

AU SOMMAIRE

Où en sommes nous des concertations avec le Ministère	2
Colloque Avenir Hospitalier	2
La défense des PH par les intersyndicales au CNG	3
Participez à l'enquête « équilibre vie privée vie professionnelle »	3
Le règne des directeurs ! Les dérives ou les méfaits de la Loi HPST	4
Les conséquences d'une crise démographique prévisible	5
Fin de vie : regards croisés de médecins cliniciens	6
Bulletin d'abonnement	7
Les enjeux du rapport Couraud : DES de gériatrie	9
Quelle gouvernance dans les hôpitaux après la Loi HPST ?	10
Le DPC ne doit pas exclure la FMC !	12
Petites Annonces	14

Editorial

NICOLE SMOLSKI

Une nouvelle revue, pour une jeune intersyndicale qui fait ses preuves et tient ses promesses.

Deux ans d'existence pour Avenir Hospitalier, et depuis, le paysage syndical médical n'est plus le même.

Créée en urgence juste avant les élections professionnelles par l'union SNPHAR-E (syndicat des anesthésistes-réanimateurs élargi aux autres spécialités), SYNGOF (syndicat des gynécologues obstétriciens) et SMH (syndicat des martiniquais hospitaliers), rejoints depuis par le SNGC (syndicats des gérontologues), notre bouillonnante intersyndicale dérange le paysage jusque là ronronnant d'un syndicalisme médical plus de salon que de proximité, plus d'intrigues que de combats, plus de relations que de travail des dossiers.

Donc oui nous dérangeons ; oui nous travaillons ; oui nous essayons de faire avancer les problèmes.

Car du travail il n'en manque pas : d'abord les discussions sur le CET, puis les discussions pour faire valoir le travail en astreintes ; puis les chantiers pénibilité, démographie/déserts médicaux/intérim médical, et enfin ceux de l'attractivité des carrières et du DPC, etc.

Pour quelques chantiers aboutis, beaucoup d'autres sont en cours et ne sont pas près d'aboutir. Mais nous y travaillons, faisons des propositions, exigeons des réunions, des résultats.

Nous sommes également impliqués, au quotidien, localement et régionalement, dans la défense de nos collègues victimes de harcèlement, dans l'aide à ceux qui se posent des questions réglementaires ou encore dans le combat pour faire respecter leurs droits.

Sans parler du problème crucial de la Loi HPST et des promesses de la Ministre de revoir cette Loi qui a causé tant de dégâts en 5 ans. À nos yeux, les propositions de réforme de la gouvernance ne sont pas à la hauteur des enjeux et ne changeront rien à la spirale infernale dans laquelle les hôpitaux se sont engagés.

Nous travaillons à plus de démocratie et de respect des acteurs au sein de chaque hôpital.

Cette revue est la preuve qu'aucun sujet ne nous fait peur : donner un avis de syndicat de médecins sur l'opportunité d'une nouvelle loi sur la fin de vie ; faire des contre-propositions pour retrouver une FMC adaptée à nos attentes plutôt qu'un DPC pour bureaucrates ; parler des Commissions statutaires où nous siégeons pour défendre nos collègues.

Nous sommes heureux de pouvoir communiquer avec vous grâce à ce nouveau support, qui permet de travailler les dossiers plus à fond que les habituelles newsletters.

Nous vous appelons à consulter notre site (<http://www.avenir-hospitalier.fr>), où sont stockées toutes nos informations et vous rappelons que nous serons toujours là pour vous aider au quotidien. ●

ISSN : EN COURS

N° DE COMMISSION PARITAIRE : EN COURS

DIRECTEUR DE PUBLICATION :
CHRISTIANE MURA

RÉDACTEUR EN CHEF :
NICOLE SMOLSKI

COMITÉ DE RÉDACTION :

ANNE DAVID-BREARD, RAPHAËL
BRIOT, OLIVIER DUFFAS, JEAN
GARRIC, LAURENT HEYER, BERNARD
PLANQUES, PASCALE LE PORS-LE-
MOINE, MICHEL SALOM, YVES RÉBU-
FAT

ÉDITEUR : EKTOPIC

RÉDACTION : SAVEIRA SARGENTINI
IMPRESSION : IMPRIMERIE IMPRIMATUR
PETITES ANNONCES : K. TABTAB -
K.TABTAB@RESEAUPROSANTE.FR

Où en sommes nous des concertations avec le Ministère ?

NICOLE SMOLSKI

Depuis deux ans, les 5 intersyndicales sont engagées avec la DGOS dans un cycle de concertations visant à mettre à plat tous les sujets de discordance ou d'amélioration à envisager pour les médecins hospitaliers.

Un certain nombre de sujets ont été réglés assez rapidement.

Le problème des CET, avec la création du CET historique et du CET pérenne ; les attributions des CME qui avaient fondu avec la Loi HPST. **Cependant, nous n'avons pas pu faire aboutir notre demande de revoir la composition de ces CME**, dans lesquelles la présence de droit des chefs de pôle nommés par le Directeur ampute totalement les idéaux de fonctionnement démocratique de ces CME, désormais aux ordres des directions.

Le problème du temps de travail a été traité partiellement en urgence.

Ce problème du temps de travail a été traité partiellement car l'Europe a sommé la France

de faire respecter ses Directives pour les médecins hospitaliers : n'ont été traités que le temps de travail en astreintes, et le respect des 48 heures hebdomadaires sous la responsabilité des directions, ce qui donne un dispositif manquant de cohérence globale. L'arrêté du 8 Novembre 2013 précise les organisations à mettre en place, mais l'absence de volonté des directions à faire appliquer ce texte, qui les ennuie beaucoup, fait que rares sont les établissements à l'avoir mis en place.

D'autres sujets majeurs sont en cours de discussions.

La pénibilité du travail au regard de ce qui va être appliqué dans le secteur privé (le travail de nuit) ; les problèmes posés par l'intérim médical, avec la création probable d'un statut de médecin remplaçant, que nous allons essayer de rendre attractif, sans oublier les médecins exerçant dans ces zones sinistrées et qui, pour y rester, doivent eux aussi y trouver de l'intérêt ; les valences, qui devraient permettre la réalisation de projets personnels en

toute transparence et un accompagnement institutionnel ; le temps de travail qui doit être clarifié, notamment la durée hebdomadaire réelle de nos obligations, 48 heures étant la borne mais pas la norme ; une vraie réflexion sur l'attractivité des carrières médicales hospitalières, dès la fin de l'internat ; les problèmes de démocratie et de gouvernance au sein des hôpitaux ; et tous les dispositifs de suspension, prolongation d'activité et retraites partielles ; les problèmes liés à la représentativité syndicales et de dialogue social. Sans oublier le DPC... Beaucoup de travail en vue ! **Cependant, contrairement à certaines autres intersyndicales, nous aurions aimé aller plus vite et plus loin, notamment avant la période des congés d'été. Ces discussions sont à notre avis vitales pour l'avenir de l'hôpital et la place des médecins hospitaliers.** Nous aurions aimé moins d'intrigues d'immobilisme et discussions de salon. Nous continuons donc contre vents et marée à pousser de toutes nos forces pour que les discussions reprennent et avancent. ●

À noter dans vos agendas, le colloque Avenir Hospitalier

Pour demain, quels métiers à l'hôpital public ? Quelle place pour les médecins ? - Jeudi 9 octobre 2014 -

Amphithéâtre Jean Dausset, Hôpital Cochin, Paris

Les problèmes démographiques actuels, touchant toutes les spécialités médicales, obligent à une réflexion sur les frontières de notre profession de médecin.

Les pouvoirs publics, mais aussi d'autres professions que nous côtoyons au quotidien, considèrent que le moment est venu de faire migrer ces frontières vers d'autres organisations : transfert de tâches ou de compétences, coopérations permises par la Loi HPST, nouveaux métiers, séparation des exercices entre le « physiologique » et le « pathologique », ou les « risques modérés » et « risques majeurs », expériences locales déclinées en national. Il est temps de faire ensemble le point, en dehors de tout corporatisme :

- Retour au concept des officiers de santé de la fin du XVIII^e siècle ?
- Opportunité à saisir pour se recentrer sur notre cœur de métier ?
- Mutations nécessaires dans le but de réaliser des économies ? Quelles conséquences juridiques en terme de responsabilité ? Quels changements dans notre exercice quotidien ? Quelles conséquences sur la prise en charge des patients ? Quelle information leur donner ? Quel retentissement symbolique sur l'exercice de notre Profession ?

- Faut-il accompagner ces mutations ? S'y opposer ? Les encadrer ? Les évaluer ?

