

LE MAG de l'INPH

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

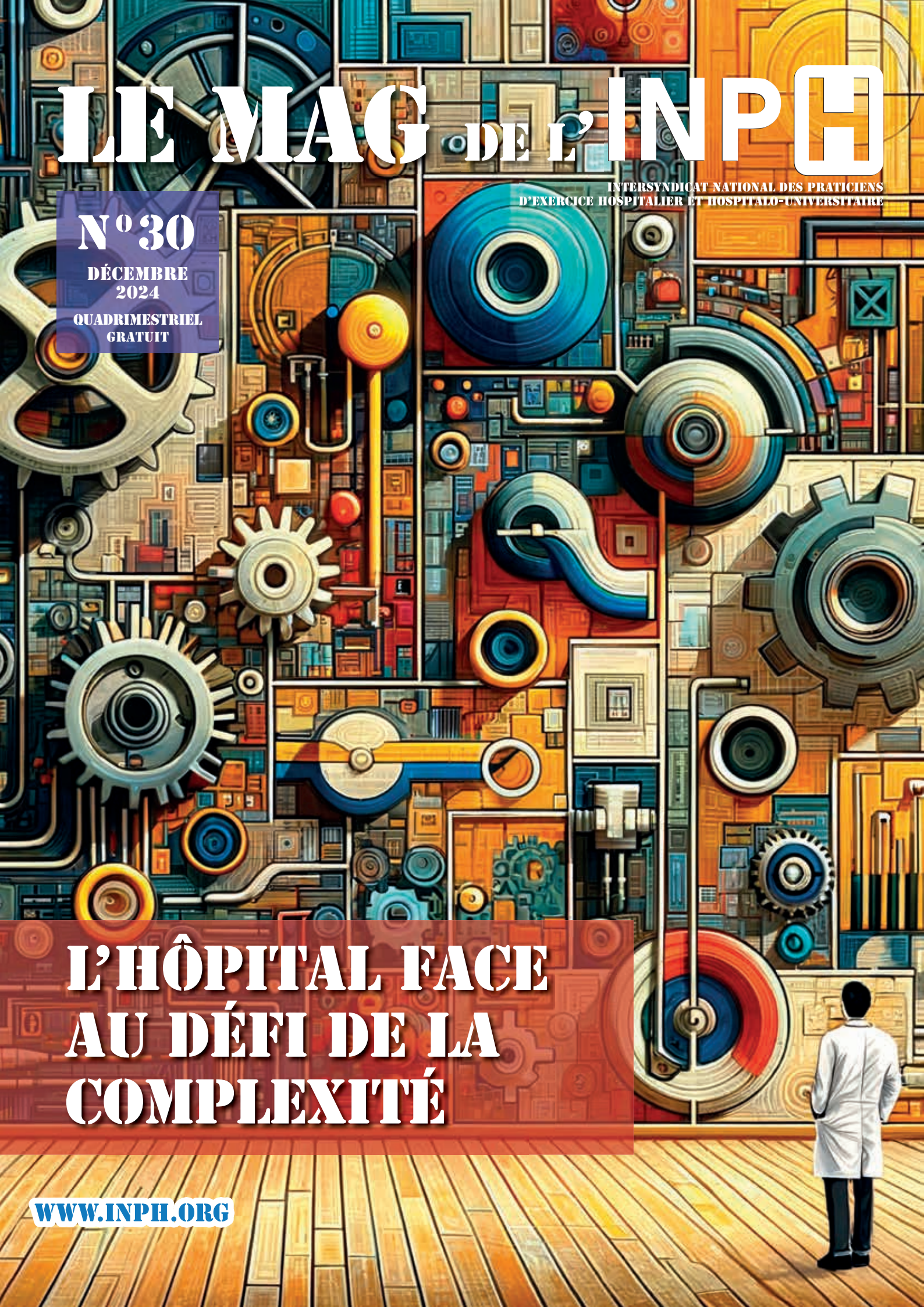
N°30

DÉCEMBRE
2024

QUADRIMESTRIEL
GRATUIT

L'HÔPITAL FACE AU DÉFI DE LA COMPLEXITÉ

WWW.INPH.ORG





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

BUREAU

Présidente
Dr Rachel BOCHER
(CHU de Nantes)

Délégué général
Dr Patrick LÉGLISE
(SYNPREFH - Draveil)

Secrétaire Général
Dr Slim BRAMLI
(FPS – Avignon)

Trésorier
Dr Olivier DOUAY
(SNPH – Limoges)

Premier Vice-Président
Pr Guillaume CAPTIER
(SHU - Montpellier)

Vice-Président Chargé de la Psychiatrie
Dr Michel TRIANTAFILLOU
(SPEP – Nanterre)

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

Vice-Président chargé de la Médecine (Médecine Interne)
Pr Pascal ROBLOT
(SYNDIF - Poitiers)

Vice-Présidente chargée de la Maïeutique
Mme Camille DUMORTIER
(ONSSF – Nancy)

Membre du bureau chargé de la Santé Publique et l’Information Médicale
Dr Jérôme FRENKIEL
(SNPH – CHU – Paris)

Délégué Général Adjoint
Dr Éric OZIOL
(SYNDIF - Béziers)

Secrétaire Général Adjoint
Dr Patricio TRUJILLO
(FPS – Étampes)

Trésorier Adjoint
Dr Bernard SARRY
(SNOHP – Limoges)

Deuxième Vice-Présidente chargée de la Chirurgie
Dr Maud CHABAUD
(SCPF – Paris)

Vice-Présidente chargée de la Chirurgie Pédiatrique
Dr Hélène LE HORS
(SCPF - Marseille)

Vice-Président Chargé de la Pharmacie
Dr Cyril BORONAD
(SYNPREFH – Cannes)

Vice-Président chargé de l’Université et de la Recherche
Pr Bertrand DIQUET
(SHU - Angers)

Vice-Président chargé de la Qualité de Vie au Travail
Dr Pierre RUMEAU
(SyNPH - Toulouse)

16 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

SyNPH Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Président : Dr Pierre RUMEAU	FPS Fédération des Praticiens de Santé Président : Dr Slim BRAMLI
SNMInf Syndicat National des Maladies Infectieuses Président : Dr Hugues AUMAÎTRE	SYNPREFH Syndicat National des Pharmaciens des Établissement Publics de Santé Président : Dr Cyril BORONAD
SPEP Syndicats des Psychiatres d’Exercice Public Président : Dr Michel TRIANTAFYLLOU	SNHG Syndicat National des Hôpitaux Généraux Président : Dr Alain JACOB
SPHPF Syndicat des Praticiens Hospitaliers de Polynésie Française Président : Dr Marc LEVY	SHU Syndicat des Hospitalo-Universitaires Président : Pr Guillaume CAPTIER
SCPF Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français Présidente : Dr Naziha KHEN-DUNLOP	SNOHP Syndicat National des Odontologistes des Hôpitaux Publics Président : Dr Bernard SARRY
SYNDIF Syndicat National des Internistes Français Président : Pr Pascal ROBLOT	SPH Syndicat du Service Public Hospitalier Présidente : Dr Érica MANCEL SALINO
ONSSF Organisation Nationale des Syndicats des Sages-Femmes Présidente : Mme Caroline COMBOT	SYFMER Syndicat Français de Médecine Physique et Réadaptation Président : Dr Jean-Pascal DEVAILLY
SNMBCHU Syndicat National des Médecins Biologistes des CHU Président : Pr Jean-Paul FEUGEAS	SNSP Syndicat National des Médecins de Santé Publique Président : Dr Nicolas LEBLANC

SOMMAIRE N°30

04 ÉDITORIAL

COMPLEXITÉ DE LA REPRÉSENTATION DÉMOCRATIQUE

06 Quel enseignement tirer de nos élections professionnelles ?
Dr Eric OZIOL

RETOUR SUR LES ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES

10 2024, élection professionnelle, une victoire qui laisse tout le monde sur sa faim
Dr Patrick LÉGLISE

DOSSIER : L’HÔPITAL FACE AU DÉFI DE LA COMPLEXITÉ

13 Quel futur pour la complexité de notre système de santé ?
Pr Frédéric BIZARD

16 La médecine hospitalière au défi de la complexité
Dr Eric OZIOL

20 L'efficience est-elle éthique ? Dialogue de sourds
Dr Jérôme FRENKIEL

23 L'exercice hospitalo-universitaire : complexe ou unique ?
Pr Céline PULCINI
Pr Guillaume CAPTIER

26 Qu’est-ceque la « médecine de la complexité » ?
Dr Sébastien ABAD

31 Hôpital, GHT et complexité, ce que l’I.A. change...ou ne change pas. Compte-rendu des 1^{ères} Journées Nationales des GHT qui ont eu lieu les 14 et 15 novembre à Lille... Réalisé par ChatGPT
Carole GLEYZES et Dr Eric OZIOL

INFO J. O.... PAS JOJO !
33 Communiqué de presse

J’AI LU POUR VOUS... PEUT-ÊTRE QUE VOUS AIMEREZ LES OFFRIR À NOËL !

34 Les Itinérants de la Santé. Quel futur pour notre système de santé ?
Pr Frédéric BIZARD

35 Dans le tourbillon de la médecine
Céline PULCINI

36 Antidote au culte de la performance « La robustesse du vivant »
Olivier HAMANT

38 ANNONCES DE RECRUTEMENT

LE MAG DE L’INPH

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

Édition quadrimestrielle

ISSN : 2274-7575

Directeur de Publication D’ RACHEL BOCHER

Rédacteurs en chef D’ JÉRÔME FRENKIEL
D’ ERIC OZIOL

Comité de lecture D’ JEAN MICHEL BADET
D’ MICHEL TRYANTAFILLOU
D’ ALEXANDRE ORGIBET
D’ MAUD WILLIAMSON
D’ PATRICK LÉGLISE
D’ ANNIE SERFATY
D’ ERICA MANCEL-SALINO



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

Editeur & Régie publicitaire

Reseauprosante
M. TABTAB Kamel, Directeur
14, Rue Communes - 75003 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05

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

Maquette & Mise en page

We Atipik - www.weatipik.com

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.



LA COMPLEXITÉ DE L'HÔPITAL PUBLIC FRANÇAIS : ENTRE HISTOIRE ET CHAOS POLITIQUE

L'hôpital public français, bastion du système de soins et symbole de la solidarité nationale, traverse une période de grandes turbulences. Entre héritage historique et défis contemporains, la gestion et le fonctionnement des hôpitaux publics est complexifiée par les tiraillements sociaux, économiques et politiques.

Le chaos politique actuel a et aura un impact sur la réponse aux défis auxquels il est confronté.

Historiquement, l'hôpital a servi de refuge pour les malades et les pauvres, initialement sous la tutelle des institutions religieuses. Au XIX^e siècle, on observe un virage très nettement médical des hôpitaux, avec des figures comme Sir William Osler en Amérique du nord, à qui l'on doit les prémices de l'organisation médicale hospitalière, ou comme Philippe Pinel en France, qui a révolutionné l'approche institutionnelle des maladies mentales.

Enfin la création de la Sécurité sociale en 1945 devait garantir un accès égal aux soins pour tous, indépendamment des revenus. Malgré cela, les inégalités d'accès aux soins et les disparités régionales ont perduré.

Au XX^e siècle, l'hôpital public a vécu plusieurs réformes majeures, avec une accélération de celles-ci dans les dernières décennies. Les lois de santé publique, les plans de modernisation des hôpitaux et les efforts pour intégrer la médecine de ville ont redéfini le paysage hospitalier. Néanmoins, les crises, qu'il s'agisse de grèves de personnels soignants ou de pénuries de ressources, ont mis à jour des dysfonctionnements systémiques, qui n'ont fait que s'aggraver avec le temps et que l'INPH a régulièrement dénoncés.

Actuellement, l'hôpital public connaît de nombreuses difficultés, exacerbées par une baisse significative des budgets. Les réformes des vingt dernières années, bien qu'elles furent conçues pour améliorer l'efficacité, ont été réduites à des coupes budgétaires qui mettent en péril la qualité des soins. La logique de rentabilité, inscrite dans les

lois comme la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) de 2009, a orienté les priorités des établissements de santé vers des critères économiques au détriment de l'humanité des soins.

