

AVENIR HOSPITALIER



10 octobre 2017
 Pourquoi les PH doivent faire grève

AU SOMMAIRE

Le mot du Président..... 2
 Lettre à la Ministre sur « les violences obstétricales »..... 2
 10 octobre 2017 : Pourquoi les PH doivent faire grève..... 3
 AH dans la revue de l'Union Syndicale des Magistrats4
 Les PH et l'avenir hospitalier 6
 Dis Doc t'as ton Doc ? 7
 OSAT-APH : ce qu'il faut attendre de ce nouveau service..... 8
 Architecture Hospitalière : un monde complexe et passionnant » - L'interview de Gérald Berry 10
 LES JOURNÉES FORMATION ACTION PRATICIENS HOPITAL (APH) :
 Autonomie médicale : pourquoi et comment la défendre ?... 12
 PH : le choix historique d'un statut spécifique plutôt que fonctionnaire 14

Témoignage : le statut PH pour les médecins du travail, une urgence ?..... 15
 Avenir Hospitalier et ANMTEPH en phase..... 15
 Retour d'expérience d'un administrateur d'Avenir Hospitalier candidat aux législatives de juin 2017.. 18
 Commissions Régionales Paritaires (CRP) : à quoi peuvent-elles servir ?..... 17
 Lumière sur le phénomène Big Data..... 18
 Prévention, la priorité n°1 d'Agnès Buzyn..... 19
 Et si les médecins hospitaliers avaient un rôle à jouer20
 dans le parcours de prévention
 Petites Annonces : cliquez ici

Le mot du Président

MAX-ANDRÉ DOPPIA, PRÉSIDENT D'AVENIR HOSPITALIER

L'intelligence syndicale...

Dans un an, ou peut-être moins, près de 45 000 praticiens hospitaliers et autant d'autres statuts médicaux qui font aussi vivre l'hôpital public, seront appelés à se prononcer pour désigner une nouvelle représentation syndicale pour le Conseil Supérieur des Personnels Médicaux des Hôpitaux (CSPMH). La loi l'exige. Nous plaïdons pour un scrutin en conformité avec les règles de la démocratie sociale dans notre pays. Un homme ou une femme = une voix ! Nous l'avons rappelé à Agnès Buzyn, notre ministre de Tutelle, lorsque nous l'avons rencontrée le 15 septembre dernier. Il ne saurait ici y avoir plus longtemps d'exception culturelle médicale hospitalière.

Plutôt qu'être des « Ambassadeurs », nous assumons d'être vos représentants syndicaux, actifs, fiers de porter vos aspirations et de par-

tager avec vous, une certaine idée de l'hôpital public et du respect dû à ceux qui le servent et qui sont trop souvent malmenés..

L'hôpital public est une organisation humaine exceptionnelle dans l'engagement collectif qu'elle sous-tend, parfois de manière si peu visible pour les décideurs de son sort. Que survienne une catastrophe naturelle ou terroriste : voici rapidement exprimées, des félicitations publiques ! Mais elles sont tout aussi rapidement oubliées lorsque l'on parle ensuite de reconnaissance... Pourtant, l'hôpital public est un acteur majeur du système de santé. Avec la Justice, la Défense et l'Education, il est l'un des repères phares de notre société. C'est bien dans la nécessaire confrontation de points de vue, *a priori*, inconciliables, que notre histoire est parvenue à construire ces piliers qui fondent une paix et une sécurité sociales toujours fragiles.

Ainsi, l'irruption de fortes contraintes budgétaires pour la santé dans notre pays nous oblige-t-elle à ne jamais oublier que, dans notre histoire collective, les valeurs portées par notre système social n'ont pu être érigées que par l'engagement continu de ceux qui l'habitent et le servent en se plaçant, avant tout, du côté de ses bénéficiaires. Cette solidarité dans l'action s'incarne dans la démocratie sociale. Elle accorde aux uns le bénéfice d'une intelligence et d'une solidarité de métier et, aux autres, la confiance de porter les attentes d'une indispensable sécurité « sociétale ».