Avenir Hospitalier vous invite à participer à cette réflexion, et à profiter des invités qui, en plus de nos retours d'expérience de terrain pluriprofessionnels, vont nous faire bénéficier de leur éclairage médical et non médical et de leurs analyses, tout au long de la journée :

- Florent CHAMPY (sociologue des Professions, directeur de recherche au CNRS).
- Frédéric PIERRU (Sciences Po santé, CNRS, sociologue spécialiste de la Santé).
- Dr François SIMON (Président de la section Exercice Professionnel, CNOM).
- Catherine LAMBLOT (Juriste MACSF).
- Dr Claude WETZEL (Ex Président de la Fédération Européenne des Médecins Salariés).

Nous échangerons avec nos éclairages qui diffèrent selon nos spécialités, qui n'ont pas la même approche de ces mutations, sous l'éclairage d'autres professions concernées. ●

La défense des PH par les intersyndicales au CNG

OLIVIER DUFFAS, PASCALE LE PORS

La commission nationale statutaire (CNS) est une instance consultative où les praticiens hospitaliers sont représentés, de façon paritaire, par 6 représentants élus parmi les 5 intersyndicales (IS) représentatives. Elle se réunit à plus ou moins grande fréquence en fonction des spécialités pour émettre un avis sur la titularisation de praticiens en difficulté dans leur hôpital (aptitude professionnelle), sur la demande de mise en recherche d'affectation, ou sur des dossiers plus rares d'insuffisance professionnelle. Son avis est consultatif et la directrice du Centre National de Gestion (CNG) prend seule la décision de suivre ou non cet avis (2 avis non suivis en 2013). Quant aux commissions disciplinaires, elles sont bien plus rares.

Le partenariat CNG - représentants des PH semble positif puisqu'un certain nombre de dossiers ont pu être réglés honnêtement, avec titularisation à la clé. Seuls 9 dossiers ont abouti à un licenciement. Ce processus est totalement indépendant du conseil national de l'ordre des médecins. Des dissensions peuvent apparaître et dans ce cas, le dossier reporté, avec une demande du CNG d'inspection de l'ARS ou de prolongation de l'année probatoire (qui peut se faire dans un autre établissement acceptant de recruter le praticien ou de l'évaluer).

Les praticiens ont tout le loisir de contacter leurs représentants. Les coordonnées mails des praticiens sont données soit par les IS, soit par le CNG. Il y a eu 26 CSN (62 dossiers) durant les 2 dernières années, principalement en chirurgie, en médecine et en psychiatrie. Cela représente 1,45 % des dossiers de titularisation.

Dans le cadre de l'insuffisance professionnelle, la procédure est trop longue (avis d'experts médicaux, de l'ARS, de la CME), la commission se tient à huis clos avec le praticien et son conseil juridique. La décision est ensuite prise par la directrice du CNG. Le praticien peut être mis en recherche d'affectation (2 ans prorogables de 6 mois, avec 3 propositions de poste) avec un projet personnalisé d'évolution

professionnelle, une possible nomination en sumombre, un suivi régulier du CNG, ou encore un licenciement.

Le bilan d'Avenir Hospitalier (AH) sur le déroulement de ces CSN est positif.

Quelques zones d'ombres méritent cependant d'être soulignées. En premier lieu, l'absence d'information relayée par les établissements sur les droits des praticiens et la possibilité qu'ils soient soutenus dans leurs démarches par leur représentant d'IS. Nous arrivons à faire passer nos arguments en commission, l'unanimité étant souvent obtenue contre le suivi des demandes d'Établissement, présentés selon le seul fait du Prince.

Cependant, des décisions parfois arbitraires de suspension concernant les PH nous sont apparues. Le CNG semble assez impuissant dans ce cadre pour lever localement les difficultés administratives, même si le praticien est blanchi de toute accusation. AH a dénoncé cet état de fait et écrit aux directeurs du CNG et de la DGOS (lettre du 16/05/14).

Nous défendons, au sein d'AH l'idée d'une

médiation précoce au sein des commissions du CNG, dès l'éclosion des conflits, en complément des Commissions Régionales Paritaires (CRP), dans lesquelles des représentants des IS médicales siègent, et qui ont localement un rôle de médiateur. Le principe d'innocence et de justice doit prévaloir pour ces praticiens souvent défaits par les conditions dans lesquelles se passe leur suspension.

Nous demandons une assistance effective du CNG, au travers des cellules de soutien existant déjà au sein du CNG, pour que les praticiens lavés de toute faute ou soupçon par leurs pairs ou l'ARS ou la justice, puissent être réintégrés dans leur fonction première hospitalière. Il nous paraît indispensable que l'affectation sur leur poste de spécialité ne dépende en aucun cas du pouvoir absolu donné par la Loi HPST aux directeurs ...

Nous demandons également que les directeurs ayant abusivement utilisé de leur autorité soient eux aussi confrontés à leur tutelles et sanctionnés s'ils ont agi sans discernement. ●

Participez à l'enquête « équilibre vie privée vie professionnelle »

Les 2-3 dernières décennies ont vu de forts changements concernant le travail des médecins hospitaliers : modification des organisations, des rythmes de travail, de l'environnement hiérarchique, des relations humaines, féminisation de la profession, modification des aspirations sociologiques générationnelles, de la relation au travail etc. Avenir Hospitalier et la CPH ont jugé nécessaire de faire le point grâce à une enquête d'envergure, menée avec l'aide de sociologues :

- 1 Les attentes face à l'articulation vie personnelle/professionnelle ont-elles changé ? Sont-elles satisfaites ?
- 2 L'hôpital répond-il aux nouvelles attentes de ses acteurs ? Comment a-t-il répondu aux attentes des plus anciens ?
- 3 Les aspirations face à la vie professionnelle

ont-elles évolué, sont-elles différentes selon le sexe, l'âge ou d'autres critères ? Sont-elles satisfaites ou posent-elles problème

- 4 Existe-t-il ou non, un « plafond de verre » pour les carrières à l'hôpital ?
- 5 L'hôpital est-il un lieu de discrimination au travail ? Si oui, lesquelles ?
- 6 Pourrait-on, après enquête et réflexion, proposer des améliorations statutaires ou organisationnelles ?

C'est une enquête syndicale et nous pensons tirer des résultats, des pistes de réflexions et des propositions pour améliorer les organisations et l'attractivité globale de l'hôpital.

Nous vous remercions de consacrer un peu de votre temps pour répondre aux questions (<http://snphar.isondage.com/index.php?sid=24429&newtest=Y&lang=fr>). ●

Le règne des directeurs ! Les dérives ou les méfaits de la Loi HPST

NICOLE SMOLSKI

La Loi HPST, permettant désormais aux directeurs de régner sans contre-pouvoir dans les hôpitaux, a engendré certains conflits contre certains collègues qui se finissent devant les tribunaux, en pénal. Nous les aidons fortement à se défendre. Ces conflits ont été largement médiatisés, et les jugements pas encore prononcés. Mais ces collègues exemplaires de courage et de détermination méritent nos encouragements, véritables lanceurs d'alerte et dénonciateurs des abus dans certains hôpitaux

Depuis 2011, le SNPHAR-E, puis l'intersyndicale Avenir Hospitalier et en son sein la Commission DIM-AH, dénoncent les graves manquements au secret médical liés à l'intervention de sociétés externes qui « recodent », voire « surcodent », dans le but d'obtenir, pour les hôpitaux qui les embauchent, une augmentation de leur dotation financière. Ils dénoncent également les pressions parfois insupportables que les médecins d'information médicale ont pu subir pour couvrir ces manquements. Véritables « lanceurs d'alerte », certains médecins DIM subissent au quotidien les conséquences de leur courage, les directions les ayant placardisés ou

L'assignation du Dr Tanquerel est jugée nulle !

L'assignation en référé devant la 17^e chambre correctionnelle du Tribunal de grande instance (TGI) de Paris soutenue par le CH de Saint-Malo à l'encontre du Dr Jean-Jacques Tanquerel pour la publication de son essai « Le serment d'hypocrisie. Secret médical : le grand naufrage », paru le 24 avril dernier aux éditions Max Milo, a été déclarée « nulle en son entier », selon l'ordonnance de référé rendue ce 30 mai.