La crise de la COVID-19 a amplifié ces manques et ces carences, et a agi comme un révélateur des failles de l'hôpital public. Les pénuries de personnels comme de matériel, conjuguées à l'absence d'un soutien adéquat, questionne sur les priorités nationales de santé publique. Les soignants sont en première ligne. Le manque de reconnaissance et de valorisation de leur travail a souvent généré un sentiment d'abandon.

C'est notamment pour y palier que l'INPH a signé le SEGUR de la santé.

Le chaos politique en France retarde les décisions gouvernementales, tant en termes de gestion des priorités sanitaires que de réponse aux revendications des soignants. Elles sont en permanence entourées de controverses et de tensions. Les multiples mouvements sociaux témoignent du mécontentement croissant face à une gestion jugée tardive, sous-évaluée, inefficace et pour tout dire désinvolte.

Dans ce contexte d'instabilité politique, la vision à long terme nécessaire pour réformer l'hôpital public est souvent absente. Les gouvernements (8 ministres de la Santé en 7 ans faut-il le rappeler) se succèdent, et se succéderont probablement à un rythme sans doute de plus en plus soutenu dans un avenir proche, avec des appréciations variées, mais sans véritable continuité.

Le système de soins public attend toujours et il dépend exclusivement de décisions politiques qui changent selon les cycles électoraux. Ce manque de stabilité a un impact direct sur le fonctionnement des hôpitaux publics, qui ne peuvent s'adapter efficacement aux changements gouvernementaux itératifs.

Les débats autour de la santé publique sont souvent en tête d'affiche des campagnes électorales, mais passent rapidement au second

plan une fois les élections terminées. Les promesses faites sont généralement entachées d'une réalisation incomplète. Ce jeu politique exacerbe la frustration du personnel soignant (toutes catégories confondues) qui attend des solutions concrètes pour améliorer les conditions de travail et la qualité des soins.

La période d'incertitude politique actuelle contribue à aggraver les inégalités en matière de santé en France. C'est un fait. C'est grave. Les décisions économiques, souvent prises par des décideurs de plus en plus éloignés des réalités du terrain, aboutissent à des fermetures d'hôpitaux locaux, laissant des zones géographiques entières, notamment les zones rurales, privées de soins adéquats et accessibles.

Ce n'est plus acceptable.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que les groupes sociaux les plus vulnérables, notamment les jeunes, sont souvent laissés pour compte.

À l'heure où l'accès aux soins est devenu très compliqué pour de nombreux Français, la fracture sociale se creuse, la santé mentale de la population se détériore.

Vivre et bâtir la médecine du 21^{ème} siècle, c'est aussi contribuer à l'avenir de l'humain.

Pour sortir du marasme actuel :

Il est impératif d'engager un dialogue constructif entre les acteurs des soins, le gouvernement et la société civile. L'adhésion des parties prenantes : personnels soignants, syndicats, politiques et patients, est essentielle. Un consensus autour des priorités de soins devrait être établi, à travers des négociations transparentes, pour donner un nouvel élan à l'hôpital public.

Ce projet de réorganisation de l'hôpital public nécessite une vision radicale : plutôt que de concentrer les efforts sur des indicateurs de performance, il s'agit de rétablir la centralité du patient et de la qualité des soins. Une approche plus humaine doit être adoptée, où le bien-être des soignants serait tout aussi prioritaire que celui des patients.

Soigner, transmettre, former, accueillir, donner envie, donner confiance, prendre soin de façon globale, inventer, innover sont autant de missions qui forgent l'engagement de l'INPH auprès des Praticiens Hospitaliers et des hospitalo-universitaires.

Une véritable politique de santé publique, fondée sur des principes de solidarité et d'égalité, est une nécessité incontournable. La modernisation des infrastructures, les investissements dans les ressources humaines, et un plan d'action clair pour résoudre la crise des moyens sont autant d'axes à explorer pour reconstruire un hôpital public efficace et humain.

En conclusion, la complexité de l'hôpital public français, entre héritage historique et chaos politique contemporain, souligne **l'urgence d'une prise de conscience et d'un engagement collectifs**. Alors que le paysage politique est en plein bouleversement au moment d'écrire ces lignes, le système de santé publique requiert une attention encore plus soutenue et impose des réformes profondes pour surmonter les défis actuels. En redonnant un sens à la mission de soins, en instaurant un dialogue ouvert et en prenant en compte les besoins réels des usagers, l'hôpital public pourra peut-être retrouver sa vocation de service public, incarnant les valeurs d'empathie et d'humanité qui ont toujours fait sa force. Ainsi, nous retrouverons le chemin pour restaurer la confiance et conforter l'espoir.

Telle devrait être la mission du (des ?) prochain(s) ministre(s) de la santé.

La vigilance active de l'INPH sera celle de tous les instants, tous ensemble mobilisés dans une action indispensable de sursaut et de restauration, en responsabilité.

Présidente de l'INPH
Dr Rachel BOCHER



COMPLEXITÉ DE LA REPRÉSENTATION DÉMOCRATIQUE !

QUEL ENSEIGNEMENT TIRER DE NOS ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES : S'OBSTINER AVEC UN OUTIL NUMÉRIQUE PSEUDO-PERFORMANT OU BIEN REVENIR À UN « OUTIL CONVIVIAL » ET ROBUSTE ?



Dr Eric OZIOL
Rédacteur en chef
interrogatif et
convivial

Si vous regardez assidûment vos boîtes mails et que vous lisez vos messages, ou si vous êtes fidèles lecteurs/trices du MAG de l'INPH, vous n'avez pu ignorer que du 11 au 18 juin 2024 se sont déroulées les élections professionnelles des PH et HU.

Il s'agissait cinq ans après, de la deuxième fois où elles étaient organisées par voie numérique.

ALORS QUELS ONT ÉTÉ LES RÉSULTATS DE CE « PROGRÈS » NUMÉRIQUE ?

- 1 Une semaine de vote avec des conditions oscillant entre une superbe performance (effectivement vote en moins de 5 minutes montre en main) et des problèmes techniques répétés suspendant le vote de façon récurrente.
- 2 Des résultats attendus pendant une semaine entière supplémentaire en raison de « vérifications numériques » et de problèmes techniques.
- 3 Des scrutateurs, scrutant non pas les bulletins de vote, mais des informaticiens ayant des difficultés à vérifier la validité de votes numériques.
- 4 Un taux de votants encore plus bas qu'en 2019 !
- 5 Un coût non négligeable (un million d'euro ???) pour un outil numérique finalement peu robuste... même si idéalement très performant !



**L'utilité de
« virtualiser et
d'informatiser »
le bureau de vote,
finalement n'a eu
comme conséquence
que de le faire
disparaître tout
simplement.**

Alors questionnement légitime, pourquoi ne pas avoir fait un vote « physique » avec des bulletins en papier et des urnes transparentes, dont tous les établissements sont souvent déjà équipés (sinon le prix d'une urne en plexiglas va de 50 euros pour un modèle basique, jusqu'à 270 euros TTC pour une urne électorale « réglementaire » conforme élections avec compteur sans remise à zéro pendant le scrutin, deux serrures avec clés différentes, grand modèle pour 1200 à 1600 bulletins...et réutilisable) ?

Les zélotes du tout numérique, vous diraient pour que ce soit plus facile, plus rapide, évite aux électeurs de se déplacer et au bout du compte qu'il y ait plus de votants. Malheureusement le seul véritable objectif légitime et de représentation démocratique de cette hypothèse, « qu'il y ait plus de votants », n'a pas été atteint, bien au contraire.

Alors est-ce la faute à l'outil ? Bien sûr que non ! Un outil ne peut être considéré fautif. Pour illustrer cela : un couteau est fait du même métal froid, tranchant et sans volonté propre, qu'il coupe

du fromage dans une assiette ou bien assassine Jules César. En fait la dysfonction de l'outil vient soit de son utilisation ou soit de ce qu'on fait croire de son utilité. En effet l'utilité de « virtualiser et d'informatiser » le bureau de vote, finalement n'a eu comme conséquence que de le faire disparaître tout simplement. Nous sommes donc passés de l'isoloir dans un lieu commun à l'isolement devant un ordinateur. Ce qui est très dommageable pour ce qui devrait être un lieu convivial et d'expression de la représentation démocratique, même si le vote reste anonyme. Anonyme, c'est le principe d'un scrutin à bulletin secret, mais un bulletin solitairement numérique est-ce pour autant nécessaire ?

Pas de lieu de rencontre, pas d'accueil, pas de scrutateurs des bulletins ou des comportements humains, si ce n'est l'observation de techniciens du numérique qui se débattaient avec l'outil.

Ces réflexions m'ont bien sûr fait repenser au concept « d'outil convivial » développé par Ivan Illich dans La Convivialité (Tools

for conviviality, 1973)*, « pour formuler une théorie sur une société future à la fois très moderne et non dominée par l'industrie ». Il définissait comme « conviviale une telle société dans laquelle les technologies modernes servent des individus politiquement interdépendants, et non des gestionnaires ». Les « outils conviviaux » sont alors des outils maniés et non manipulés (voire asservissants) par les individus de cette société.

Selon Illich : « J'entends par convivialité l'inverse de la productivité industrielle. Chacun de nous se définit par relation à autrui et par la structure profonde des outils qu'il utilise. Ces outils peuvent se ranger en une série continue avec, aux deux extrêmes, l'outil dominant et l'outil convivial ». Il dénonce ainsi le fait que l'Homme soit à ce point dépendant d'un outil qu'il lui est pratiquement interdit de ne pas l'utiliser...de nombreux citoyens sont ainsi passés du statut de maîtrise au statut de servitude. Il parle alors de « monopole radical »...qui pourrait bien finalement être celui du tout numérique.

*Disponible gratuitement en ligne, comme beaucoup d'ouvrages d'Ivan Illich : https://ia801705.us.archive.org/18/items/illich-convivialite/Illich_Convivialite.pdf

Un outil convivial doit donc selon Illich répondre à trois exigences :

- ☑ Il doit être générateur d'efficacité sans dégrader l'autonomie personnelle, notamment s'il se rendait trop indispensable ;
- ☑ Il ne doit susciter ni esclave ni maître ;
- ☑ Il doit élargir le rayon d'action personnelle.

D'après Ivan Illich, les outils deviennent non-conviviaux en franchissant certains seuils. Il distingue ainsi un premier seuil qui est franchi quand on prend le moyen pour une fin et que la mesure statistique de l'efficacité devient le seul but. Cela rejoint la loi de Goodhart : « quand une mesure devient une cible, elle cesse d'être fiable...ou bien toute performance soumise à une mesure tend à s'autojustifier jusqu'à aller contre son objet ». Un second seuil est franchi quand l'outil industriel censé répondre à des besoins, crée de nouveaux maux plus graves que les premiers (notion de « désutilité marginale »). Il prend alors l'exemple de l'automobile : « Si l'on additionne tous les coûts inhérents à la possession d'une voiture (achat du véhicule, essence, garage, révisions, péages, entretien, assurances, stationnements, etc.) plus le temps passé à travailler pour pouvoir payer ces dépenses, on s'aperçoit d'un coût social plus élevé que celui de la marche ou du vélo, pour une efficacité (vitesse moyenne) moindre ». Mais l'organisation de notre société a rendu la voiture incontournable et asservissante.



Alors organiser des élections avec un bureau de vote, une interface humaine, des bulletins comptables et vérifiables, ne serait-elle qu'une perte de temps ?

Finalement il s'agit peut-être d'un temps partagé retrouvé, pour un temps de vote guère plus important pour chacun, mais organisable sur un rendez-vous plus court, peut-être finalement plus participatif, et certainement plus robuste pour l'analyse de ses résultats. Tout cela dans un lieu « convivial » humainement, mais cette fois-ci selon la définition de la convivialité par Brilhat-Savarin, avec le partage d'amuse-bouche et de boisson.

D'après Ivan Illich, les outils deviennent non-conviviaux en franchissant certains seuils. Il distingue ainsi un premier seuil qui est franchi quand on prend le moyen pour une fin et que la mesure statistique de l'efficacité devient le seul but.