Il doit en être ainsi du droit syndical, reconnu par le décret statutaire des praticiens hospitaliers mais, dans les faits, inexistant... D'une part, parce qu'il ne peut pas en être autrement pour une conception démocratique du travail, mais aussi, sûrement parce que nier « l'intelligence syndicale médicale hospitalière » et ses apports essentiels, reviendrait à laisser les nouveaux managers piloter l'ar-

mada hospitalière sans boussole. Savoir reconnaître les signaux faibles ou les fêlures invisibles est la marque d'une pratique syndicale opérante. Nous la revendiquons !

Dans ce numéro de Rentrée, nous avons réuni, pour vous, Praticiens Hospitaliers, un ensemble de sujets pour éclairer le présent et préparer le futur. Il en va ainsi de notre rencontre avec notre nouvelle ministre de Tutelle, mais aussi de l'accueil que nous réservons à nos collègues médecins du travail de l'ANMTEPH. Nous avons choisi de les accompagner dans leur quête d'un statut qui leur assure indépendance et droits sociaux équivalents aux nôtres. Comme nous, il soignent à l'intérieur de l'hôpital. En ces temps où la prévention est l'avenir de notre système de santé et de son économie, s'attacher ces praticiens résolument hospitaliers serait un bon signal politique. Avec les *Big Data*, l'architecture hospitalière, les bons usages de l'OSAT-APH avec ses administrateurs bénévoles d'Action Praticiens Hôpital, l'expérience de quelques CRP, les retours d'une campagne électorale et les échanges prometteurs engagés avec l'Union Syndicale des Magistrats*, voici, pour vous, Praticiens Hospitaliers, autant de sujets pour alimenter notre désir commun de rénovation de la démocratie hospitalière. Ce temps doit venir... ●

Lettre à la Ministre sur « les violences obstétricales » !

Avenir Hospitalier et le SYNGOF ont écrit à Agnès Buzyn pour lui faire part de leurs profondes inquiétudes et colère. Ils attendent une marque de soutien officiel à toutes les professions qui sont visées par une campagne de dénigrement systématique qui n'a que trop duré ! Lire le courrier en cliquant sur le lien ci-dessous :
<http://www.avenir-hospitalier.fr/index.php/2-non-categorise/391-violences-obst>

ISSN : 2417-3258

DIRECTEUR DE PUBLICATION :
CHRISTIANE MURA

RÉDACTEUR EN CHEF :
MAX-ANDRÉ DOPPIA

COORDONATEUR DE LA RÉDACTION :
RICHARD TORRIELLI

RÉDACTEUR :
SAVERIA SARGENTINI

COMITÉ DE RÉDACTION :
FRANÇOIS BRAUN, RAPHAËL BRIOT, MICHEL DRU,
JEAN GARRIC, LAURENT HEYER, PASCALE LE
PORS-LEMOINE, RENAUD PEQUIGNOT,
MICHEL SALOM, NICOLE SMOLSKI

ÉDITEUR : EKTOPIC
EKTOPIC@EKTOPIC.COM

PETITES ANNONCES : K. TABTAB -
K.TABTAB@RESEAUPROSANTE.FR

CRÉDIT PHOTO : FOTOLIA,



10 octobre 2017

Pourquoi les PH doivent faire grève

1



Le point d'indice est gelé

Il l'est depuis 6 ans, à l'exception d'une augmentation de 1% l'an dernier.

2



La CSG augmente de 1.7 %

Les PH ne bénéficieront d'aucune compensation (notamment, pas de suppression de la taxe d'habitation).
Ex : perte de salaire de 110 euros par mois pour un PH échelon 13.

3



Le jour de carence est rétabli

A chaque arrêt de travail, votre indemnisation débutera le 2ème jour. Soit une perte de 1/30ème du salaire.

4



La retraite IRCANTEC ne sera plus abondée par les CET.

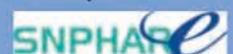
Les directions d'hôpital ont demandé à l'IRCANTEC de supprimer les cotisations relatives aux jours de CET
Or le CET, ce sont les jours travaillés "en plus" pour maintenir l'activité de l'hôpital.

5



Depuis 1984, la perte du pouvoir d'achat des jeunes PH...