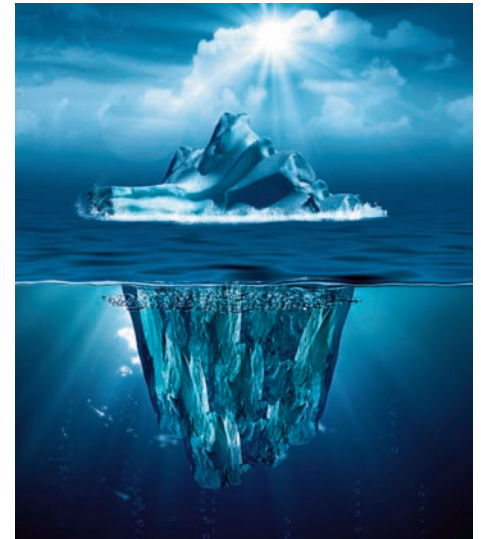
écartés sans jamais revenir sur leurs positions, et ce bien que le Conseil National de l'Ordre et la CNIL leur aient donné raison. Malgré l'alerte que nous avons portée au plus haut lieu (Assemblée Nationale, Ministre de la Santé) avec un fort relais médiatique, le lancement de contrôles par la CNIL qui a constaté la poursuite des manquements au secret médical, il est impossible de faire réintégrer notre collègue de St Malo à son poste de médecin DIM au nom du pouvoir absolu d'affectation du Directeur, conféré par la Loi HPST.

La Commission DIM-AH exige une concertation sur les points suivants :

- Des moyens aux départements d'information médicale pour exercer leur travail correctement : le recours à des prestataires externes est le reflet de l'absence de moyens donnés au sein des hôpitaux.
- En cas de mise à disposition de personnel extrahospitalier auprès du DIM, celui-ci n'engagera sa responsabilité que si les principes déontologiques sont respectés.
- Une indépendance professionnelle vis-à-vis du Directeur, les DIM devant travailler sous la responsabilité soit d'un chef de pôle, soit du Président de CME.
- Une formation universitaire qualifiante pour l'exercice de la profession de DIM. Une réflexion sur les pratiques de surcodage, qui au sein d'un ONDAM contraint, sont une sorte de vol organisé.

Que fait la CNAM ? Pourquoi ne détecte-t-elle pas ces dérives ?

Nous poursuivons car nous avons pour nous le Droit, la déontologie, et notre conscience. Nous défendons tous les collègues qui, du fait de ces pratiques, subissent



encore des pressions, lorsqu'il nous en informe.

Un autre collègue a osé s'insurger contre la mise à disposition de l'ambulancier de son hôpital pour aller chercher le Directeur à Roissy, empêchant le transport des examens biologiques de l'hôpital au laboratoire un dimanche. Il se voit lui aussi mis en examen pour diffamation : il a osé informer ses collègues de ce manquement grave à la sécurité des patients, au profit d'intérêts privés !

Ces deux cas exemplaires, en raison du courage des collègues, qui ne renoncent pas malgré toutes les tentatives de harcèlement, d'intimidation, de mise au placard, sont la face cachée de l'iceberg : pour un Tanquerel de St-Malo ou un Péquignot des hôpitaux St-Maurice, combien de collègues subissent sans oser broncher, ou préfèrent partir de peur d'engager un conflit totalement destructurant ?

C'est un problème structurel : ces directeurs ne reflètent certainement pas l'état d'esprit de tous leurs collègues, mais ils sont soutenus en haut lieu (FHF, Conférences des Directeurs). En effet, c'est toute l'architecture de la gouvernance HPST qui est dénoncée ici à travers ces abus. Un système qui ne permet pas de réguler des cas aussi exemplaires est un mauvais système et nous le dénonçons. ●

Les conséquences d'une crise démographique prévisible

YVES RÉBUFAT

Six ans après l'instauration du financement à l'activité à 100 % et 4 ans après l'installation de la Loi HPST, il nous semble légitime de faire le point sur les changements intervenus sur le travail des médecins hospitaliers.

La médecine française traverse une période difficile, que ressentent fortement ses acteurs. La conjonction de la crise démographique médicale actuelle liée aux dogmes idéologiques sur la consommation de biens de santé des années 90 associée au vieillissement important de la population conduit à un déséquilibre entre l'offre et la demande de soins, avec les conséquences que l'on connaît : déserts médicaux (hospitaliers ou non), dépassements d'honoraires, intérim médical...

Force est de constater que ce n'était pas l'offre qui créait la demande de soin mais plutôt le contraire.

Raboter le *numerus clausus* n'aura donc servi à rien si ce n'est à aboutir au problème démographique actuel. Le seul remède envisagé consiste à faire travailler plus ceux qui le peuvent encore afin de limiter les files d'attente de patients que l'on voit régulièrement s'allonger pour certains actes ou consultations. Pour compléter ce tableau, il faut ajouter que l'absence de politique de santé claire à long terme et l'absence de volonté de se doter d'indicateurs pertinents pour mesurer l'adéquation de notre système de santé à l'état de santé de la population française entraînent là aussi des inadéquations entre le nombre et la qualification des spécialistes et le véritable besoin de la population. On entre ici dans le délicat sujet de la pertinence des actes et de leurs coûts social et sociétal.

Le constat est là, certaines spécialités sont extrêmement sollicitées par la demande de soins et traversent dans le même temps une crise démographique sans précédent.

C'est le premier pas vers une intensification du travail mais ce n'est pas le seul.

Dans la plupart des hôpitaux, le temps médical n'est pas mesuré et encore moins compté, ou alors, à la louche, avec la fameuse demi-journée qui n'a pas de durée définie et qui permet tous les excès dans un sens comme dans l'autre. Dans les plateaux techniques (radiologie, blocs opératoires...) travaillent des personnels non médicaux dépendant de la fonction publique hospitalière, avec toutes les protections que cela leur apporte et des médecins hospitaliers, non fonctionnaires, dont le statut mériterait une bonne révision au regard de l'évolution des conditions de travail hospitalières.

Le seul remède contre la pénurie consisterait à faire travailler plus ceux qui le peuvent encore !

Le coût horaire de ces structures de soins techniques est important et principalement lié aux charges en personnels. Le temps d'ouverture doit être rentabilisé et l'efficacité veut que le *ratio* entre ce qui coûte le plus cher et ce qui rapporte soit optimisé.

Le Temps de Disponibilité du Docteur (TDD) devient donc la variable d'optimisation des coûts de ces structures puisque son temps de travail n'est pas limité (sauf par la DE 2003/88 CE) et que sa demi-journée coûte la même chose, qu'elle dure 4, 5 ou 6 heures. La tentation d'ouvrir les plateaux techniques plus longtemps en faisant succéder deux équipes de personnels non médicaux avec peu de chevauchement et en utilisant une

seule équipe « docteur » pour couvrir la même amplitude est donc grande. De plus, cela permet d'optimiser les coûts en chauffage, climatisation, électricité et m² de surface...

On assiste donc en ce moment à de nombreuses réorganisations de ces plateaux techniques conduisant à des ouvertures en 10 ou 11 heures.

Les conséquences sur le travail des médecins hospitaliers sont majeures et participent grandement au désintérêt manifeste de la jeune génération pour l'exercice médical hospitalier.

Cela est d'autant plus vrai que l'exercice médical, d'un point de vue purement managérial, se résumerait à l'enchaînement d'actes ou de gestes techniques. La réflexion médicale, la concertation ou l'échange n'ont plus leur place. Il reste parfois, dans le meilleur des cas, ce qui est absolument obligatoire, les RMM et l'EPP.

Face à ce constat désolant, il devient urgent d'inverser la tendance.

La revalorisation du coût du temps médical est un levier parmi d'autres. Si le temps médical coûte cher, il ne doit plus être gaspillé et les dérives organisationnelles qui ont sacrifié le temps médical et les médecins doivent être abandonnées au profit d'organisations plus respectueuses du travail et de la qualité de celui-ci. C'est le sens que nous donnons à l'application stricte de la Directive européenne sur le temps de travail et c'est ainsi que nous avons insisté pour que l'astreinte soit mieux prise en compte dans la nouvelle réglementation.

Opposer la pointeuse à la caisse enregistreuse peut finalement résumer la méthode. Nous aurions souhaité mieux, mais on ne nous a pas demandé notre avis sur les politiques de santé de ces vingt dernières années et aujourd'hui, arrivés au pied du mur, on ne nous laisse pas le choix. ●

Fin de vie : regards croisés de médecins cliniciens

Pourquoi une réflexion sur la fin de vie dans une revue syndicale ? Alors qu'une Loi sur la fin de vie faisait partie du programme du Président de la République, il est important que l'avis des médecins hospitaliers, forcément concernés par les termes de cette Loi soit entendu : un français sur deux meurt à l'hôpital et 50 % des décès font suite à une décision médicale. L'hôpital est donc au centre des décisions et de la mise en application de tout processus législatif.