CHAQUE JOUR ILS VIVENT UN MARATHON AU RYTHME D'UN CENT MÈTRES.

Les hospitaliers prennent soin de tous. Depuis plus de 60 ans la Mutuelle Nationale des Hospitaliers prend soin d'eux.



Mutuelle Nationale des Hospitaliers
**CRÉE PAR ET POUR
LES HOSPITALIERS**

Rendez-vous sur mnh.fr

Contactez-nous
du lundi au vendredi de 8h30 à 18h

3031 Service & appel gratuits



MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL - 331, AVENUE D'ANTIBES - 45213 MONTARGIS CEDEX. LA MNH ET MNH PRÉVOYANCE SONT DEUX MUTUELLES RÉGIES PAR LES DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ, IMMATRICULÉES AU RÉPERTOIRE SIRENE SOUS LES NUMÉROS SIREN 775 606 361 POUR LA MNH ET 484 436 811 POUR MNH PRÉVOYANCE. CRÉDIT PHOTO : GETTY. AGENCE : AUSTRALIE.GAD

2024, ÉLECTION PROFESSIONNELLE, UNE VICTOIRE QUI LAISSE TOUT LE MONDE SUR SA FAIM



Dr Patrick LÉGLISE
Vice-président du SYNPREFH
Délégué général de l'INPH

Notre liste commune « unis ensemble pour l'avenir de l'hôpital », conduite par les 3 intersyndicats, la CMH, l'**INPH** et le SNAM-HP, a gagné les élections professionnelles de juin 2024.

✚ Pour les commissions statutaires nationales (CSN) et conseils de disciplines (CD) du CNG, nous avons obtenu la majorité des sièges, soit au total (HU+PH) : 66 sièges sur 126 (soit 52% des sièges) ; de plus nous avons obtenu des représentants dans toutes les disciplines, confirmant notre représentativité dans toutes les spécialités médicales, pharmaceutiques et odontologiques.

✚ Pour le Conseil Supérieur des Personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé (CSPM) notre liste commune est arrivée en tête en obtenant 7 sièges sur 15 (soit 47% des sièges) avec des représentants dans chaque collège renforçant notre représentativité dans tous les types d'exercice à l'hôpital public, qu'il soit hospitalier ou hospitalo-universitaire, titulaire ou contractuel.

Cette victoire patente et sans appel nous laisse sur notre faim et doit être relativisée. En effet, mis à part les multiples incidents qui ont émaillé le déroulement de ces élections, nous déplorons le très faible taux de participation de 11% à ces élections.

Les élus de l'**INPH** :

Au CSPM :

- ✚ Collège 1 : Guillaume Captier, Anne-Laurence Le Faou, Olivier Boyer, Amandine Gagneux
- ✚ Collège 2 : Marie-Aude Leguerrier, Eric Oziol
- ✚ Collège 3 : Maud Chabaud, Jean-Pascal Devailly

À la CSN et CD :

- ✚ Anesthésie Réanimation : Christophe Dadure
- ✚ Biologie Médicale : Jean-Paul Feugeas, Olivier Boyer, Sandrine Ngo, Christine Biron-Andréani
- ✚ Chirurgie : Guillaume Captier, Yves Amouriq, Sylvie Baudoin, Marie-Hélène Lacoste, Hani Tawil
- ✚ Médecine : Alexandre Boyer, Amandine Gagneux, Pierre Abgueuen, Emmanuelle Thoré
- ✚ Radiologie : Jean-Marc Constans, Fouzia Mounir, Jean-Christophe Thibaud
- ✚ Psychiatrie : Saman Sarram, Isa Linares, Gabrielle Allio, Anne-Françoise Pajot
- ✚ Pharmacie : Philippe Cestac, Valérie Sautou, Christelle Mouchoux, Rémi Varin, Christine Fernandez, Cyril Boronad, Choé Bezel, Patrick Léglise, Delphine Bourin, Elise Rémy, Véronique Demazière, Benoit Hue, Mélissa Boisgontier, Frédéric Burde, Clémentine Césari.

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.



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 B2AF commercialement dénommé « Bessé », 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.

DOSSIER L'HÔPITAL FACE AU DÉFI DE LA COMPLEXITÉ

QUEL FUTUR POUR LA COMPLEXITÉ DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ?



Pr Frédéric BIZARD
Professeur d'économie
ESCP Business School
Président fondateur
de l'Institut Santé

Notre système de santé traverse une crise profonde et généralisée dans tous ses secteurs. Cette nature systémique explique pourquoi les diverses tentatives de colmatage financier et organisationnel de ces dernières années ont eu très peu d'impact.

La tentative la plus spectaculaire et coûteuse a été le Ségur de la Santé en 2020, qui malgré un effort financier inédit, a eu peu d'impact sur le redressement de l'hôpital, prouvant au passage que la crise ne se résume pas à un manque de moyens financiers.

La triple transition démographique, épidémiologique et technologique impose une refonte globale de la stratégie de gestion du risque santé et de sa déclinaison opérationnelle. Notre système de santé n'est structuré ni pour optimiser le maintien en bonne santé de la po-

pulation, ni pour gérer des pathologies chroniques, ni pour diffuser massivement les innovations technologiques et thérapeutiques.

Il n'est pas en mesure de relever les principaux défis contemporains en santé.



LES CLÉS DE LA REFONDATION

La refonte repose sur trois piliers d'évolution stratégique et opérationnelle : de l'accès aux soins vers l'accès à la santé, de la gestion des ressources à partir de l'offre vers la gestion à partir des besoins de santé, et d'une gouvernance étatique centralisée vers une démocratie augmentée décentralisée.

Cette réforme est à mener conjointement sur le plan de la gouvernance, de l'organisation des acteurs et du financement.

Pour la gouvernance, une loi d'orientation et de programmation sanitaire à 5 ans devra symboliser le passage à un modèle de santé publique, offrant une vision de moyen terme d'amélioration de l'état de santé de la population. Une réforme de l'État sanitaire sera nécessaire autour de deux pôles : la santé publique (un CDC à la française) et l'évaluation des produits de santé (HAS).

L'agencification de l'État sera remplacée au national par ces deux pôles, et les services de l'État en région et département seront inclus dans une direction de santé publique dans les Préfectures régionales et départementales.

Trois cents territoires de santé communs à tous les professionnels de santé seront créés, simplifiant drastiquement la territorialisation sectorielle actuelle. Ils représenteront l'unité géographique dans laquelle les citoyens trouveront une réponse à leurs besoins essentiels de santé.

Un service public territorial de santé sera délivré par les professionnels de santé du public comme du privé, selon les règles du service public (égalité, continuité, accessibilité, mutabilité). Ce service public confèrera une responsabilité populationnelle et préventive à l'ensemble des professionnels du territoire, ce qui décroïsonnera l'organisation des soins.

Une réforme de l'État sanitaire sera nécessaire autour de deux pôles : la santé publique (un CDC à la française) et l'évaluation des produits de santé (HAS).

Le financement solidaire reposera sur un seul financeur par prestation de santé, avec un rôle central de l'assureur public dans le financement des soins et des mutuelles dans le financement des actions de prévention. Chaque citoyen disposera d'un compte personnel de prévention à partir duquel il pourra financer des services de prévention adaptés à ses besoins.

sera revu, avec leur assentiment, pour le faire davantage coller avec la vie médicale d'aujourd'hui. Ainsi, les professeurs choisissent, pour cinq ans, un maximum de deux valences, entre les soins, la recherche, ou l'enseignement.

L'hôpital public disposera de missions extraterritoriales en matière de recherche médicale, de programme d'enseignement, de gestion de plateaux techniques hautement spécialisé et de partenariats internationaux. Ces missions auront vocation à assurer l'optimisation de l'excellence médicale française.

Les ressources humaines et financières seront gérées majoritairement à l'échelle des services. L'ancrage territorial passera par une flexibilité des carrières, prenant en compte les aspirations individuelles et les besoins des services.

Un médecin ou un infirmier de la fonction publique hospitalière signera un contrat d'obligation de services tous les 5 ans, dans lequel il pourra choisir un temps plein à l'hôpital, ou un partage de son temps entre l'hôpital et d'autres missions dans le territoire de santé.

Le statut phare du professeur d'université-praticien hospitalier

REFONDRE L'HÔPITAL PUBLIC

L'hôpital public sera refondé autour de trois axes : l'autonomie de gestion des ressources en interne, l'ancrage territorial des soignants et l'excellence des missions.

Cette autonomie se manifestera par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, signé par chaque hôpital pour 5 ans avec les caisses régionales d'assurance santé. Elle s'accompagnera d'un rééquilibrage de la direction entre le médical et l'administratif. **Le modèle de management actuel des centres de lutte contre le cancer, associant un médecin avec un administratif, sera généralisé à tous les hôpitaux publics.**



LEVER LES FREINS DE CETTE REFONDATION

Si le contenu de la refondation de notre système de santé, à partir des pistes citées supra ou d'un autre projet meilleur s'il existe, a été défini avec une relative précision et est prêt à être appliqué, les freins politiques sont réels.

La technostucture de l'État sanitaire représente un frein réel à toute refondation qui lui ferait perdre tout pouvoir de décision et d'organisation du système de santé. La faiblesse du pouvoir politique, caractérisée par une grande instabilité au ministère de la santé, renforce le pouvoir de cette technostucture et freine la refondation.

Cependant, les Français ont mis la santé en 2024 (sondage Ipsos, Cese, octobre 2024) en tête de leurs préoccupations, loin devant le pouvoir d'achat. Si la santé a toujours été

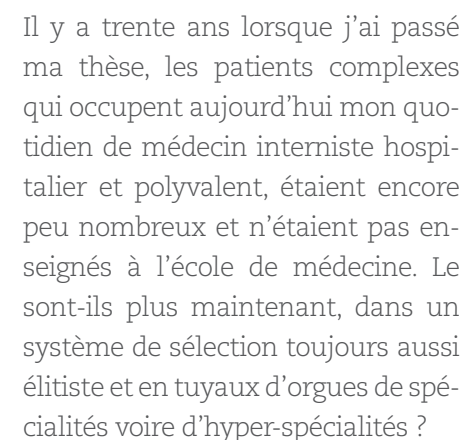
une préoccupation de l'être humain, en faire la priorité des sujets politiques illustre l'inquiétude des Français face à l'avenir du système pour notre génération et celle de nos enfants.

Il fallait probablement passer par cette étape de crise pour que nous prenions conscience de la nécessité de transformer notre système de santé pour lui permettre de répondre aux défis de la triple transition.

Il est maintenant urgent de nous mobiliser collectivement pour la rendre possible, sans quoi nous laisserons derrière nous une société dépourvue d'un vivre-ensemble et d'une société solidaire au XXI^{ème} siècle, que nos ascendants ont su, eux, construire et faire perdurer au XX^{ème} siècle.

le Pr Frédéric Bizard est auteur du livre « Les itinérants de la santé. Quel futur pour notre système de santé ? ». Éditions Michalon Octobre 2024





À partir des années 70 : création de nombreuses chaires de médecine interne dans les facultés et des services de médecine interne, mais souvent uniquement dans les CHU.

En 1979 : création toujours sous l'impulsion du Pr Claude Laroche et du syndicat des internistes, de la SNFMI, première Société savante française de médecine interne.

En 1985 : création des DES, dont celui de médecine interne, un des rares avec 5 ans de formation au lieu de 4. Il n'y avait pas jusqu'alors de qualification autre que par le Conseil de l'Ordre pour les internistes, et il n'y a jamais eu de CES (Certificat d'Etudes Spécialisées) de médecine interne.

En 1987 la Société Italienne de Médecine Interne fêtait déjà son centenaire !!! ...

En 2004 le livre blanc de la médecine interne française prônait encore très clairement une discipline généraliste et polyvalente : « ...en 1970 les fondateurs de la médecine interne française au premier rang duquel se situait le regretté Professeur Claude Laroche, ont eu l'idée d'utiliser le terme de Médecine Interne pour maintenir l'existence d'une médecine hospitalière de haut niveau, polyvalente et globale, face à l'éclosion des nouvelles spécialités. » (3).

