVID est venue brutalement nous le rappeler. Une « obligation d'attention globale et de réflexion pertinente pour chaque patient », serait plus en accord avec l'article 32 du code de déontologie médicale qui stipule que le médecin doit donner des soins consciencieux et dévoués. Les moyens ne devraient jamais être confondus avec les objectifs, qui eux-mêmes ne sont pas des garanties de résultats. Il convient donc de s'affranchir de la dictature des moyens techniques et numériques, pour les utiliser en conscience et le mieux possible pour un objectif partagé avec le patient. Mais plus cela est techniquement complexe, plus cela prend du temps pour une analyse et des décisions pertinentes.



En conclusion, la technique ou le numérique permettent indéniablement de faire mieux pour chaque patient... mais certainement pas de pouvoir s'occuper de plus de patients avec autant voire moins de soignants, bien au contraire.

La complexité générée par les progrès techniques et numériques, nécessitent à la fois plus de compétences, mais également encore plus de professionnels, surtout si nous avons à faire face à plus de patients, voire à plus de situations complexes. Croire le contraire pour la gestion des hôpitaux, avec de surcroît une injonction de qualité, est pure folie. Quotidiennement

les cadres de santé dans les services, à coup de téléphone et de sollicitations directes des agents, inlassablement « jouent au jeu de TETRIS » des plannings, certes colorés mais parfois insolubles, de soignant-e-s absorbé-e-s par l'accélération technique et numérique, épuisé-e-s par la contrainte de la complexité, en nombre insuffisant, ou tout simplement absent-e-s, et qui depuis bien longtemps n'ont pu aller en formation. Ceux-là et celles-là, désespèrent quotidiennement de pouvoir sortir de ce cauchemar, si bien anticipé par Jacques Ellul, sociologue et penseur de la technique et de l'aliénation au XX^e siècle. A lire et relire absolument.



Sur l'adresse web ci-dessous de l'INSEE, vous pouvez faire varier cette modélisation de pyramide des âges, année après année avec le curseur vertical.
<https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5014911/pyramide.htm#!v=2&c=0>



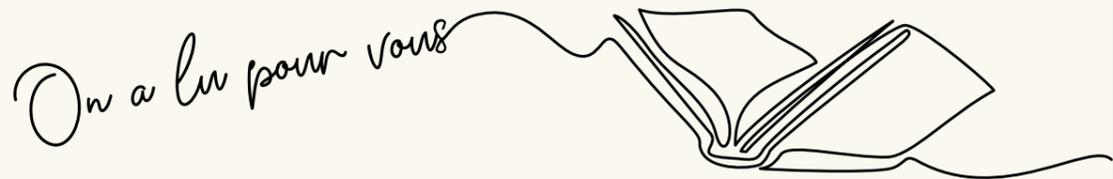
JE L'AI LU ET VOUS AIMEREZ PEUT-ÊTRE LE LIRE AUSSI



Dr Eric OZIOL
Lecteur bienveillant, amical
et solidaire.

A la question un peu malicieuse que je pose régulièrement aux internes qui passent dans le service : « quel est, selon vous, le traitement de la mort ? », certains répondent « le deuil », réponse que je trouvais assez pertinente avant de lire cet essai de Delphine Horvilleur.

En effet, le deuil n'est finalement pas le traitement de la mort, c'est juste la finalité de notre survie avec cet événement de disparition physique de celle ou de celui qui nous est chère ou cher. Cependant le traitement à appliquer pour arriver à bien faire le deuil réside très certainement dans la narration. C'est l'importance de cette narration et de son rôle thérapeutique dans l'initiation du deuil qui est exprimée dans ce livre au travers de 11 récits édifiants et bouleversants.



VIVRE AVEC NOS MORTS

Après avoir entamé des études de médecine, Delphine Horvilleur se réorientera vers le séminaire rabbinique pour exercer finalement la partie la plus « consolatrice » de la médecine humaniste. « *Tant de fois je me suis tenue avec des mourants et avec leurs familles. Tant de fois j'ai pris la parole à des enterrements, puis entendu les hommages de fils et de filles endeuillés, de parents dévastés, de conjoints détruits, d'amis anéantis...* ». Etre rabbin, c'est comme être médecin, c'est vivre avec la mort, celle des autres, qui peut aussi être celle des vôtres. C'est savoir raconter l'histoire de chaque personne pour que cela ait du sens, pour que cela soit de la vie. « *Savoir raconter ce qui fut mille fois dit, mais donner à celui qui entend l'histoire pour la première fois des clefs inédites pour appréhender la sienne. Telle est ma fonction. Je me tiens au côté d'hommes et de femmes qui, aux moments charnières de leurs vies, ont besoin de récits.* ».



VIVRE AVEC NOS MORTS
Auteur : Delphine Horvilleur
Date de parution : 3 mars 2021
Editeur : Grasset
EAN : 9782246826941
EAN numérique: 9782246826958
234 pages

Ce livre nous rappelle donc l'importance de la narration dans le métier de médecin, l'importance de l'histoire de la maladie, de l'histoire du malade, de l'histoire de la relation de soin et ce de la naissance, jusqu'à même au-delà de la mort de nos patients, pour les équipes médico-soignantes qui pratiquent le suivi de deuil.



BULLETIN D'ADHESION À L'INPH INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

COTISATION ANNÉE 2022 ADHÉSION DIRECTE

Nom

Prénom

Fonction

Lieu d'exercice

Adresse postale personnelle

Code postal Ville

N° portable

Adresse électronique

Bis

Cotisation ANNÉE 2021 - Chèque libellé à l'ordre de l'INPH

- Temps plein : 125 euros
- Temps partiel : 65 euros

Merci d'envoyer le chèque et le bulletin d'adhésion (rempli et signé) à l'adresse suivante :
Docteur Rachel BOCHER – Présidente de l'INPH – Hôpital St Jacques - 44093 Nantes Cedex

En envoyant ce formulaire, j'atteste donner mon consentement pour l'utilisation de mes données pour l'adhésion à l'association INPH et l'envoi de newsletter.

Signature

Les Annonces de Recrutement