De par sa constitution, qui rassemble entre autres gériatres urgentistes et réanimateurs, Avenir Hospitalier se devait de tenir un débat tout en nuances, des regards croisés de spécialités différentes, mais au terme duquel se dégage un consensus intéressant sur le rôle des médecins face à la fin de vie, qui devra être écouté si le débat politique annoncé sur la fin de vie se confirme. Nous avons demandé au Président du Syndicat National de Gérontologie Clinique, Michel Salom et aux Docteurs Serge Duperret (réanimateur et philosophe) et Didier Réa (anesthésiste-réanimateur et administrateur du SNPHAR-E) leurs regards croisés sur la prise en charge de la fin de vie.

Avenir Hospitalier : En sachant qu'aujourd'hui une personne sur deux meurt à l'hôpital ou en EHPAD, quel rôle occupent les structures sanitaires et sociales dans l'accompagnement du patient et de ses proches ?

Serge Duperret : La réflexion éthique sur la fin de vie est souvent abordée trop tardivement à l'hôpital. Les équipes médicales sont alors prises de court, ce qui explique que certains malades arrivent en unité de soins critiques sans qu'ils nécessitent une réanimation. Plus d'anticipation sur une évolution fatale possible faciliterait la prise de décision quant à la fin de vie et sa préparation à travers le dialogue avec les familles.

Michel Salom : En ce qui concerne les personnes âgées, une sur deux, dont on sait la fin de vie proche et pour qui, les conduites à tenir au domicile ont été anticipées avec l'aide d'une hospitalisation à domicile ou d'un service de soins infirmiers et qui « devait » mourir à la maison, entourée de ses proches, sera transférée au dernier moment à l'hôpital.

Les familles et les patients ont peur d'affronter la douleur, la solitude, de ne pas savoir comment se comporter au dernier moment. Ils ont toujours l'espoir qu'une équipe arrivera à gagner du temps sur les échéances.

Ainsi, malgré une réflexion en amont, on se trouve souvent dans une situation où l'hôpital recevra aux urgences une personne incon nue, à « bilancer ».

S'agissant des personnes poly-pathologiques et dépendantes, dont on s'occupe en

EHPAD, un décès sur deux se passe naturellement sans nécessité de soins médico-techniques particuliers. Pour les autres, une fois sur deux le décès est brutal et n'a pas pu être anticipé même si, dans bon nombre de cas, la personne allait mal, mais depuis tellement longtemps, que les équipes s'y étaient habituées. On est rarement dans la nécessité de réaliser une prise en charge palliative lourde en EHPAD. La question de la fin de vie doit s'y poser très en amont, quasiment au moment de l'admission. Nous avons le temps de réfléchir à la mise en place des aides matérielles, médicales et relationnelles. On n'est pas du tout dans la même temporalité qu'en réanimation.

plus dans les secteurs très spécialisés, en réanimation par exemple, et conduirait à la disparition de celle-ci des services dits conventionnels. La fin de vie serait ainsi transférée à l'autre et deviendrait « technique ».

Avenir Hospitalier : Urgentistes, réanimateurs, gériatres et personnels de soins palliatifs, tous ont un rôle et une vision différents du suivi médical en fin de vie, alors comment établir une philosophie globale, idéalement applicable à toutes les situations ?

Serge Duperret : Une présentation « simple » de la mort est quelque chose qui disparaît peu à peu et, dans un avenir prochain, il est très probable que la grande majorité des personnes mourront à l'hôpital ou en institution. Ainsi, il est nécessaire de présenter l'hôpital comme un lieu, non pas où on guérit tout le monde, mais un lieu où on peut mourir. Cela n'est pourtant pas l'image que s'en font les soignants et les Français.

Les malades sont prolongés dans leur maladie du fait de la médecine d'aujourd'hui, contrairement à ce que l'on pouvait observer dans le passé où l'agonie durait moins longtemps. Plutôt que de se lamenter sur un passé idéalisé, il est nécessaire de s'adapter à la société d'aujourd'hui, qui ne permet pas aux familles de s'occuper des malades chez eux.

Concernant les malades en réanimation, ils peuvent parfois y rester plusieurs mois, et nous ne sommes pas étrangers à cette situation. En effet, les médecins ont été formés

La fin de vie se prépare à travers le dialogue

Didier Réa : L'hôpital est au centre des décisions sur la maladie et la vie mais aussi de l'application de la Loi qui régit l'exercice médical. On peut craindre que la décision « de ne pas faire » devienne difficile après la promulgation d'une Loi sur la fin de vie, du fait de notre expertise dans le domaine du maintien de la vie et donc, par définition de notre capacité par à l'arrêter.

Il est à noter que si la mort devenait « institutionnalisée », elle aurait lieu de plus en

dans la toute puissance, avec toutes leurs certitudes et le déni de l'échec. La formation des jeunes médecins inclut aujourd'hui la notion d'échec du traitement, ce qui devrait permettre de changer les mentalités.

Michel Salom : Il existe un fantasme de belle mort chez soi qui remonte à la nuit des temps. On en trouve la trace chez La Fontaine, dans le poème du « Laboureur et ses enfants ». Or, les malades ne mouraient pas, contrairement à ce qu'on pense, dans les meilleures conditions possibles à domicile.

Le médecin et d'une manière générale, l'ensemble des soignants sont là pour accompagner le malade en respectant jusqu'au bout sa dignité et ce, depuis que la notion même de médecine existe.

Les gériatres ont très vite appris les limites de l'exercice dans une temporalité différente de celle de l'adulte jeune. Nous savons par avance que les choses ont un terme. Cela n'a rien de brutal pour l'égo des médecins, mais pour autant, l'impact est fort sur nos protocoles de soins. Nous avons appris à faire vivre la personne poly-pathologique et dépendante dans la chronicité et sur le long terme. En revanche, le problème de la démence (70 % des résidents en EHPAD en sont atteints) vient complexifier la réflexion.

En effet, ces maladies qui dépersonnalisent l'individu, modifient son comportement et son caractère et amènent les familles y compris les plus aimantes à une relation

douloureuse du fait même que le vieux parent n'est plus reconnaissable.

Un travail de deuil sur le délitement de l'autre s'opère et lorsqu'une réflexion doit être menée sur une stratégie thérapeutique curative, la plupart des personnes ressources demanderont plutôt l'arrêt de ce qu'elles appellent, sans trop bien savoir de quoi il s'agit, un acharnement et ce, quelles que soient les modalités proposées, y compris les plus simples, ce qui est en soi parfaitement humain.

On peut ajouter à cela le coût financier de nos établissements qui concourent, et là aussi c'est normal, à ce type de prise de position.

En gériatrie, nous sommes plus souvent confrontés à l'abandon coupable qu'à l'acharnement indu. S'agissant

de sujets poly-pathologiques et dépendants, le maître-mot est l'évaluation avant la décision, la hiérarchisation des pathologies et le problème de la pertinence des soins est une question indispensable à se poser à l'aune de l'évaluation. Mais après cette évaluation, la question est de savoir comment faire en sorte que la personne âgée atteigne la fin de sa vie sans la prolonger indûment mais aussi sans angoisses psychologiques, morales et sans douleurs physiques excessives.

Serge Duperret : Évaluer avant d'instaurer est la base de toute notre attitude dans notre métier de réanimateur. Quand on ins-



Crédit photo : 123rf

taure une thérapeutique ou un geste, même en urgence, doit se poser la question de la non-réponse possible à ce qu'on a mis en œuvre. Si nous ne menons pas cette réflexion, l'échec engendre une succession de réponses encore moins adaptées, ce qui aboutit à l'acharnement.

Ainsi, quand on instaure une thérapeutique, il est indispensable de prendre le temps de la réflexion éthique collégiale : est ce que c'est raisonnable ? Est ce que nous devons passer le palier supplémentaire ? Il faut toujours anticiper.