En 2009, avec l'avènement à la fois du Centre National de Gestion (CNG) et du DES de médecine générale, les anciens concours de PH (Praticien Hospitalier) de médecine polyvalente d'urgence, de médecine polyvalente gériatrique et de médecine polyvalente, deviennent respectivement concours de PH de médecine d'urgence, de médecine gériatrique... et de médecine générale ! Ces concours « polyvalents » servaient surtout à nommer des PH dans les hôpitaux et structures non-CHU dites « périphériques ».



Le 1^{er} janvier 2011, en Suisse, les Sociétés savantes de Médecine générale et de Médecine interne choisissent un titre de spécialiste commun et euro-compatible. En effet si en France PH de médecine générale ou bien médecin interniste ambulateur sont considérés comme des oxymores par les universitaires, respectivement de médecine générale ou de médecine interne, à l'inverse en Suisse une formation unique et d'excellence de Médecine interne générale en 5 ans a été créée. En 2015 les sociétés savantes de ces deux disciplines ont même fusionné pour devenir la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG). Il s'agit d'une formation commune d'excellence en 5 ans pour tous, que ce soit pour un exercice hospitalier ou ambulatoire (4).

Dans le même temps en France en 2015, et radicalement à l'inverse de la Suisse, la maquette du DES de médecine interne devenait encore plus spécialisée pour l'enseignement des maladies rares et de l'immunologie clinique, mais avec toujours la possibilité de faire des DESC (Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaire de cancérologie, gériatrie, immuno-allergologie clinique, maladies infectieuses, médecine vasculaire, réanimation médicale, pour ne citer que les plus populaires chez les internistes).

En 2017, avec la réforme des DES et la suppression de bon nombre des DESC précités, dont il ne reste que la FST (Formation Spécialisée Transversale, nouvelle dénomination des DESC) de cancérologie... mais tacitement interdite aux internistes, le DES s'appellera désormais Médecine Interne et Immunologie Clinique, entérinant ainsi une surspécialisation unique de la médecine interne française pour les « maladies vedettes ». Quid de la polyvalence de la médecine interne en France ?

Enfin 2022 et 2023, sous l'impulsion de la Société Française de Médecine Polyvalente (SFMP) et du CNP (Conseil National Professionnel) des internistes, que la SFMP a alors intégré, il est créé une FST de médecine hospitalière polyvalente portée par les CNP de gériatrie et de médecine interne...mais attention ce n'est pas une spécialité ordinale !!! Cependant même si la SNFMI (Société Nationale Française de Médecine Interne) admet que sa discipline a pour compétences « la maîtrise d'œuvre médicale plus ou moins complexe des patients polypathologiques principalement en hospitalisation non-programmée et l'expertise des maladies systémiques rares et des diagnostics complexes », elle revendique en priorité sa surspécialisation en immunologie clinique (5).

Alors comment s'y retrouver dans ce fractionnement très paradoxal pour une discipline par essence holistique : Médecine interne ? Médecine interne et Immunologie clinique ? Médecine interne Générale ? Médecine interne Polyvalente ? Médecine hospitalière Polyvalente ?

Dans le MAG de l'INPH n° 24 (p 16) l'article dont le titre était « *La Médecine Hospitalière Polyvalente : une évidence pour l'hôpital public et les établissements de santé* », concluait déjà ainsi :

« Au bout de ces années, qui devaient nous apprendre l'art et la manière d'une meilleure « efficience médico-économique », vous prenez un système hospitalier « en porcelaine », vous y ajoutez de l'« hyper-spécialisation », vous agitez fortement le tout avec une crise sanitaire, et vous obtenez le plébiscite d'une médecine globale, graduée, en lien avec la ville et ses urgences, à l'interface avec toutes les autres spécialités : la Médecine Hospitalière Polyvalente (MHP) ! » (6).

Mais quid de cette « Polyvalence » en Europe et dans le Monde ?

Comme décrit plus haut, le terme « médecine polyvalente » est une sémantique franco-française, hexagono-néologiste, survivance de l'appel-

lation des concours de PH d'avant 2009, et essentiellement dévolue aux hôpitaux non-universitaires, appelés les « périph' ».

En Europe, il n'y a rien d'équivalent sémantiquement à « polyvalent ». En revanche l'équivalence du métier défendu par la SFMP s'appelle diversement : *general internal medicine*, *allgemeine innere medizin*, *medicina interna*, voire médecine interne générale selon le modèle Suisse de convergence d'excellence (5 ans de formation) de la Médecine interne et de la Médecine générale. Toutes ces disciplines se reconnaissent sous l'égide d'une Société savante unique, l'EFIM (*European Federation of Internal Medicine*).

En France la question se pose de réaffirmer très clairement la polyvalence de notre discipline et l'égalité de ses deux valences en renommant le DES comme suit : DES de Médecine Interne Polyvalente et Immunologie Clinique, MIPIC au lieu de MIIC.

Dans le cas contraire, il est certain que, les nécessités hospitalières (soutenues notamment par la Conférence Nationale des PCME, la FHF et l'ONDPS), et la reconnaissance européenne des équivalences de diplômes faisant loi,

une nouvelle discipline médicale ne manquera pas d'être créée en France, à savoir le DES de Médecine Interne Polyvalente avec un CNP spécifique. L'immunologie clinique pourra ainsi se consacrer sans ambiguïté à son unique intérêt spécialisé. A moins qu'à l'instar de la Suisse, l'évolutionnisme et les nécessités de notre système de soins, « le meilleur du Monde », nous pousse enfin à construire cette maîtrise d'œuvre de la complexité avec la Médecine générale pour la création d'une formation d'excellence unique en 5 ans avec le DES de Médecine Interne Générale.

Ce n'est pas le plus fort de l'espèce qui survit... c'est celui qui sait le mieux s'adapter au changement.

Charles Darwin

La polyvalence comme une robustesse et non comme une performance ? ...lisez dans ce sens l'essai d'Olivier Hamant dans la rubrique « j'ai lu pour vous... ».



Références

1. Revue PRESCRIRE, novembre 2024.
<https://www.prescrire.org/sommaire-de-la-revue-prescrire/prescrire-novembre-2024>
2. Echenberg D. La spécialisation médicale : aussi vieille que l'Antiquité! Médecine interne générale : perspective canadienne. Rev Med Suisse 2007 Nov28;3(135):2737-9
3. Le livre Blanc de la Médecine Interne page 22. Edité par le C.N.P.I. décembre 2004.
<https://studylibfr.com/doc/7474875/t%C3%A9l%C3%A9chargez-le-livre-blanc-de-la-m%C3%A9decine-interne>
4. Gaspoz JM, Héritier F, Cornue J, Perrier A, Waeber G. « L'union fait la force ! » huit ans plus tard. Rev Med Suisse 2016 Jan20 ;12(502) :115-6.
5. Sève P, Morlat P, Ranque B, Lavigne C, Bourgarit A, Rauzy O, et al. Que retenir des états généraux de la médecine interne française ? Rev Med Interne. 2024 ;45(2):69-78.
6. MAG de l'INPH n° 24 page 16 : La Médecine Hospitalière Polyvalente Une évidence pour l'hôpital public et les établissements de santé.
https://www.intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com/images/Mag24/MAG24_INPH.pdf

L'EFFICIENCE EST-ELLE ÉTHIQUE ?

DIALOGUE DE SOURDS



Dr Jérôme FRENKIEL
Médecin de santé publique
Directeur de l'Information
médicale et de la Recherche
Groupe UNIVI Santé

Au dernier Bulletin Officiel a été publiée une instruction relative aux priorités nationales pour les prochains contrôles T2A, champ MCO [1]. Ces contrôles de facturation, de la part de l'Assurance maladie obligatoire (AMO), vont

donc reprendre, après les années COVID, à tout le moins pour les établissements ne bénéficiant pas d'une garantie de financement sous une forme ou sous une autre.

Rien d'anormal à cela en soi : de tels contrôles sont normaux et même nécessaires dans le principe. Tout au plus pourrait-on formuler à ce stade trois observations :

- ❑ L'impartialité est une condition essentielle de l'acceptabilité de ces contrôles. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point.
- ❑ Ces contrôles ne recherchent que la surfacturation. Or, il est notoire que les anomalies de facturation s'expriment notamment sur le registre de la sous-facturation : il ne serait pas absurde que les contrôles recherchent également celle-ci.
- ❑ Les établissements sont par ailleurs soumis, depuis quelques années, à la certification des comptes, menée par des organismes indépendants dans le cadre de procédures rigoureuses. Dans quelle mesure ces deux procédures (contrôles AMO et certification des comptes) font-elles double-emploi, et comment interpréter des résultats discordants ?

Pour revenir aux priorités nationales des prochains contrôles, la seconde (n°2) retient l'attention. Elle dispose en effet que « Fait également l'objet d'une priorité nationale, le contrôle du codage des diagnostics principaux ou des actes classants ayant pour effet de classer le séjour dans un groupe homogène de séjours (GHS) mieux valorisé que celui dans lequel le séjour aurait été classé en l'absence de codage de ce DP ou de cet acte classant ». Vous n'avez pas compris ? Relisez une seconde fois. Vous n'avez toujours pas compris ? C'est normal, il n'y a rien à comprendre, du moins au premier degré. En effet (je traduis), seront ciblés en priorité les séjours qui auraient pu être codés de façon à rapporter moins. En d'autres termes, tous les séjours. Par exemple, une transplantation hépatique qui a été codée comme telle et non comme un bilan annuel de diabète. C'est évidemment absurde, car le seul sujet est la conformité du codage à la traçabilité d'une part, et aux règles de codage d'autre part.

Comment interpréter cette priorité pour le moins curieuse ? Il pourrait, certes, s'agir d'une erreur de formulation. Après tout, ce ne serait pas la première fois. Pour autant, elle a été intégrée aux priorités nationales dans une intention. Mais laquelle ? En relisant la phrase, on observe que le sujet tourne autour de la valorisation en tant que telle, et porte plus précisément sur les différences de valorisation produites par des solutions de codage différentes. Pour comprendre, il faut garder à l'esprit que, dans certains cas et notamment certaines situations cliniques complexes, il existe plusieurs solutions de codage parfaitement compatibles avec la réglementation, mais ne produisant pas nécessairement

la même recette. Par conséquent, un nombre croissant d'établissements intègrent à leur pratique de codage et de contrôles qualité internes des processus dits « d'optimisation », recherchant dans ces situations cliniques complexes la solution la plus avantageuse financièrement parlant, mais toujours dans le respect des règles de codage. Cette pratique, inhérente au modèle T2A et au demeurent appliquée en toute transparence, n'est en aucune façon blâmable. De fait, elle est intégrée au Plan d'assurance qualité de l'information médicale expertisé par les DIM experts et les Commissaires aux comptes à l'occasion de la certification des comptes, sans que cela suscite le moindre état d'âme.

Mais l'Assurance maladie ne l'entend pas de cette oreille, et contrôle souvent à charge. C'est-à-dire qu'au lieu de simplement vérifier la compatibilité d'une solution de codage avec la traçabilité et avec la réglementation, elle va interpréter la réglementation à son profit, parfois même de manière « créative » selon les consignes données aux contrôleurs. Le résultat est la génération de récupérations d'indus voire de sanctions financières dissuasives, et l'Assurance maladie de qualifier ces situations de « fraude », avec un certain toupet il faut tout de même le dire.

Certes, les établissements ont la possibilité de recourir au contentieux, processus d'autant plus long et complexe que, pour que le sujet soit sérieusement examiné sur le fond, il faudra aller en appel. Ainsi nombre d'établissements, en l'occurrence nombre de médecins DIM et / ou de directeurs, préféreront accepter les sanctions pour éviter les complications, les critiques et autres aléas de carrière. Et l'autre effet pervers est que ces établisse-

Nombre de médecins DIM et/ou de directeurs, préféreront accepter les sanctions pour éviter les complications, les critiques et autres aléas de carrière...

ments vont ensuite sous-coder, et donc sous-facturer, pour minimiser ces contrariétés, générant ainsi une pseudo-jurisprudence au bénéfice de l'Assurance maladie.