1984 : échelon 1 = 4 x SMIC
2017 : échelon 1 = 2,8 x SMIC



Avenir Hospitalier dans la revue de l'Union Syndicale des Magistrats (USM)



La parole est à... Avenir Hospitalier

Max-André DOPPIA, Président d'Avenir Hospitalier¹
Richard TORRIELLI, Coordinateur de la rédaction d'Avenir Hospitalier



Max-André DOPPIA

Acteurs engagés dans deux services publics indispensables à la cohésion de la société, Avenir Hospitalier (AH) et l'USM ont décidé de partager leurs espaces d'expression. Après avoir accueilli l'USM dans sa revue diffusée en ligne sur son site web² en mars 2017, AH se présente à vous.

Intersyndicale de praticiens hospitaliers fondée en 2011, AH fut créée à l'initiative du SNPHAR-E, syndicat historique des anesthésistes réanimateurs qui, en 2009, s'est élargi à l'ensemble des médecins des hôpitaux, toutes spécialités confondues. Avec le SNPHAR-E, Avenir Hospitalier regroupe le SYNGOF (obstétriciens), le SMH (martiniquais hospitaliers), le SNGC (gériatrie), SUDF (SAMU-Urgences de France) et le SJBM (jeunes biologistes médicaux) pour défendre les valeurs de l'hôpital public et ses acteurs.

Avenir Hospitalier s'engage :

- pour redonner sa place au professionnalisme et à l'humanisme médical bafoués par « l'efficacité managériale », la bureaucratie et la tarification à l'activité (« T2A ») ;
- pour des équipes à taille humaine, moins de tâches administratives, plus de temps pour les patients, un financement des hôpitaux valorisant toutes les activités, y compris non techniques et non reproductibles, et pour des restructurations hospitalières basées sur des logiques médicales et d'offre de soins publique ;
- pour améliorer l'attractivité des carrières médicales hospitalières dans un contexte où 40 % des postes statutaires de praticiens restent vacants.

AH est représentative. Elle participe aux concertations et négociations au Ministère et avec son administration centrale, la DGOS. AH s'est alliée avec la **Confédération des praticiens des hôpitaux** (CPH), avec laquelle a été fondée une structure fédérative : **Action Praticiens Hôpital** (APH), sigle commun des deux intersyndicales pour leur communication. Chacune des organisations constituantes apparaît sur un portail commun³.

La crise démographique que subit l'hôpital public a trois origines : une politique malthusienne de la formation, une restructuration hospitalière quasi-inexistante, et une absence de politique d'attractivité réellement efficace. Depuis 1984, c'est par le combat toujours rude

que des mesures de justice sociale ont été intégrées dans le statut de praticien hospitalier. Il reste encore à faire... Notamment, pour que les dispositions de la Directive communautaire 2003/88/CE sur le temps de travail soient effectivement appliquées dans notre milieu professionnel. Via un management ignorant les textes, la « pression de production » et le « financement à l'activité » imposent aux praticiens, de travailler bien trop souvent au-delà de limites raisonnables et sans réelle reconnaissance de leur temps de travail. Publié en 2015, le « Rapport-qui-Pique »⁴, expose la problématique hospitalière actuelle. Faire reconnaître leur droit de concilier vie professionnelle et vie personnelle est toujours un parcours du combattant pour les praticiens, jeunes ou moins jeunes...

Les échanges entre l'USM et AH sont donc bienvenus au moment où le travail subit des agressions qui menacent le service public par un management offensif calqué sur celui, déjà obsolète, des entreprises. En témoigne la réduction des moyens alloués pour nos missions quand il est démontré que les besoins de santé et de justice augmentent avec la durée de la vie et les conséquences sociales d'une crise sans fin. La mise en cause des organisations syndicales dès que celles-ci se risquent à contester les politiques publiques et leur financement insuffisant, est l'un des stigmates d'un système qui s'efforce d'ignorer la réalité du travail.