Didier Réa : La Loi Léonetti, qui a maintenant presque 10 ans, a permis une évolution

OFFRES ABONNEMENT

1 AN D'ABONNEMENT / 2 NUMÉROS

NOM/PRÉNOM

ADRESSE

CP VILLE

TÉL. E-MAIL

SPECIALITÉ

Choisissez votre abonnement, en cochant la case correspondante ci-dessous :

NORMAL
10 € format papier
5 € format pdf sur internet

INSTITUTIONS
20 € format papier
10 € format pdf sur internet

Bulletin à retourner accompagné de votre règlement, à l'adresse suivante :
EKTOPIC - 58 rue Corvisart 75013 Paris
Nous contacter : Tél. 01 45 87 77 00, par Fax 01 45 87 77 09 ou par mail à ektopic@ektopic.com

des mentalités et des pratiques médicales, notamment en réanimation et en gériatrie. En effet, on observe une baisse des lieux où se font les pratiques d'obstination déraisonnable, qui sont interdites par cette Loi. Il conviendrait de clarifier dans cette Loi Léonetti deux notions souvent mal interprétées et prêtes à confusion : la personne de confiance et les directives anticipées. La tendance actuelle est à légiférer à tour de bras. Une question majeure est « Pourquoi fait-on la Loi ? ». Dans le cas de la fin de vie, est-ce pour répondre à des cas, certes dramatiques, mais qui restent exceptionnels ? Il n'y a pas de réponse simple pour une question aussi complexe. Le corps médical doit être impliqué dans la réflexion. Il n'est pas pensable d'abandonner la réflexion, et donc les décisions, uniquement à des associations, comme cela a été le cas par exemple en Suisse.

Serge Duperret : C'est le problème de la différence entre l'éthique et la morale. L'attitude morale s'appuie sur un ou des principes universalisables, qui devraient être appliqués par tous, mais la réalité est autre, d'où la nécessité de légiférer. Le questionnement éthique se pose quand on confronte le sens de notre action et les conséquences sur le sujet. On est alors dans le concret et la Loi ne nous aide guère mis à part pour fixer des limites, un cadre.

Michel Salom : Concernant le débat politique actuel, l'ensemble des personnels soignants doit être écouté.

Si une Loi dépénalisant l'euthanasie était votée, la pression, déjà exercée par les familles, serait à ce moment majeure et ce, même si l'application de la Loi en question, du moins à ses débuts, ne se justifierait que pour des cas extrêmement peu fréquents et probablement pas gériatriques.

Pour autant, nos voisins belges « en avance » dans cette réflexion, pensent à la fin de vie des déments. On imagine que cela peut ouvrir la porte à des fins de vie programmées massives.

L'organisation de la collégialité d'une décision

de fin de vie est en l'état actuellement impossible en secteur médico-social.

Enfin, un aspect spécifique à la gériatrie est le coût de la dépendance et de la fin de vie, qui sont aujourd'hui à la charge des personnes et de leurs obligés alimentaires. Si cela n'était pas, les discussions byzantines que nous avons avec les familles seraient moins fréquentes et moins tendues.

On ne peut donc pas proposer des fins de vie programmées en lieu et place de l'absence d'une politique de prise en compte de la dépendance par la collectivité

S'agissant de la manière de faire, il nous est apparu au cours des nombreuses discussions qui ont été menées sur ce sujet, que le rapport Sicard serait à la base de l'élaboration de la future Loi, avec un point qui n'a pas été suffisamment éclairci, à l'évidence volontairement : la sédation terminale.

Faisons mieux connaître la Loi Léonetti avant de légiférer sur l'euthanasie !

Nous sommes évidemment d'accord pour apaiser les personnes à bout de souffrances et d'angoisses, quitte à les endormir et laisser la nature faire son œuvre sans qu'il y ait de souffrances psychiques surajoutées. En revanche, nous sommes contre les cocktails lytiques qui endorment définitivement à l'heure prévue ! Le curseur étant difficile à placer, une imprécision persistante sur ce point sera dangereuse. Nous ne serons en aucun cas des exécuteurs de hautes œuvres.

Avenir Hospitalier : Selon vous, la loi Léonetti répond-elle clairement aux questions sur la fin de vie et à toutes les situations qu'elle engendre ?

Didier Réa : La Loi Léonetti, qui a maintenant

presque 10 ans, a permis une évolution des mentalités et des pratiques médicales, notamment en réanimation et en gériatrie. En effet, les lieux où se pratique l'obstination déraisonnable interdite par la Loi sont en nette diminution. Cependant, cette Loi est encore méconnue par beaucoup, même parmi les médecins. On devrait aujourd'hui davantage se poser la question de comment communiquer sur cette Loi plutôt que de légiférer sur l'euthanasie ou le suicide assisté. L'absence de définition sémantique engendre des conflits de valeurs là où il n'y en a pas : séparer soins futiles, limitation thérapeutique, sédation profonde auxquels répond la Loi Léonetti, des concepts de suicide assisté ou d'euthanasie à laquelle la Loi ne répond pas. Ces deux derniers concepts ne seraient-ils pas plus un problème sociétal dans lequel les médecins ne sont pas forcément impliqués ?

Serge Duperret : À mon avis, la Loi Léonetti a voulu fixer un cadre, ce qui a gêné certains médecins qui pensaient que cette Loi les dispenserait de faire un choix éthique. Je le répète, La loi et la morale ne dispensent pas du travail éthique qui impose de partager la décision. C'est aussi affronter les familles, redevenir un homme ordinaire à leurs yeux et pas juste un docteur en blouse blanche. La majorité des situations, du moins le cadre pour les aborder, sont envisagées dans la loi Léonetti. Bien entendu, subsistent des cas concrets non énoncés dans la théorie, mais une nouvelle Loi aussi précise et complète soit-elle, ne permettrait pas de répondre à tous les cas.

Michel Salom : Comme tout le monde, le gériatre est pour la Loi Léonetti, rien que la Loi Léonetti avec cependant deux points qui doivent être travaillés, comme évoqué précédemment : la personne de confiance et les directives anticipées. Ce sont deux sujets très complexes : qui choisir comme personne de confiance et sur quel sujet ? Ce que nous pensons un jour peut être différent, en situation, le lendemain. Il y a donc un vrai travail en profondeur d'apprentissage, d'intériori-

sation et de réflexion pour tout à chacun, autrement plus compliqué et lent que de légiférer sur la fin de vie. Et pourtant c'est bien de cela dont il s'agit et dont pourrait s'honorer une société qui n'aurait pas l'intention de se débarrasser brutalement des plus fragiles d'entre nous.

La notion de directive anticipée est également une notion extrêmement complexe qui nécessitera plusieurs années pour que les citoyens se l'approprient.

Serge Duperret/Didier Réa : Un autre problème concerne la valorisation du temps médical nécessaire pour bien laisser mourir et accompagner les familles et le mourant, mais aussi le temps nécessaire aux équipes pour décider et accompagner ensemble. Cela équivaut à prendre le temps « de décider de ne pas produire des actes ». Cette question peut paraître déplacée, mais dans la logique de soins actuelle tournée vers les actes (T2A), il est parfois difficile d'avoir des malades « non rentables » dans un service, ce qui peut engendrer de l'acharnement thérapeutique.

Certaines DIM acceptent la cotation en « soins palliatifs », mais il nous faut apporter les preuves du bien fondé de notre démarche. Aujourd'hui, seuls les services de soins palliatifs ou les lits dédiés aux soins palliatifs dans certains services sont valorisés.

Michel Salom : Contrairement à ce que vient d'expliquer mon confrère, la réflexion qui amène à « ne pas faire » est valorisée en gériatrie. Dans ces services, le « mourir » est valorisé de manière formelle, avec une cotation pour le « mourir » avec nécessité d'accompagnement lourd, et une autre pour les morts nécessitant un nursing.

Avenir Hospitalier : La gestion d'un patient en fin de vie et les concepts d'euthanasie et de suicide assisté sont-ils inévitablement liés?

Michel Salom : Les gériatres sont contre l'euthanasie et le suicide assisté. En revanche, la question de la sédation termi-

nale devant des personnes qui souffrent psychologiquement et physiquement dans l'angoisse d'une mort prochaine est un vrai problème éthique. Où placer le curseur pour que cette technique ne se transforme pas en euthanasie ? Nous devons la considérer comme un support pour éviter toutes ces souffrances, tout en laissant la nature faire son œuvre. C'est la collégialité qui permet au médecin d'être beaucoup plus sûr de ses arguments.

Serge Duperret : Il faut rappeler que le refus de soins est très rare lorsque la communication a été bien faite auprès du malade ou de ses proches. Lorsque cela arrive, aucune Loi ne nous permettrait de résoudre ces cas difficiles, qui nécessitent une réflexion collégiale.

Nous sommes confrontés à une confusion entre le droit subjectif et le droit.

Actuellement, les associations et les journalistes qui médiatisent les affaires d'euthanasie expriment le fait d'avoir le droit de mourir de la façon choisie par la personne, en mettant en avant que la personne la plus habilitée pour le geste est le médecin. Nous sommes à la croisée de ces exigences sociétales. Il faut accepter ce malaise sur l'euthanasie et ce n'est que par une réflexion large n'excluant pas les médecins que nous

avancerons. Au préalable, il faut admettre qu'aucune décision ne peut faire l'économie du temps. La temporalité est une donnée fondamentale pour tout individu, alors que les pressions concernant l'euthanasie ou le suicide assisté veulent imposer une réponse instantanée.