Tout cela, nous l'aurons compris, n'est pas satisfaisant en soi. Mais n'est-ce pas l'arbre qui cache la forêt ? Pour en juger, il faut revenir à la question centrale, qui est le juste financement des établissements de santé. Mais qu'entend-on par « juste » ? Là réside probablement le vrai sujet.

Rappelons que la T2A ne fait que répartir entre les établissements une ressource financière nationale, l'ONDAM, déterminée ex ante par la Loi de finance de la Sécurité sociale. Du fait de ce mode de construction, la théorie n'impose pas que cette ressource soit globalement adéquate. On peut cependant observer que certains établissements équilibrent leurs comptes voire dégagent des excédents (comme quoi c'est possible), et d'autres non. Le discours de ces derniers établissements comme de telle fédération de l'hospitalisation selon quoi l'ONDAM serait structurellement insuffisant est donc difficilement tenable, en tout cas actuellement. Mais qu'est-ce qui explique une telle disparité dans la comptabilité des établissements ?



L'équation économique d'un établissement de santé est au fond assez simple : elle ne compte principalement que trois déterminants. La maîtrise des charges, la performance de facturation, et la maîtrise des processus de soins et notamment des parcours de soins. Historiquement, ce sont les charges qui ont retenu l'attention des Directions d'établissement, sous la forme d'injonctions demandant aux services de soins de produire plus sans ressources supplémentaires ou de produire autant avec moins de ressources. Sans questionner sérieusement les raisons du déficit, dialogue social oblige. Il est superflu de préciser le peu d'efficacité de ce genre d'approche, voire leur effet délétère : en diminuant les ressources, le résultat est une diminution de l'activité donc des recettes, c'est la spirale de la déflation au pied de la lettre.

Plus récemment, les Directions se sont intéressées à la performance de la recette, et donc de la T2A en priorité. Lorsque cette politique a été menée de manière rationnelle, elle produit des résultats, mais souvent insuffisants au rétablissement des comptes : la performance de la facturation ne peut tout résoudre.

Reste le dernier point, qui n'est pas le bras de levier le moins important : la maîtrise du processus de soins et son adaptation au modèle de financement. En clair, les produits étant constatés essentiellement au séjour et non à la journée, ils seront proportionnels au

taux de rotation et donc à la durée de séjour. Et donc, dans une vision médico-économique, il y a lieu de questionner les processus de prise en charge des patients au sens large sous cet angle. Les pistes sont nombreuses, telles que la préparation de la sortie du patient dès son entrée et notamment en cas de complexité sociale, le questionnement de l'opportunité de certaines prestations inter établissements, l'analyse des délais de réalisation de certains actes, la gestion ou non au cours du séjour d'une découverte diagnostique sans rapport avec le motif d'hospitalisation et sans caractère d'urgence, etc. C'est peu dire que les soignants en général et les médecins en particulier ont été peu préparés à considérer leur pratique sous cet angle, où il est question d'efficacité et de productivité. De fait, une récente enquête auprès des praticiens hospitaliers [2] a examiné le « vacillement de l'engagement des médecins hospitaliers ». Et parmi les postures médicales observées, il est relaté que « [La T2A] incarne la recherche de l'efficacité, pousse à la rentabilité. Ce qui est en inadéquation totale avec l'altruisme ». Comme on le voit, pour les faire adhérer à la réalité économique, une sérieuse explication de texte s'impose, pour rappeler que l'argent ne tombe pas du ciel, que les ressources sont limitées, et que l'éthique de la dépense publique ne saurait être effacée par l'éthique médicale, d'autant qu'elles ne sont nullement incompatibles.

Tout cela pour dire que, face aux établissements déficitaires et réclamant toujours plus de moyens, l'Assurance maladie a beau jeu de renvoyer lesdits établissements à leur efficacité. Et, dans l'obligation malgré tout de combler leur déficit s'ils sont publics, de se rembourser par des contrôles aux pratiques discutables affectant l'ensemble des établissements.

On est donc bien dans un dialogue de sourds. Ce qui est certain, c'est qu'il ne sera possible d'affirmer l'insuffisance de l'ONDAM que lorsque l'ensemble des établissements auront atteint un niveau d'efficacité significatif mais resteront malgré tout en déficit. On en est loin. La balle est donc dans le camp des hôpitaux, pour consolider leur équation économique. En tout état de cause, au vu de la situation économique du pays, il n'est pas certain que les déficits continuent à être solvabilisés ad vitam. Qui sait si, un jour, nous ne verrons pas des hôpitaux publics mettre la clé sous la porte, au même titre que n'importe quelle entreprise incapable de maîtriser ses comptes.



L'EXERCICE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE : COMPLEXE OU UNIQUE ?



P^r Céline PULCINI
Pour le SHU (Syndicat des Hospitalo-Universitaires)



P^r Guillaume CAPTIER
Pour le SHU (Syndicat des Hospitalo-Universitaires)

Les hospitalo-universitaires (HU) regroupent tous les personnels, titulaires ou non, ayant une mission unique de soin, d'enseignement et de recherche dans les universités et les établissements de santé, notamment les CHU (centres hospitaliers universitaires). La mission unique permet d'évoluer au cours de la carrière dans les différentes fonctions avec une vision transversale indispensable à



Le statut hospitalo-universitaire peut sembler complexe de prime abord. Il est surtout unique, et comme il concerne peu de professionnels (0.25 % des fonctionnaires d'état), il est souvent mal connu. Nous vous proposons ici un rapide tour d'horizon de l'exercice hospitalo-universitaire et des enjeux actuels.

la cohérence du système de santé sur les trois valences suivantes : soin, recherche et formation. La complexité des organisations de l'hôpital, de l'université et des structures de recherche s'accumule pour rendre cette mission difficile à remplir. Sont des hospitalo-universitaires titulaires les professeurs (PU-PH : professeurs des universités – praticiens hospitaliers) de médecine, d'odontologie et de pharmacie, au nombre de 4500 environ en France, et les maîtres de conférences – praticiens hospitaliers (MCU-PH), au nombre de 2000 environ¹. Alors

que le nombre d'étudiants en médecine a triplé depuis 30 ans et qu'il est prévu de former encore plus d'étudiants en santé dans les années à venir pour contrer le défaut d'accès aux soins, le nombre d'hospitalo-universitaires titulaires (PU-PH et MCU-PH) s'est réduit. Le déficit chronique dure depuis près de 30 ans puisqu'en 1996, on comptabilisait au total 7811 hospitaliers et universitaires titulaires en médecine, pharmacie et odontologie², soit une baisse totale de 14,5 % des effectifs sur cette période ! Parallèlement, le nombre d'étudiants et



[1]. Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2024/30 du 31 octobre 2024 - Instruction ministérielle du 28 octobre 2024 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour la campagne 2024 portant sur l'activité 2023

[2]. Webinaire consacré aux motifs conduisant au vacillement de l'engagement des médecins hospitaliers, présenté le 17 septembre 2024, par l'espace de réflexion éthique de Bourgogne- Franche-Comté (EREBFC). Cité par : HOSPIMEDIA – 4 octobre 2024

1. https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2023-04/Recap_HU_2023_VF.pdf

2. DGRH A1-GESUP, évolution des HU de 1996 à 2016



d'internes à former en médecine a pratiquement triplé avec une baisse de 2,3 % du nombre de HU titulaires en médecine. Le nombre de CHU a augmenté, de nouvelles disciplines ont été créées et des postes ont été affectés à la médecine générale. L'encadrement a donc considérablement diminué, ce qui risque de se poursuivre en cas d'augmentation future du nombre d'étudiants à former.

En outre, on note une vague inédite de départs volontaires des HU titulaires ces dernières années^{3,4} et un manque certain d'engouement des plus jeunes pour les carrières HU. En effet, si ces carrières apparaissent passionnantes, elles sont d'accès particulièrement long et difficile. Les HU s'inquiètent donc du criant et récent manque d'attractivité de leur métier, qui menace la quali-

té de la formation des étudiants en santé, ainsi que l'excellence des soins et de la recherche médicale dans notre pays. Sans HU, pas de CHU ni de faculté de médecine ni de développement de la recherche en santé ! L'inquiétude des HU se traduit par une hausse considérable des mises en disponibilité (+133,7 %) et une cessation d'activité avec un départ à la retraite plus précoce. L'activité au-delà de l'âge légal de départ à la retraite a reculé de 68,6 % sur la période 2006-2016⁵. L'application d'une réforme des retraites spécifique aux HU, imposée sans aucune négociation avec la mise en place d'une cotisation obligatoire à l'IRCANTEC au 01/09/2024 et la baisse de la rémunération correspondante ne peut qu'aggraver ce malaise.

Alors que de multiples rapports pointent ces menaces depuis plusieurs années⁶, et que Le SHU, membre de l'INPH, a multiplié les alertes auprès des pouvoirs publics⁷, la réponse concrète du gouvernement reste insuffisante.

Le SHU attend donc du gouvernement actuel des mesures fortes pour, d'une part, stopper l'hémorragie de départs des HU, et d'autre part pour que les plus jeunes aient de nouveau envie de s'engager dans des carrières HU.

3. https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2024-07/bilan_hu_2024_vf.pdf

4. <https://www.le-shu.fr/wp-content/uploads/2023/12/SALVESHUVF.pdf>

5. Donnée CNG 2024.

6. <https://www.le-shu.fr/wp-content/uploads/2023/09/Rapport-retraites-HU-Uzan-2023-08042023.pdf>

7. <https://www.le-shu.fr>

PLUS PRÉCISÉMENT, LES REVENDICATIONS PORTENT EN PARTICULIER SUR LES DEUX POINTS SUIVANTS :

1 Une meilleure retraite de l'État

Les HU titulaires appartiennent à la Fonction publique de l'État. Du fait des nombreux et ardues prérequis pour être nommés, ils deviennent fonctionnaires à un âge tardif (44 ans en moyenne pour les PU-PH et 37 pour les MCU-PH). Le montant de leur retraite était donc jusqu'à présent en moyenne

égal à 30 % de leur dernière rémunération, ce qui est très inférieur à la moyenne des fonctionnaires d'État. Cette injustice durait depuis 1958 !

La décision récente du gouvernement d'affilier les HU à l'IRCANTEC ne correspond pas au scénario

plébiscité par les syndicats⁸, comme indiqué dans le rapport Uzan de 2023⁶. Cela dissocie la rémunération hospitalière de celle de l'université et dégrade le statut de fonctionnaire d'État.

LE SHU DEMANDE :

- ☑ Le retrait immédiat du décret n° 2024-767 du 8 juillet 2024⁹ instaurant une retraite complémentaire à l'IRCANTEC sur les revenus hospitaliers des HU ;
- ☑ L'ouverture de négociations pour l'intégration de l'ensemble de la rémunération des HU dans le système de retraite de l'État des fonctionnaires ;
- ☑ Et le rétablissement de la possibilité de validation des services auxiliaires, qui permet de prendre en compte les fonctions exercées avant titularisation dans la durée totale de cotisation dans leur carrière de fonctionnaire.

2 Une absence de baisse de salaire

L'affiliation à l'IRCANTEC s'est automatiquement accompagnée d'une baisse de 5,21% de la rémunération, alors que la rémunération des HU a déjà baissé (en euros constants) de près de 20% depuis 30 ans¹⁰. Cette affiliation entraîne une perte annuelle brute moyenne de 2232 € pour les MCU-PH et de 2628 € pour les

PU-PH, soit plus de 70K€ et 95K€ pour une carrière de MCU-PH et PU-PH respectivement. Le choix du gouvernement de faire cotiser des fonctionnaires d'État à une caisse complémentaire de non-titulaires au lieu du système de retraite de l'État est contestable et entraîne une dévalorisation de la carrière HU au cours de la vie ac-

tive pour une retraite hospitalière au rabais. De fait, la mise en place d'une retraite complémentaire hospitalière, retraite qui n'avait pas été instituée depuis la création du statut HU en 1958, est un affront pour les HU !

LE SHU DEMANDE DONC :

L'ouverture de négociations interministérielles hospitalo-universitaires pour une revalorisation de la carrière et une retraite digne à la hauteur de l'engagement des HU.