1 - president@avenir-hospitalier.fr - www.avenir-hospitalier.fr

2 - <http://www.avenir-hospitalier.fr/index.php/%202-non-categorise/378>

3 - <http://aph-france.fr>

4 - <http://www.snphar.com/data/upload/files/leRapportQuiPique.pdf>



Richard TORRIELLI

Avec le déni d'une souffrance au travail qui s'exprime très brutalement dans la Justice ou la Santé, ce « nouveau » management public centré sur l'économie de ressources occulte l'importance, attestée, du sens du travail et de notre identité professionnelle. Tous les professionnels comprennent combien ce management est source de troubles à l'ordre social dans un monde du travail qui s'individualise et où la culture militante a fortement baissé.

Aussi, nos organisations doivent-elles **renforcer les solidarités professionnelles ou interprofessionnelles**. La rencontre d'AH avec l'USM répond à ces constats de préoccupations qui nous sont communes. Nous devons repousser tout ce qui porte atteinte à l'accès à deux services publics financés par leurs usagers : une Justice indépendante et efficace, et un Hôpital Public capable de délivrer, à tous, des soins de qualité et en sécurité. Nos indépendances professionnelles respectives impliquent une éthique dans des décisions lourdes de conséquences pour la liberté ou la vie, un respect des lois et règlements, une obligation de répondre aux sujétions pour assurer la permanence judiciaire ou médicale.

Comme l'USM, AH est particulièrement préoccupée par la montée de la souffrance au travail rencontrée dans nos métiers.

Nous sommes en relation étroite avec plusieurs organisations syndicales d'étudiants

et jeunes médecins (ANEMF, ISNAR-IMG, ISNCCA et l'ISNI) qui, début 2017, ont lancé une enquête santé mentale « inédite » sur le sujet. Les 22 000 réponses au questionnaire mis en ligne en début d'année révèlent l'ampleur du mal-être des jeunes soignants au long de leur 9 à 13 ans d'études jusqu'au clinicat : 66,2 % déclarent souffrir d'anxiété et 27,7 % de dépression. Plus grave encore, 23,7 % ont eu des idées suicidaires dont 5,8 % dans le mois précédent l'enquête⁵. Comme nous, ces jeunes tirent la sonnette d'alarme devant des résultats qui appellent des réponses de la part des pouvoirs publics, mais aussi de la part des organisations syndicales représentatives. Ces dernières peuvent, là, jouer pleinement leur rôle. C'est évidemment sur le terrain du travail que se gagneront les combats pour la qualité de vie au travail et non pas seulement par des décrets ou des règlements. Il faut ici saluer l'ouvrage du Dr Valérie Auslender : « **Omerta à l'hôpital** » (éd. Michalon), une initiative courageuse qui lève le puissant tabou sur les maltraitements subies par les soignants en formation.

Créé en 2009 par le SNPHAR-E, et étendu aujourd'hui au sein d'APH, l'observatoire de la souffrance au travail des praticiens hospitaliers⁶, propose un service syndical inédit qui, sans être un service d'aide psychologique au sens thérapeutique du terme, permet de comprendre des situations de souffrance professionnelle et aide à leur résolution. La déclaration de souffrance au travail, détaillée, confidentielle, mais non anonyme, est possible, en ligne, 24h/24. Tout praticien qui le souhaite est ainsi mis en relation avec des syndicalistes volontaires et habilités à lui apporter un soutien adapté pour surmonter les difficultés explicitées (conseils, orientation, interventions auprès des tutelles, etc.).

Pour les déclarants, à jour de leur cotisation, une écoute attentive par des administrateurs dédiés, lors d'un rappel téléphonique, permet souvent de faire émerger une solution déjà envisagée par le déclarant, mais que ce dernier n'a pu mettre seul en place. L'analyse des dossiers recueillis a permis de montrer que :

- 90 % dès l'origine des souffrances se trouvent dans des conflits avec la hiérarchie médicale ou administrative.
- 20 % des déclarants ont des idées suicidaires : notre syndicat les contacte aussitôt, et ici, même s'ils ne sont pas adhérents à jour de leur cotisation.