Avenir Hospitalier : Selon vous la loi sur la fin de vie promise par le gouvernement Hollande est-elle déjà un pas en avant ?

Michel Salom : Il faut laisser du temps à la pédagogie pour qu'elle s'infuse progressivement dans le corps social, laisser le temps aussi à l'imprégnation et ne surtout pas légiférer sur ces questions délicates en croyant qu'on va forcément bien faire. Les exemples de pays qui ont légiféré ne me donnent pas envie de suivre leurs traces.

Serge Duperret : En effet, il faut se donner du temps, encore plus en ce moment où la société française n'est pas très heureuse. Faisons mieux connaître la Loi Léonetti avant de légiférer sur l'euthanasie. D'après mon expérience, cette question n'est pas au premier plan, je n'ai jamais eu à faire à des demandes d'euthanasie. Alors, est-il indispensable de légiférer pour quelques cas ? ●

LES ENJEUX DU RAPPORT COURAUD CONCERNENT LE DES DE GÉRIATRIE

La spécialité de gériatrie est née en 2004 et s'acquiert par l'obtention d'un diplôme d'études spéciales complémentaires de type II.

Il convient donc d'être spécialiste d'une discipline, habituellement la médecine générale, avant de faire cette surspécialité.

Ce cursus est décourageant et ne concerne que les universitaires.

Le rapport Couraud propose de transformer la gériatrie en diplôme d'étude spéciale au même titre que toutes les autres spécialités d'organes, cardio, neuro...

Le Syndicat National de Gériatrie Clinique ne peut qu'approuver dès lors que

des postes d'internes sont créés, dans les services formateurs, ce qui permettra le vi-
vior des futurs gériatres.

L'enseignement transversal des principes de gériatrie étant également prôné dans le cadre des études médicales et des autres spécialités intéressées par le grand âge.

Si cette formule était adoptée, le Syndicat National de Gériatrie Clinique n'aurait qu'à se féliciter de cette avancée au profit des soins donnés aux personnes âgées polypathologiques et dépendantes. La possibilité d'obtention du diplôme, par la validation des acquis, restant pour le moment la voie majoritairement choisie.

Quelle gouvernance dans les hôpitaux après la Loi HPST ?

Courrier envoyé en commun à Marisol Touraine en préparation aux entretiens préliminaires à la Loi de Santé

NICOLE SMOLSKI, JEAN-CLAUDE PÉNOCHET (CPH)

Le constat est amer et sans appel. Le fossé se creuse au sein des hôpitaux entre les managers (directeurs et responsables médicaux) et les PH : certains conflits sont sur la place publique et médiatisés sans pour autant trouver de solution (DIM à St Malo, Hôpitaux St Maurice, HEGP pour parler des dernières affaires en cours). D'autres plus discrets sont pourtant lourds de significations sociales et symboliques : constitution d'un collectif de 150 PH à St Etienne, combat à Châteauroux des anesthésistes refusant de travailler dans les conditions imposées qui ont porté leur collègue à se suicider sur son lieu de travail (tout en étant désireux d'œuvrer à l'indispensable reconstruction morale de leur établissement).

Partout, la réglementation est enfreinte, contournée ou repoussée *sine die*, la non application de l'arrêté du 8 novembre 2013 sur les astreintes et le temps de travail en est le dernier exemple tellement significatif.

Le climat au sein des hôpitaux conduit à la diminution des effectifs de PH

Les PH sont souvent malmenés, très vite menacés de suspension. De plus, en commission de discipline ou statutaire nationale, leurs dossiers sont accueillis avec un fort sentiment de parti pris pro-direction.

Partout la sensation de ne plus être écoutés ni entendus, l'absence de concertation avec les acteurs pour des décisions stratégiques

passées en force à l'emporte-pièce, dans l'incompréhension générale ou l'opposition franche, conduit à un malaise général et instille un sentiment de mépris grandissant. Cette situation n'est pas étrangère à la diminution des effectifs de PH, avec désormais plus de départs que d'arrivées, et beaucoup de départs par démission, sous l'œil dubitatif des internes seniors potentiels, devant un spectacle si peu attractif, n'ont pas très envie de rester..

Ne pas limiter le débat à une schéma corporatiste : médecins contre directeurs !

Pour autant, il ne s'agit pas d'un combat des médecins contre les directeurs : le schéma trop simpliste d'un affrontement corporatiste n'amènerait rien à la recherche de solutions, même s'il est vrai que de plus en plus souvent, l'impression générale est que les directeurs veulent casser du docteur, en tout cas du docteur de base, qualifié de flemmard, individualiste et rétif au changement.

Pour autant, se limiter à cette photographie amputerait une partie de l'analyse :

- D'abord parce que les directeurs ont su se trouver des alliés objectifs que sont souvent chefs de pôle ou de service, présidents de CME, auto adoubés en boucle au sein d'un réseau fermé propre à chaque établissement.
- Ensuite parce que c'est bien dans la désorganisation de leurs conditions de travail au quotidien, par des décisions auxquelles ils ne participent plus du tout, qu'il faut chercher les sources de la colère.

Dans son intensité comme dans son origine, le conflit dépasse donc de loin l'habituelle zone de friction entre d'un côté les acteurs de terrain opérateurs du soin et de l'autre la bureaucratie managériale et gestionnaire. Il n'a cessé de s'intensifier au fur

et à mesure que la Loi HPST de 2009 produisait des effets, et s'est trouvé encore amplifié par l'absence de remise en cause, en dépit d'un discours prometteur, par la nouvelle équipe ministérielle.

En effet, cette Loi donnant pouvoir « absolu » aux directeurs, sans aucun contre-pouvoir, en leur permettant de choisir et de nommer au sein de la communauté médicale ses alliés les plus dociles, puis de noyauter la CME avec ces médecins choisis, a en quelques années fait s'effondrer, dans un grand nombre d'établissements, la confiance que les acteurs pouvaient avoir en leur institution.

Ce ne sont pas les réformes récentes qui vont changer cette donne, puisqu'elles n'ont pas remis en question cette organisation de la gouvernance.

Cette application stricte des règles du *New Public Management*, instauré par la droite et maintenu par la gauche, est destinée à conduire à marche forcée une doctrine de financement des hôpitaux (inadaptée car inflationniste et ne répondant pas aux besoins de la population).

Elle oblige à :

- augmenter la bureaucratie administrative aux dépens des soignants,
- imposer le règne de la gestion par indicateurs dans lesquels les acteurs ne se retrouvent pas,
- généraliser la tyrannie de l'évaluation, consacre la performance individuelle,
- et finalement, à imposer de manière autoritaire des décisions généralement non comprises.

Nouvelles règles managériales et crise démographique des médecins : un mélange explosif !

Ces règles managériales, qui ne satisfont

que les managers, arrivent au pire des moments, car les médecins traversent une crise démographique terrible, qui pour avoir été prévue (sans que jamais des décisions politiques courageuses décident d'en modifier le cours) n'est pas pour autant sans conséquences quotidiennes sur les organisations. La méconnaissance des fondements sociologiques de la profession de médecin et un management totalement inadapté à ses caractéristiques, incite désormais les médecins soit à partir en retraite le plus vite possible, soit à rallier le privé, ou encore à goûter aux avantages de l'intérim médical, le travail en *free-lance* permettant de ne plus se confronter à la réalité des titulaires et de récupérer ainsi un semblant de maîtrise de son autonomie professionnelle ; sans compter les avantages financiers. Les pôles n'ont servi qu'à affirmer le pouvoir des directeurs sur une hiérarchie médico-administrative qui lui est soumise.

La collaboration des chefs de pôle donne l'impression trompeuse aux directeurs, notamment au sein du directoire, d'une gouvernance pacifiée, alors que les praticiens des pôles ont de plus en plus le sentiment de ne pas être écoutés et que leur malaise va croissant.

Les répercussions de la Loi HPST sur l'attractivité des carrières hospitalières

Cette enquête sur les pôles a démontré que pour l'immense majorité des praticiens, la structuration en pôles n'a eu que des effets délétères, notamment sur la circulation des informations institutionnelles et sur l'organisation des soins.

Cette organisation pyramidale est contre-productive pour l'hôpital public car comme dans « la revanche du rameur », les rameurs ne veulent ou ne peuvent plus ramer dans ces conditions. Faute d'écoute, d'autorité sur l'organisation des soins et de respect de la place du médical, l'attractivité des carrières hospitalières ne cesse de se dégrader, notamment vis-à-vis des jeunes collègues pour qui la qualité de vie au tra-

vail associant un nécessaire équilibre entre vie privée et vie professionnelle est désormais devenue un critère essentiel.