8. <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/un-regime-de-retraite-ameliore-pour-les-professionnels-hospitalo-universitaires>

9. Relatif à l'assiette et aux taux de cotisations des personnels hospitalo-universitaires titulaires affiliés à l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques

10. https://conferencedesdoyensdemedecine.org/wp-content/uploads/2023/12/AHU2023_10_propositions.pdf

QU'EST-CE QUE LA « MÉDECINE DE LA COMPLEXITÉ » ?

Dr Sébastien ABAD¹

Pour William Osler, médecin canadien parfois considéré outre-Atlantique comme le père de la médecine moderne, « *medicine is a science of uncertainty and an art of probability* » [1]. La médecine est une science de l'incertitude et un art de la probabilité. Si cette citation semble inévitable dès lors qu'il est question de rendre compte de la subtilité de l'« art médical », il convient de bien considérer ce qu'elle sous-entend, pour ne pas sombrer dans le propos insignifiant.

La médecine est sans doute l'une des disciplines, qui non seulement est très en lien avec l'incertitude, mais qui du reste expose aux conséquences individuelles les plus immédiatement délétères, que puisse avoir cette dernière. La sanction est bien souvent « irrévocable » [2]. L'incertitude est omniprésente dans la santé et est un véritable défi pour les professionnels (novices comme aguerris)

et pour les soignés. Il demeure cependant une certaine réticence à reconnaître et à traiter cette incertitude [3]. Simpkin et Schwartzstein envisagent la tolérance à l'incertitude en « zones grises » comme la « prochaine révolution médicale » [4] à une époque où les « digital natives » seraient frustrés par des réponses incomplètes ou absentes. Sensibilité et spécificité des investigations, subjectivité des narrations et

interprétations, résultats incertains d'une thérapeutique, biais cognitifs. Pourquoi cette révolution, ou pour le moins cette prise de conscience, tarde-t-elle à s'imposer ? Et quelle forme prendrait-elle ? S'agit-il d'une seule et même incertitude ? Cette incertitude se confond-t-elle avec la complexité ? La complexité se réduit-elle à la complication, qui elle-même dépasse l'incertitude ? N'est-elle pas plus que cela ? Sinon autre chose ?

LA COMPLEXITÉ SELON EDGAR MORIN

Le mot « complexe » est polysémique. Le CNRTL retient : « composé d'éléments qui entretiennent des rapports nombreux, diversifiés, difficiles à saisir par l'esprit, et présentant souvent des aspects différents », mais également « ensemble d'éléments divers, le plus souvent abstraits, qui, par suite de leur interdépendance, constituent un tout plus ou moins cohérent » [5]. D'aucuns s'arrêteront au caractère « compliqué » de quelque chose qui reste difficile à saisir, quand d'autres insisteront sur la notion de « relations » nombreuses et diversifiées, intriquées et interdépendantes entre des éléments qui s'inscrivent dans une totalité et inscrivent un tout.

1. Praticien hospitalier. Médecine palliative, médecine de la douleur, master II éthique clinique. Service de médecine palliative (Hôpital Ch.Nicollé – CHU de Rouen). Desbrest Institute of Epidemiology and Public Health, Univ Montpellier, INSERM. Président de l'association Naulimus.



Edgar Morin, en mettant en exergue le jeu entre ordre-désordre-organisation, et en décrivant le rôle de la dialogique (coexistence des complémentaires), de l'hologrammatique (la partie contient le tout et la somme des parties peut-être plus ou moins que le tout) et de la récursivité (quand la conséquence participe à l'émergence de sa propre cause) a « organisé » la complexité [6]. Whitehead [7] en avait déjà été l'architecte avec la philosophie du processus, et avant lui sans doute Vico ou encore Héraclite [8] et ses « fragments », pour ne citer qu'eux.

Ce qui est complexe est-il toujours compliqué ? La réponse est non, mais bien souvent cela nécessite un changement de perspective avec parfois résistance à ce dernier. Est-ce plus simple ? C'est surtout plus riche, s'inscrivant en opposition à la réduction épistémologique simplificatrice, sans pour autant être inutilisable. Ce qui est compliqué peut se résumer à un principe simple, ce qui est complexe en aucun cas (Morin et al., 2003).

Le réductionnisme est toujours au cœur des enseignements universitaires alors que l'incertitude

est consubstantielle à l'exercice médical et d'une structure complexe. Faut-il « simplifier » ? Ce néologisme (Berthoz, 2009) peut certes renvoyer à une complexité expliquée de manière simple, mais également à une segmentation de la complexité (e.g. procédure dégradée devant une incapacité à tout saisir), ou à l'utilisation simplifiée d'une complexité fonctionnelle (e.g. rendre plus simple un appareillage dont l'élaboration est d'une difficulté croissante). Il y a donc plusieurs « simpletés » articulées par la complexité... et possiblement contradictoires avec cette dernière.

QUE SERAIT UNE MÉDECINE DE LA COMPLEXITÉ ?

Naulimus² a proposé en juin 2024 un premier manifeste pour une « médecine de la complexité » et non pour une médecine complexe [9, 10]. Si la complexité semble intéresser toutes les spécialités médicales, certaines sont plus exposées à son emprise que

d'autres : médecine palliative avec l'indéfinissable souffrance existentielle, médecine de la douleur chronique et intrications psycho-socio-culturelles, psychiatrie institutionnalisée confrontée au manque de moyens, grand handicap et inquiétante étrangeté de

proximité avec cet « autre » qui « nous » ressemble tant, gériatrie exposée à la délicate question de l'autonomie tant fonctionnelle que décisionnelle... Par ailleurs, la complexité n'est pas qu'un « problème » médical, et elle irrigue les différents champs de la santé :

2. Association loi 1901 qui se consacre aux applications de la pensée complexe en médecine (<https://naulimus.org>).

politiques sanitaires, management, grands défis épidémiologiques. Elle est transdisciplinaire et interprofessionnelle.

« *La médecine de la complexité, c'est la médecine de la relation, c'est la médecine qui fait de la relation son objet de soin, un objet partagé avec le patient et dans lequel le soignant est impliqué en tant qu'individu également* » (Naulimus, 2024). On veut maintenir la symptomatologie exclusivement au sein du

LE MODÈLE NAULIMUS

Il s'agit de penser autrement la relation que comme une mise en système d'individus... quand elle serait potentiellement un système à part entière donnant lieu aux individus et en particulier à « soi ». La « médecine de la complexité » stricto sensu réclame en effet d'adhérer à une certaine approche du tissu relationnel, complémentaire de l'approche classique (relation interindividuelle horizontale et transactionnelle entre un « soi » et un « autrui » qui se font face) et morinienne (relation complexe organisée par auto-(géno-phéno-égo)-éco-re-organisation, autrement dit un ensemble de boucles tourbillonnantes, source d'une individualité plurielle se retrouvant au niveau des sociétés qui mettent en lien les individus par ces mêmes boucles). Un troisième modèle considérerait la relation comme système à part entière en dehors de toute notion d'individu, et non

patient avec un soignant « exempt de tout trouble ». Mais nous pourrions également considérer la relation interhumaine comme premier support et « caisse de résonnance » d'une souffrance s'y déployant et envahissant le « devenant-soigné » comme à un moindre degré le soignant. Cette simple considération, résumée dans le fait de préférer le terme de « situation de haute vulnérabilité » à « patient vulnérable » peut

comme « simple » mise en système desdits individus⁴, une approche qui serait « orthogonale », explorant la possibilité d'états dynamiques intermédiaires que seraient les entités de soi(s).

Ainsi cet « écosystème expérientiel de soi(s) » déployé entre soi et autrui, identifierait d'autres instances en plus de « soi et autrui », déduites du fait même de la présupposition d'un tissu relationnel complexe qui serait intégré aux interlocuteurs. En plus de « soi et autrui » ou plus exactement en plus de ces deux soi-s qui se font face et se croient, chacun, et à juste titre, absolument unique. Impossible de décrire ici cet écosystème rendant compte de soi, mais nous pouvons aborder la réflexion qui a précédé son émergence. « Soi » vit l'expérience d'être « soi ». Dont acte. Mais qu'en est-il de « l'autre » que je

permettre par exemple au soignant de prendre conscience de l'engagement de sa propre vulnérabilité. Et il devient alors possible d'imaginer une évaluation du degré d'incertitude propre et partagée, du degré de vulnérabilité ressentie par soi et par l'autre pour soi, du degré d'adhésion au diagnostic en termes de familiarité avec l'expérience vécue. Car le diagnostic est construction consentie³... ne l'oublions pas.

croise dans mon environnement proche ? Deux possibilités semblent s'offrir à « soi ». Considérer « l'autre » comme un élément de l'expérience d'être « soi », avec à l'extrême la possibilité d'avoir affaire à une illusion (solipsisme), ou bien considérer « l'autre » comme un alter ego. Soit « l'autre » fait partie intégrante de cette expérience qui se confond avec « soi », soit lui-même est un « soi identique » qui partage cette singularité (sic) quand « le premier soi » devient, pour lui, son « autre ». Mais comment concilier les deux, en stricte indécidabilité ? Par cette affirmation : « soi » se doit d'être un ensemble et en même temps une partie de cet ensemble. C'est la clef de l'édifice ontologique proposé, une aporie : une partie de la somme et la somme se confondent strictement. Dans un second temps il s'agit de s'enquérir de la

capacité de ce modèle à supporter les cliniques en y intégrant les données des consultations. Puis de faire retour. Puis, ensuite, de considérer ce qui emplit l'espace ainsi généré entre la partie « soi » et la somme « soi(s) ». Ce sont les entités de soi(s) qui rempliraient les « vides ». Et les jeux entre elles qui rendraient compte des phénomènes observés dans les relations interpersonnelles. Le pas de côté que nous envisageons ici est considérable. Mais il permet trois choses : offrir un modèle qui bien que centré sur l'expéri-

ence de soi(s) s'avère moins individualiste que le modèle classique, la relation « précédant » soi étant son cadre conceptuel ; permettre la considération d'une clinique jusqu'alors négligée (tels les symptômes du soignant travaillant au diagnostic relationnel avec le soigné) ; interroger des « impensés » comme la nature fondamentale du trépassé dans ses interactions avec les autres, l'existence de « morceaux de soi » encore inenvisagés par les précédentes topiques, ou encore la possibilité que soi (avec ses turpitudes

qui font l'existence) soit syndrome d'une instance complexe et purement relationnelle so(i-autru)i. Décrire chaque élément dépasserait le cadre du présent article. Ce qui demeure fondamental, c'est que les blocs ne sont pas séparés stricto sensu. Ils sont en complexité. Les entités de soi(s) seront-elles au XXI^{ème} siècle ce que l'Inconscient fut pour le XX^{ème} siècle ? Une nouvelle blessure narcissique et/ou une hypothèse invérifiable ou un nouveau champ à explorer ?

CONCLUSION

À titre de conclusion temporaire, citons quelques éléments complémentaires à propos de cette « nouvelle » médecine de la complexité, un modèle appelé à évoluer. Il ne s'agit pas d'une description du réel ni d'une nouvelle discipline, mais d'un cadre conceptuel préparatoire en situations de haute vulnérabilité qu'un professionnel peut choisir de suivre ou de ne pas suivre. La « médecine de la complexité » ne saurait être identique au concept polysémique de médecine intégrative, même si des liens existent. Elle se fonde sur une approche précise de la relation interindividuelle et nous sommes dans l'expression la plus individualisée qui puisse être du soin. Il s'agit d'enseigner la transition d'une approche de l'incertitude en santé qui consisterait à la combattre, puis à l'accepter (et à gérer ses conséquences cognitives) à, enfin, l'explorer et en faire un outil thérapeutique par sa capacité à générer un chaos, source féconde de réinterprétations, et même de nouveaux « événements » pour le binôme soigné-soignant.