Or, même de l'avis des conférences de Directeurs et de PCME, les services sont restés les structures médicales opérationnelles des hôpitaux et la seule faute serait celle d'un manque de communication...

Ce sont toujours les services, constitués d'une équipe médicale et paramédicale correspondant à une spécialité médicale ou pharmaceutique, qui structurent la prise en charge des patients et l'activité collective des soignants. C'est à ce niveau que les délégations de gestion ont le plus de chance d'être pertinentes. C'est l'homogénéité des métiers et des formations au sein d'une spécialité qui permet d'organiser les synergies et la cohérence des projets médicaux d'un établissement de santé.

L'organisation en pôles est contre-productive pour l'hôpital public.

C'est donc le chef de service qui est le mieux placé pour contractualiser les délégations de gestion et exercer l'autorité fonctionnelle sur son équipe. Il doit bénéficier d'une légitimité forte vis-à-vis de ses collègues et être nommé par le Directeur sur proposition de la CME et non de son seul Président, après avis de la communauté médicale du service. Il doit bénéficier d'une formation au management, être évalué sur ses aptitudes à mener une équipe et non sur des indicateurs de performance économique. Ses qualités relationnelles et organisationnelles sont essentielles car il doit faire vivre le dialogue entre les acteurs au sein et en dehors du service. Son mandat doit être limité dans le temps, ce qui est essentiel pour ne pas revenir au pou-

voir mandarin à vie qui a fait son temps.

Dans les CHU, le pouvoir ne doit pas être de la compétence exclusive ou de droit des hospitalo-universitaires, le cumul des mandats n'étant pas toujours synonyme d'efficacité.

Décider n'est pas synonyme de régner !

Au sein d'un hôpital, le pouvoir doit être partagé entre la communauté médicale et le management administratif pour conduire à l'émergence d'un projet médical suivi avec bienveillance par la direction et piloté dans un climat de confiance. Bien sûr qu'il doit y avoir un décideur à l'hôpital : mais décider n'est pas synonyme de régner. Un équilibre doit être trouvé, reposant sur des décisions concertées, une évaluation du climat social, avec suivi d'un baromètre social transparent et de ses conséquences en termes d'avancement ou de primes d'intéressement. Le Directeur doit s'appuyer sur des médecins eux-mêmes formés au management et évalués sur leurs qualités à mener une équipe, et pas uniquement sur des indicateurs de performance économique.

Ces managers médicaux, qui ne doivent pas non plus régner à vie grâce à des mandats limités dans le temps, doivent être eux aussi évalués sur leurs capacités à réunir les équipes autour des projets médicaux impartis et à faire fonctionner le dialogue ; ils doivent être choisis démocratiquement au sein de l'équipe de PH avec validation par la CME. ●

EN CONCLUSION

C'est en redonnant du sens au mot équipe, centré sur une activité, autour d'un projet, avec au sein de cette équipe collaboration, solidarité et confiance, que les hôpitaux peuvent devenir « magnétiques », et que les carrières vont devenir de nouveau attractives.

Le DPC ne doit pas exclure la FMC !

LAURENT HEYER, NICOLE SMOLSKI

Avenir Hospitalier a analysé en profondeur le rapport IGAS, et félicite ses auteurs pour le travail de fond réalisé, sans tabou aucun. Etant donné que le rapport reprend les critiques fortes que nous dénonçons depuis plusieurs années, nous le relayons, et faisons à notre tour des propositions : vidons l'abcès avant qu'il ne s'enkyste.

Ce rapport pointe les dysfonctionnements de l'OGDPC et au-delà, de tout le DPC pour les professions de santé en exercice libéral, comme son absence de pertinence pour les médecins salariés. Les dysfonctionnements sont relevés avec des termes francs : « épais nuage de problèmes, vices de conception, mauvais réglages, conduite de projet défectueuse, blocages, carapace de scepticisme », auxquels nous adhérons.

Un rapport qui rappelle les incohérences du fonctionnement de l'OGDPC.

L'OGDPC est un outil de gestion créé *de novo* pour assurer un pilotage centralisé et une indépendance du financement du dispositif de formation continue.

Dans les faits, l'OGDPC ne remplit pas ces attentes :

- L'objectif de pilotage centralisé d'une formation rénovée pour tous les professionnels de santé n'est en fait atteint que pour les professionnels de santé du libéral et en sont exclus les salariés, qu'ils soient dans les établissements de santé ou dans d'autres structures. Ce dispositif est donc qualifié de « partiellement unifié ». La composition de l'équipe de direction, directement héritée de l'OGC (Organisme de Gestion Conventionnel de la formation continue des médecins libéraux), organisme paritaire historique (syndicat de médecins libéraux et représentants de l'assurance maladie) en exclut le monde hospitalier et ses procédures propres. « Or, de par son origine – un organisme dédié au

monde libéral – l'OGDPC est victime d'un tropisme. Les procédures propres au monde hospitalier ont été négligées... » pour les autres médecins salariés.

Un poste « remplacement » grève le budget DPC des PH !

- L'objectif d'indépendance n'est pas atteint : « L'autonomie de décision du GIP par rapport à l'Etat est quasi nulle ».
- L'objectif d'indépendance et d'impartialité n'est pas respecté, les membres des CSI se sont dédouanés de fournir leurs déclarations publiques d'intérêt alors que beaucoup sont liés à des organismes de formation historiques (universitaires, CNGE...) ou ODPC actuels. Les règles de désignation des membres des CSI « n'en garantissent pas nécessairement l'indépendance. Cela est particulièrement vrai pour la commission des médecins ».

De fait, la gestion est essentiellement déterminée par des forfaits construits pour les professionnels en exercice libéral. Pour preuve, et le rapport de l'IGAS ne l'a pas relevé, un poste « traitement » est fléché pour financer le remplacement du praticien, ce qui ampute d'autant l'enveloppe DPC des PH, alors que chacun sait que nous ne sommes pas remplacés ! L'évaluation des organismes est sous la responsabilité de commissions (CSI) dont l'indépendance, si ce n'est leur représentativité, n'est pas garantie (carence en DPI, nomination sur proposition des CNP ou CNGE sans la vocation scientifique nécessaire à leur mission).

Les critiques d'Avenir Hospitalier

Trois ruptures sont pointées comme inéluctables,

mais nous nous réservons le droit de critiquer à notre tour :

- **une méthodologie définie par l'HAS** avec 28 méthodes incomplètement définies : sans critiquer le bien fondé de cette méthodologie, nous pensons qu'elle ne s'applique pas à tous les types de formation.
- **une ouverture du « marché » de la formation au secteur lucratif** : placer notre FMC au sein des injonctions de l'Europe et de la Directive nous ramène à la voir traitée comme un vulgaire objet de consommation : **le dispositif devrait plutôt protéger notre FMC contre la dérégulation totale du marché.**
- **un financement public** en place d'un financement conventionnel et paritaire ou dépendant de l'industrie. **Les principes de ne pas faire dépendre notre FMC des sollicitations de l'industrie sont de bons principes**, auxquels nous adhérons. Cependant, les budgets formation des établissements de santé, non analysés dans le rapport, ne sont pas sanctuarisés *via* les CME.

Plusieurs vices de conception empêchent l'OGDPC d'être à même de porter positivement le changement induit pas ces trois ruptures. Comme les dysfonctionnements cités plus haut, ces vices de conception favorisent une dérive des coûts forfaitaires, construits pour le financement d'une formation dédiée aux professionnels libéraux :

- **une absence de définition des contenus du DPC.** La dérive des coûts fléchés pour les programmes DPC assèche le financement de toutes les autres modalités de formations continues. Une formation longue et exigeante verra son financement limité alors que des formations brèves seront complètement financées.
- **une absence de sanction ordinale en cas de manquement du professionnel à ses obligations.**
- pour les professionnels des établissements de santé ou salariés, **la question de la prépondérance du déontologique sur la**

subordination au pouvoir de son Directeur n'est pas réglée.

- une absence de procédure d'assurance – qualité des formations délivrées avec un contrôle *a priori* débordé et un contrôle *a posteriori* inexistant, alors que les méthodes du DPC et l'ouverture au marché lucratif ont bouleversé et totalement rénové le paysage de l'offre de formation. Le système est de fait permissif, avec un risque de sanction d'un défaut de qualité d'une formation extrêmement faible.

Le vice principal est finalement la réduction de la formation continue au seul DPC « qui a regroupé tous les fonds publics et qui est susceptible d'accaparer les autres sources de financement ». Cela va à l'encontre de l'esprit de la réforme de 2009 qui était « de faire du DPC un dispositif « de pointe » circonscrit et n'embrassant pas l'ensemble de la formation continue des professionnels de santé ».

Les rapporteurs proposent 4 scénarii pour sortir de l'impasse. De façon surprenante, ces propositions visent toutes à acter le désengagement

Le Ministère doit prendre ses responsabilités pour corriger ces dysfonctionnements

de l'État (et donc du financement public) et à garantir la libre concurrence entre les acteurs d'un marché de la formation des professionnels de santé : **postulat auquel nous n'adhérons pas.**

Les trois premiers imposent de corriger les dysfonctionnements ou vices de conception pointés par les rapporteurs. Ce qui les distingue ce n'est finalement que le périmètre de la formation de type DPC. Le premier escompte la correction de l'ensemble des dysfonctionnements et des vices de conception ; les deuxième et troisième proposent de réduire le périmètre du DPC (un allègement) soit aux actions de formation pluri-

interprofessionnelles ou de santé publique (solution « hygiéniste »), soit aux actions minimales dont les besoins individuels seront définis par les collèges professionnels (solution « minimaliste »), le reste de la formation continue retombant dans le giron des organismes paritaires (OPCA). Le quatrième propose de supprimer l'OGDPC pour restaurer le système antérieur (solution « déontologique »), du même type que celui en vigueur pour toutes les professions. En cela, il fait définitivement perdre la lisibilité du financement et de l'offre de la formation continue des professionnels de santé ainsi que de son éventuel pilotage unifié (et surtout la singularité du DPC, une obligation préalable d'un organisme de formation pour dispenser un programme DPC).

Selon nous, c'est avant tout au ministère, qui a organisé la subordination du GIP qu'est l'OGDPC, de prendre ses responsabilités et de corriger les dysfonctionnements (outil non unifié et partial) comme ses vices de conception (mise en place de contrôle et de sanctions), et au delà de l'OGDPC, de revoir totalement le principe du DPC pour les médecins salariés.

DPC : LES PRÉCONISATIONS D'AVENIR HOSPITALIER

Voici nos propositions. Il convient de manière urgente :

- De poser un moratoire sur le DPC des médecins salariés, afin de reprendre la direction de la réflexion et concertation, concertation ministère DGOS et représentants des médecins salariés, pour corriger les vices conceptuels et dysfonctionnements du DPC pour les médecins salariés, hospitaliers ou non.
- De scinder les principes du DPC, et de la FMC qui ne se recourent pas forcément.
- De clarifier 3 volets différents de la formation médicale continue :
 - un dispositif de DPC, obligatoire et pluriannuel (3 ans ?), axé sur les priorités nationales de santé publique, voire certaines priorités régionales ou territoriales, et dont les enjeux pédagogiques sont bien servis par les méthodes DPC identifiées par l'HAS qui sont dédiées à l'amélioration des pratiques professionnelles et des soins.
 - un deuxième périmètre consacré au partage de connaissance sur les avancées scientifiques. Cet enjeu pédagogique est accessible par un partenariat entre les établissements de santé et les sociétés savantes des spécialités dont les statuts comme organisme de formation devront être clarifiés et dont

l'indépendance vis-à-vis de l'industrie devra être sécurisée.
- un troisième périmètre qui garantit les besoins individuels de formation médicale continue dans le respect déontologique du libre choix du praticien.

Les financements doivent être sanctuarisés : ceux des établissements au titre de la formation, taxe de l'industrie pharmaceutique au titre du DPC obligatoire. Plus critique est l'amputation des sommes consacrées au DPC pour le financement du remplacement des PH, amputation qui doit prendre fin immédiatement.

La place quasi monopolistique de l'ANFH reste à être évaluée dans ce dispositif. Organisme de gestion financière uniquement ? Ou implication dans le processus d'assurance qualité des formations ?

Il serait utile d'inclure dans les critères de certification de l'HAS des établissements de santé, l'évaluation de la gestion financière et de la qualité de la FMC et du DPC réalisés par les professionnels de santé. ●

ANNONCES DE RECRUTEMENT

ILE-DE-FRANCE

Les Hôpitaux de Saint Maurice recrutent : **un médecin anesthésiste réanimateur**

Pour compléter une équipe motivée et dynamique, dans un grand pôle hospitalier à la lisière est de Paris (Porte Dorée).

Présentation :

Idéalement situés aux portes de Paris, en bordure du bois de Vincennes, dans un parc de 30 hectares, les Hôpitaux de Saint-Maurice sont dédiés aux soins de suite et réadaptation, à la prise en charge en psychiatrie sur Paris et le Val-de-Marne, à la gynécologie - obstétrique - néonatalogie et au traitement de l'insuffisance rénale chronique. Ils disposent de plus de 850 lits et places et emploient près de 2500 personnes.

Plus d'informations sur www.hopitaux-saint-maurice.fr

Direction des Affaires Médicales - Hôpitaux de Saint-Maurice - 12-14, rue du Val d'Osne - 94410 SAINT MAURICE
Tél. : 01 43 96 62 09 - Fax : 01 43 96 61 83 - E-mail : dam@hopitaux-st-maurice.fr



Hôpitaux de
Saint-Maurice

Groupement
de cliniques et
EHPAD privés,
Ile-de-France



Nous recherchons, en exercice libéral, des :

MÉDECIN MPR • CARDIOLOGUE • GÉRIATRE

Découvrez-nous aussi sur www.sante-retraite.org

Pour tout renseignement, contacter le service Recrutement :
rh@sante-retraite.org - 01 40 46 42 29

AUVERGNE



LE CENTRE HOSPITALIER DE MOULINS-YZEURE (ALLIER)

1^{er} ETABLISSEMENT DE SOINS DE LA REGION AUVERGNE (hors CHU)
CERTIFIE V3 SANS RESERVE - 1100 lits et places dont 341 lits en M.C.O.
VILLE DE PREFECTURE à 2H30 de Paris et de Lyon - 1H de Clermont-Ferrand



RECHERCHE UN GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN (TEMPS PLEIN)

Praticien Hospitalier

POUR SON SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRICALE
EQUIPE DE 5 GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS TEMPS PLEIN

MATERNITE NIVEAU II - 1200 NAISSANCES
ACTIVITE CHIRURGICALE

www.ch-moulins-yezure.fr
www.ville-moulins.fr

LES CANDIDATURES ET CV SONT A ADRESSER A :

Mme la Directrice des Affaires Médicales
C.H. de MOULINS-YZEURE - 10 avenue du Général de Gaulle - BP 609 - 03006 MOULINS CEDEX
Tél. : 04 70 35 79 71 - Email : affaires-medicales@ch-moulins-yezure.fr

POUR TOUT RENSEIGNEMENT, CONTACTER :

M. le Docteur Michel BEYTOUT - Responsable du service
Tél. : 04 70 35 76 43
Email : m.beytout@ch-moulins-yezure.fr

**recrute
pour renforcer
son Personnel,
des Médecins :**

*les postes sont à
pourvoir immédiatement*

- ANESTHESISTES
- URGENTISTES UROLOGUES
- ONCOLOGUES GERIATRES
- RADIOLOGUES
- GASTRO-ENTEROLOGUES

Adresser vos candidatures, curriculum vitae détaillé, titres et diplômes à

Mr le Directeur Général - CHU de Martinique - CS 90632 - 97261 FORT-DE-FRANCE CEDEX

Direction des Affaires Médicales

E-mail : paule.longchamps@chu-fortdefrance.fr - Fax : 05 96 75 83 04 - Tél. : 05 96 55 23 39

LE CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE (GUYANE)

RECHERCHE POUR SON PÔLE SOINS CONTINUS



- **2 PRATICIENS URGENTISTES**
(Urgences/SAMU/SMUR)
- **2 ANESTHÉSISTES**

Conditions de recrutement :

- Rémunération intéressante + majoration de 40% (dite indemnité de cherté de vie).
- Prise en charge du billet d'avion et prise en charge du déménagement selon statut.
- Mise à disposition d'un logement et d'un véhicule pendant 1 mois.
- Congés bonifiés pour les PH.
- Dispositif de FMC dynamique.

Pour tout contact, merci de contacter la Direction des Affaires Médicales :

afm@ch-cayenne.fr au 05 94 39 51 26

ou par voie postale : Rue des Flamboyants - BP 6006 - 97306 CAYENNE CEDEX

www.ch-cayenne.net

Rejoignez la communauté des Praticiens Hospitaliers



Sur
Reseauprosante.fr

Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - contact@reseauprosante.fr