Bibliographie

1. Bean WB. Sir William Osler: Aphorisms from His Bedside Teachings and Writings. British Journal for the Philosophy of Science 1954;5(18):172-173.
2. Motte B, Aiguier G, Van Pee D, Cobbaut J-P. Mieux comprendre l'incertitude en médecine pour former les médecins. Pédagogie Médicale 2020;21:39-51.
3. Audétat MC, Nendaz M. Face à l'incertitude: humilité, curiosité et partage Facing uncertainty: humility, curiosity and sharing. Pédagogie Médicale 2020;21:1-4.
4. Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating uncertainty — The next medical revolution? N Engl J Med 2016;375:1713-5.
5. CNRTL, définition du mot « complexe ». <https://www.cnrtl.fr/definition/complexe>. Consulté le 20/10/2024.
6. Morin E. Introduction à la pensée complexe. Paris : Points essais, 2014.
7. Whitehead AN. Modes de pensée. Paris : Vrin, 2004.
8. Héraclite. Fragments recomposés présentés dans un ordre rationnel par Marcel Conche. Paris : PUF, 2017.
9. Abad S. La médecine de la complexité. Gestions hospitalières 2024;637:338-40.
10. Abad S. Manifeste pour une médecine de la complexité, consultable sur le site <https://naulimus.org>.

3. Et parfois lui-même source de souffrance venant se surajouter sinon modifier la pathologie qu'il croit désigner.

4. La relation n'est plus une simple mise en système, mais un système dont les individus sont une conséquence, ou duquel découlerait la seule logique narrative à même de permettre l'expérience de conscience qui serait un écho de ces récits (expérience restant cohérente dans le temps pour ne supporter aucune alternative contradictoire). En première lecture, nous naissons de deux parents et chacun des parents vit de manière isolée l'expérience d'être ce soi unique que l'enfant sera également, et en seconde lecture nous pouvons considérer l'émergence de la conscience individuelle comme intervenant bien après cette mise en relation, mais du fait de cette dernière.

COMPTE-RENDU DES 1^{ÈRES} JOURNÉES NATIONALES DES GHT QUI ONT EU LIEU LES 14 ET 15 NOVEMBRE À LILLE...

RÉALISÉ PAR CHATGPT

Requête ChatGPT
co-écrite par Carole
GLEYZES, Directrice des
Affaires Médicales et
Eric OZIOL, Président de
la Commission Médicale
d'Etablissement,
Centre Hospitalier de
Béziers, présents à cet
événement.



Requête

Rôle : Tu es rédacteur en chef du "Mag de l'INPH" (Intersyndicale Nationale des Praticiens Hospitaliers).

Contexte : Tu contribues à la rédaction d'un numéro spécial sur le thème de la complexité à l'hôpital. Tu as participé aux 1^{ères} journées nationales des GHT et tu souhaites faire le lien entre l'ensemble des posters présentés dans le lien joint et la complexité à l'hôpital.

Action : Tu rédigeras un article de presse structuré d'une longueur de 1000 mots dans un style journalistique. Tu articuleras l'article autour de punchline que tu surligneras en gras pour rendre la lecture plus agréable.



HÔPITAL, GHT ET COMPLEXITÉ, CE QUE L'IA CHANGE... OU NE CHANGE PAS

GHT : QUAND LA COMPLEXITÉ DEVIENT UN DÉFI COLLECTIF À L'HÔPITAL

« La complexité à l'hôpital est un art du quotidien, où se mêlent expertise, innovation, et travail collectif. » Cette maxime, entendue lors des 1^{ères} journées nationales des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), résonne comme une invitation à explorer les multiples dimensions de la complexité au sein des structures hospitalières françaises. Un défi que les posters présentés lors de cet événement ont su illustrer avec force et créativité.

LES GHT, LABORATOIRES DE LA COMPLEXITÉ HOSPITALIÈRE

Depuis leur création en 2016, les GHT ont bouleversé le paysage hospitalier français. L'objectif initial ? Mutualiser les ressources pour garantir à tous les patients un égal accès à des soins de qualité. Mais derrière cette ambition louable se cache une réalité bien plus nuancée. « Gérer un GHT, c'est jongler avec des systèmes hétérogènes, des

cultures professionnelles diverses, et des territoires aux besoins spécifiques. » Les posters exposés lors des journées nationales l'ont montré : chaque projet est une réponse à une complexité particulière.

Prenons l'exemple de l'interopérabilité des systèmes d'information. Un poster détaillait comment un

GHT a réussi à harmoniser ses logiciels pour suivre les parcours patients. « Mettre en cohérence des outils disparates est un chantier titanesque, mais essentiel pour améliorer l'efficacité. » Cette réussite est emblématique de la complexité technique qui règne à l'hôpital, et du rôle clé des GHT pour y répondre.

QUAND LA COMPLEXITÉ RIME AVEC COOPÉRATION

Si la technique est un pilier de la complexité hospitalière, elle ne peut être dissociée de l'humain. « À l'hôpital, la coopération n'est pas un choix : c'est une nécessité. » Plusieurs posters ont exploré cette dimension, en mettant l'accent sur les enjeux de formation et de partage des compétences.

Un projet présenté par un GHT rural a particulièrement retenu l'attention. Face à la pénurie de praticiens, ce GHT a mis en place un programme de télé-expertise entre ses différents établissements. Résultat : les professionnels les plus isolés bénéficient désormais d'un soutien immédiat de leurs confrères.

Cette initiative illustre comment la complexité peut devenir un catalyseur d'innovation. « Chaque défi posé par la distance ou le manque de ressources est une opportunité de réinventer les pratiques ».

LA COMPLEXITÉ ORGANISATIONNELLE : UN TERRAIN D'EXPÉRIMENTATION

Mais la coopération ne suffit pas à tout résoudre. Les GHT doivent aussi composer avec une organisation interne parfois rigide. « L'hôpital est une machine où chaque rouage doit s'adapter à l'autre, sans quoi tout se grippe ». Ce constat a été illustré par un poster sur l'optimisation des plannings médicaux.

Grâce à un algorithme intelligent, un GHT a réussi à réduire les temps morts et à mieux répartir les charges de travail.

Un autre poster s'est penché sur la gestion des urgences à l'échelle du territoire. L'enjeu ? Réduire les délais d'attente en coordonnant les capacités d'accueil de chaque

site. Les résultats sont prometteurs : une baisse significative des transferts et une amélioration de la prise en charge globale. Ces exemples montrent que « la complexité organisationnelle peut être domptée, à condition d'y injecter une dose de créativité et de technologie ».

L'HÔPITAL, UN ÉCOSYSTÈME AU CROISEMENT DES CRISES

Les posters ont également mis en lumière une facette incontournable de la complexité hospitalière : la gestion des crises. « *À l'hôpital, l'imprévu est la règle, pas l'exception* ». Pandémie, cyberattaques, tensions sociales... Les GHT sont souvent en première ligne.

L'un des projets les plus marquants portait sur la sécurisation des données de santé. Face à la menace croissante des cyberattaques, un GHT a investi dans une infrastructure résiliente et a sensibilisé ses équipes à la cybersécurité. Un autre poster décrivait

les stratégies mises en place pour absorber les pics d'activité en période hivernale. Ces initiatives rappellent que « *la résilience est au cœur de la réponse hospitalière à la complexité* ».



Photo créée par ChatGPT avec la requête suivante : « Créer une peinture impressionniste sur le thème : Hôpital, Groupement Hospitalier de Territoire et complexité, ce que l'I.A. change... ou ne change pas. »

QUAND COMPLEXITÉ RIME AVEC OPPORTUNITÉ

En conclusion, les 1^{ères} journées nationales des GHT ont démontré que « la complexité n'est pas un obstacle, mais une richesse. » Elle force les établissements à innover, à collaborer, et à s'adapter en permanence. Si les défis sont nombreux, les posters ont révélé une énergie collective impressionnante pour les relever.

Les GHT incarnent cette dynamique : des espaces où la complexité est non seulement gérée, mais transformée en levier

d'amélioration. Alors que l'hôpital français traverse une période de bouleversements, ils rappellent que « *c'est dans l'effort collectif que se trouve la clé de l'avenir* ».

Et vous, praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires, comment faites-vous face à cette complexité ? Partagez vos expériences et vos solutions, car c'est ensemble que nous construirons l'hôpital de demain.

(Article brut relu, mais non corrigé... et bien sûr non signé !)

DES PATIENTS AU CŒUR DE LA COMPLEXITÉ

Enfin, la dimension humaine de la complexité ne saurait être ignorée. « *Derrière chaque procédure, il y a un patient avec des besoins uniques* ». Les posters consacrés à la prise en charge des patients ont montré que les GHT sont des acteurs de premier plan pour personnaliser les parcours de soins.

Un GHT urbain a par exemple déployé une équipe mobile de santé mentale pour accompagner les patients en situation de précarité. Cette initiative a permis de réduire les hospitalisations évitables et de renforcer le lien entre l'hôpital et la ville. De même, un projet de télésurveillance des patients chroniques a prouvé qu'il est possible de concilier qualité des soins et efficacité, même dans un contexte de contraintes budgétaires.

Maintenant à vous de juger de la pertinence de cet article réalisé par une I.A. (en moins d'une minute), en prenant moins de 2 minutes pour répondre à ce questionnaire, lui aussi réalisé par ChatGPT :

<https://forms.office.com/e/5pV2ph2i11>



COMMUNIQUÉ DE PRESSE



PARIS, LE 22 NOVEMBRE 2024

CP COMMUN SUR LES PROJETS DE DÉCRETS QUI FONT SUITE À L'ANNONCE DU GOUVERNEMENT DE POURSUIVRE UN OBJECTIF DE DIMINUTION DES ABSENCES DE COURTE DURÉE POUR RAISONS DE SANTÉ.

Les organisations syndicales représentatives de praticiens hospitaliers ont reçu avec un grand étonnement une convocation urgente des instances de validation d'un projet de décret dans la soirée du 21 novembre 2024, sans aucune discussion préalable dans le cadre du dialogue social. De quoi parlons-nous ? Dans le cadre des débats sur le projet de loi sur le financement de la sécurité sociale, le gouvernement a fait voter en commission des affaires sociales un amendement dans lequel il est prévu, à compter du 1er janvier 2025, de diminuer de 100 à 90 % la rémunération de tous les agents publics lors d'un arrêt maladie tout en allongeant à 3 jours le délai de carence. Cette décision est pour nous, représentants de tous les praticiens hospitaliers, inique et indigne dans sa construction comme dans ses justifications et surtout dans la précipitation de sa mise en œuvre sans la moindre

discussion avec les partenaires sociaux. Le sujet de l'absentéisme médicalement injustifié est à traiter. C'est le but à peine voilé de ce décret, à en lire la "notice" qui l'accompagne. Ce projet de décret est une très mauvaise réponse à un problème qui a déjà une solution : la mise en application des mesures de contrôle des arrêts maladie diligentées par la CPAM ou par les employeurs. Sanctionner les professionnels de santé vraiment malades – ceux qui n'ont, par exemple, pas compté leurs heures ou prêté attention à leurs soucis de santé pour prendre en charge nos concitoyens pendant la crise COVID – est une double peine. Cette humiliation est indigne de nos ministres de tutelles, dont nous attendons qu'ils nous permettent de faire fonctionner le service public de santé dans de bonnes conditions. La communauté hospitalière se sent trahie. L'ensemble des organisations signataires s'op-

pose à ce texte et à son entrée en vigueur de façon aussi brutale et surtout sans la moindre concertation ou analyse contradictoire, alors qu'un projet de loi concomitant est en cours de discussion, et pas encore voté. Nous demandons le retrait immédiat de ce projet de décret et annonçons d'ores et déjà que nous voterons unanimement contre lors du prochain Conseil Supérieur des Professions Médicales. Au-delà, nous ne comprenons pas qu'un tel projet puisse être proposé pour cette instance de validation sans aucune information, concertation ou négociation préalable. Cette absence de dialogue syndical est un bien mauvais signal donné à toute la communauté hospitalière au moment où la situation difficile que traverse notre pays nécessite au contraire l'entraide et la mobilisation de tous. Dans le cas contraire, l'ensemble des professionnels de santé hospitaliers en tirera les conclusions qui s'imposent.

Dr Jean-François Cibien, Action Praticiens Hôpital

Dr Eric Branger, Confédération des Praticiens des Hôpitaux

Dr Yves Rébufat, Avenir Hospitalier

Dr Patrick Pelloux, Association des Médecins Urgentistes de France

Dr Rachel Bocher, Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers

Dr Sadek Beloucif, SNAM-HP.

Dr Norbert Skurnik, Coordination Médicale Hospitalière

M. Maxime Morin, SYNCASS-CFDT



J'AI LU POUR VOUS... PEUT-ÊTRE QUE VOUS AIMEREZ LES OFFRIR À NOËL !



Dr Eric OZIOL
Lecteur égalitaire, solidaire et libre...car responsable.

LES ITINÉRANTS DE LA SANTÉ. QUEL FUTUR POUR NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ?

SOUS LA DIRECTION DE FRÉDÉRIC BIZARD, EDITIONS MICHALON

Sous la direction de Frédéric Bizard, économiste spécialiste de la protection sociale, cet ouvrage collectif est une réflexion ambitieuse sur la nécessaire transformation du système de santé en France. À travers une approche mêlant fiction et analyse, le livre met en lumière les conséquences dramatiques de la désorganisation actuelle des soins tout en proposant des pistes concrètes pour réinventer ce pilier fondamental de notre société.

Le récit commence dans un pays fictif, les Albaches, où la dégradation des structures de soins conduit à une crise sanitaire et sociale majeure. En contraste, le pays voisin, le Bavant, incarne un modèle de réforme réussie. Ce cadre narratif permet de vulgariser les défis complexes de la santé publique et d'en exposer les solutions. Loin d'être une simple mise en garde, ce livre propose une vision inspirante et pragmatique de ce que pourrait être un système de santé efficient et équitable.

Issu de plusieurs années de travail de l'Institut Santé, l'ouvrage met l'accent sur plusieurs priorités dont :

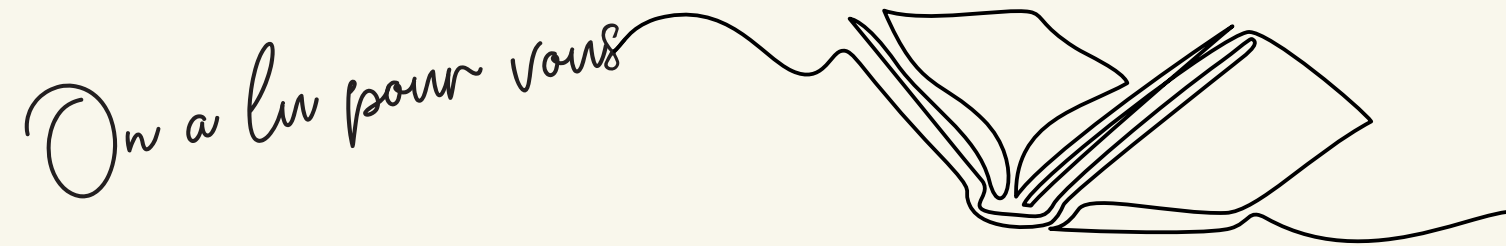
- Remédicaliser la gouvernance hospitalière.
- Mieux coordonner les parcours de soins grâce à des politiques de prévention renforcées.
- Repenser le financement pour une meilleure équité et efficacité.

Cet essai se positionne comme un manifeste, un appel à faire de la santé une priorité nationale, en mettant en avant des réformes à la fois audacieuses et réalistes. Accessible aux professionnels de santé, décideurs et citoyens concernés, Les Itinérants de la Santé offre des clés indispensables pour comprendre et contribuer au redressement d'un système en crise.

Une lecture essentielle pour toutes celles et tous ceux qui pensent que réinventer la santé, c'est surtout réinventer la société !



Les Itinérants de la Santé
Auteur : Frédéric Bizard
Editions MICHALON
ISBN: 978-2-347_00365-4
Pages : 240
Sortie le 10 octobre 2024



DANS LE TOURBILLON DE LA MÉDECINE

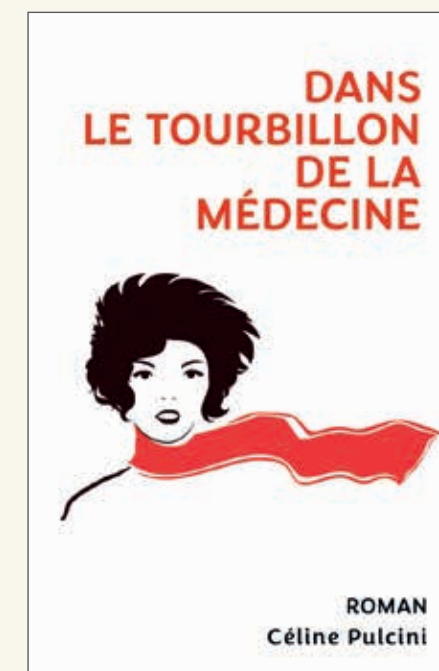
ROMAN, CÉLINE PULCINI, EDITIONS LIBRINOVA

Avec un style fluide et très agréable, alliant humour et réalisme, Céline Pulcini, PU-PH de maladies infectieuses et tropicales à Nancy, nous livre un récit sans concession sur le long parcours initiatique de la médecine et tout particulièrement celui de la carrière universitaire. A la manière de Harry Potter, en fait non, plutôt comme pour le personnage de Hermione Granger à l'école des sorcières, nous nous identifions à Manon ou à ses amis, qui rappelleront à bon nombre de médecins, des amies ou amis que nous aurions pu connaître. Ce livre, accessible autant aux « sorciers ou futurs sorciers », qu'aux « moldus », inspire par sa représentation authentique et finalement encourageante, du parcours très exigeant pour devenir universitaire en médecine. Une belle leçon de persévérance et d'intelligence humaine, pour quiconque envisage cette carrière.

« Dans le tourbillon de la médecine » est également une odyssée captivante à travers les défis de la formation médicale. Du stress des concours à la complexité des stages, en passant par l'équilibre précaire entre vie professionnelle et personnelle, ce roman explore les sacrifices et résiliences nécessaires pour traverser ces douze premières années de formation. Le récit, très certainement inspiré par la propre expérience de l'auteure, est très authentique et confirme la nécessité d'être accompagné par des personnes généreuses et profondément humaines comme une mamie, des amis et amies, ou des mentors.

Ce récit pourrait très bien être la trame d'une mini-série NETFLIX et qui, j'en suis convaincu, aurait du succès.

Je vous conseille vivement la lecture de ce roman, qui bien que sans concessions sur la réalité, vous réchauffera le cœur pour ces fêtes de fin d'année... et surtout vous donnera une envie irrésistible de découvrir l'Ecosse. Une très belle lecture !



Dans le tourbillon de la médecine
Auteur : Céline PULCINI
Editions LIBRINOVA
ISBN : 9791040544401
Pages : 338
Sortie le 22 janvier 2024





ANTIDOTE AU CULTES DE LA PERFORMANCE

« LA ROBUSTESSE DU VIVANT »

Dans cet essai très percutant publié dans la collection Tracts de Gallimard, Olivier Hamant, biologiste et directeur de recherche à l'INRAE, Ecole Normale Supérieure de Lyon, nous invite à repenser radicalement notre obsession pour la performance. Alors que la quête de contrôle et d'optimisation semble nous éloigner de solutions durables, Olivier Hamant expose une vérité inquiétante : ce besoin excessif de maîtriser le Monde nous rend plus vulnérables face aux instabilités climatiques, sociales et géopolitiques grandissantes. S'appuyant sur une réflexion scientifique et philosophique, il propose un modèle alternatif, mais qui a déjà fait la preuve de sa vitalité : la **robustesse du vivant**. Cette robustesse repose sur l'acceptation de l'incertitude, la valorisation des faiblesses et un retour à des systèmes plus résilients, inspirés par la nature. Loin de prôner un simple retour à la frugalité, Hamant dé-

construit les notions d'efficacité et de performance, et met en lumière leurs limites dans un monde instable. À la fois riche, ciselé et très accessible, ce texte est un plaidoyer pour une transformation culturelle et sociétale, où la lenteur, l'imperfection et l'adaptabilité deviennent des atouts face à l'avenir. Une lecture essentielle pour quiconque souhaite comprendre les défis d'un monde en pleine mutation et contribuer à une civilisation alignée sur les principes du vivant. Ce livre, publié en août 2023, est une réflexion majeure pour repenser les priorités de nos sociétés modernes dans une époque de crises systémiques. Il s'agit également d'une relecture plus juste et moins fantasmée de Charles Darwin, et qui semble faire écho aux concepts d'« outil convivial » de Ivan Illich ou du « bluff technologique » de Jacques Ellul. À lire de toute urgence !



Antidote au culte de la performance
Auteur : Olivier HAMANT Collection Tracts (n°50)
Éditions GALLIMARD
ISBN 2073047343
Pages : 64
Sortie le 31 août 2023



BULLETIN D'ADHÉSION À L'INPH Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers

COTISATION ANNÉE 2025

ADHÉSION DIRECTE

NOMPrénom
Fonction
Lieu d'exercice
Adresse postale personnelle :
.....
Code postal Ville
Mail personnel
Mail professionnel
Téléphone portable

Signature :

Cotisation pour l'année 2025
☐ Temps plein : 125 €
☐ Temps partiel : 65 €

Paiement par chèque :

Renvoyer le bulletin d'adhésion rempli et signé avec le chèque libellé à l'ordre de l'INPH à :
Docteur Rachel BOCHER
Présidente de l'INPH
Hôpital Saint Jacques
85 rue Saint Jacques
44093 Nantes Cedex

Paiement par virement :

Renvoyer le bulletin d'adhésion rempli et signé avec la preuve de virement à
bp-secretariat-inph@chu-nantes.fr

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire
INPH

Domiciliation
SG NANTES (03732)
8 PL ROYALE
44000 NANTES

Référence bancaire			
Code banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB
30003	03732	00050817163	51

IBAN : FR76 3000 3037 3200 0508 1716 351
BIC-ADRESSE SWIFT : SOGEFRPP

Le Biologiste pré post : un rôle décisif !

Le rôle du Biologiste Médical directeur de site prépost analytique est bien souvent méconnu. Synonyme de poste de préleveur à la chaîne dans l'inconscient collectif, il conserve une image qui ne tient pas compte de ses responsabilités réelles.

Bien plus qu'un simple maillon, le Biologiste Médical sur site prépost est au cœur des interactions avec les patients et les médecins. Son impact sur l'orientation du diagnostic et le conseil patient sont primordiaux (la biologie médicale conditionne 70 % des décisions médicales en médecine de ville et 80 % à l'hôpital), dans un secteur où de moins en moins de patients ont un médecin traitant pour les accompagner. Il intervient également dans l'urgence pour les diagnostics nécessitant une prise en charge immédiate.

Exemples de cas concrets vécus par Farah Boukraa et Ouda Ghoul, Biologistes Médicales sur sites pré post chez Eurofins Labazur Pays de la Loire.

Un patient, de retour de Guadeloupe, présentant fièvre, douleurs abdominales et courbatures se présente pour NFS, CRP et recherche de paludisme. Au moment du prélèvement, une douleur rétro-orbitaire est observée. Le Biologiste demande alors une recherche de Dengue en complément, recherche dont le résultat se révèle positif et permet une prise en charge du patient.

Un patient de retour de Madagascar présentant fièvre, vomissements et douleurs abdominales se présente pour une NFS, un dosage CRP, un Bilan hépatique et recherche de Palu. Nous constatons un bilan hépatique perturbé et décidons de rajouter la sérologie Hépatite A + IgM +, ce qui permet d'établir un diagnostic d'infection récente hépatite A.

Un patient présentant de la fatigue, une fièvre non chiffrée et des douleurs abdominales (douleurs épigastriques +++ à l'observation avec le Biologiste). Nous décidons de compléter le bilan par un test lipase après discussion avec le médecin. Résultat : lipase 4 fois supérieure à la normale. Nous avons immédiatement informé le médecin et le patient a été orienté vers le service des urgences pour prise en charge immédiate.



Pour en savoir plus :  <https://careers.eurofins.com/tr/>