Depuis que nous avons mis en place réflexion et action sur le sujet, plusieurs initiatives ont vu le jour. Parmi elles, la mise à disposition, pour tous, d'outils de dépistage de souffrance, de harcèlement, d'addiction, que nous avons eu l'honneur de présenter au congrès de l'USM il y a deux ans à Paris⁷, et la campagne de sensibilisation DIDOC⁸ qui s'adresse à tous les professionnels médicaux en France et bientôt en Europe pour les inciter à se choisir un médecin traitant.

Une différence sépare toutefois AH et USM : à taux de syndicalisation comparable, dans un statut particulier, l'allocation de moyens syndicaux est quasi nulle pour nous.

Un seul poste plein-temps est alloué pour chacun des présidents des cinq Intersyndicales pour représenter près de 50 000 praticiens statutaires. Il est temps de reconnaître enfin l'exercice même du droit syndical aux professions médicales à l'hôpital public pour prendre en main vie professionnelle et destin de la santé avec des partenaires sociaux pleinement reconnus et investis. Ce sera une première étape dans les relations que nous établirons avec Agnès BUZY, notre nouvelle ministre de tutelle. À commencer par exiger, comme le prévoit le code de la santé publique, dans ses articles L. 6156-1 à L. 6156-7, la parution des décrets d'application relatifs au Conseil supérieur des professions médicales hospitalières (CSPMH) et aux moyens attribués aux syndicats pour permettre enfin un vrai dialogue social à l'hôpital public.

5 - <http://www.isni.fr>

6 - OSAT-APH - <http://osat.aph-france.fr>

7 - www.cfar.org/smart/

8 - www.cfar.org/didoc/

Les PH et l'avenir hospitalier

INTERVIEW DE MAX-ANDRÉ DOPPIA PRÉSIDENT
D'AVENIR HOSPITALIER

Avec l'installation du nouvel exécutif, de nouveaux chantiers s'ouvrent pour les PH. Action Praticiens Hôpital (APH), avec une délégation d'Avenir Hospitalier (AH), notre intersyndicale, conduite par MA Doppia son président, a rencontré Agnès Buzyn, notre ministre de tutelle. Max-André Doppia répond à nos questions.

Que retirez-vous de cette rencontre ?

MA Doppia : Avenir Hospitalier et la CPH, au même titre que les autres organisations, doivent connaître les projets ministériels en matière de santé et d'hôpital public. Les échanges ont été directs, sans tabou, avec une écoute de qualité.

Comme les restrictions budgétaires ont réduit les capacités de recrutement et de valorisations salariales pour les hospitaliers, les établissements retrouvent des marges de manœuvre pour leurs investissements matériels, mais au prix d'une dégradation majeure des conditions de travail.

Le management est-il en question ?

M-A D. : Clairement. L'ambiance hospitalière est plombée dans les établissements par des drames humains qui sont les stigmates d'une situation devenue intenable. Les injonctions à produire plus à effectif constant, voire diminué, sont insupportables, malgré les efforts de chacun pour répondre aux besoins. Nos concitoyens reconnaissent les prouesses médicales médiatisées, mais ils sont conscients des graves difficultés de leur hôpital public car ils en subissent les conséquences. Ce n'est pas dénigrer l'hôpital que témoigner de la réalité quotidienne et son impact sur les soins, par des témoignages, des enquêtes, des documentaires.

Comment Agnès Buzyn, PUPH, peut-elle l'ignorer ? Va-t-elle poursuivre la stratégie de qualité de vie au travail ?

M-A D. : Sûrement. Mais en attendant, les

acteurs de l'hôpital doivent opposer une résistance commune à une politique anti-hospitalière. Comment promouvoir l'hôpital et l'attractivité des carrières tout en précaarisant les recrutements de ses médecins ? Le recours permanent à l'intérim témoigne de la fragilité du système. Nous avons réaffirmé avec force la nécessité de revoir de fond en comble cette politique délétère.

Par quel moyen lancer une offensive pour défendre les droits des PH ?

M-A D. : Les hôpitaux sont une zone de non-droit syndical pour le corps médical. Les organisations de PH doivent être reconstruites comme des partenaires sociaux à part entière. Nous avons posé l'exigence d'une parution rapide du Décret relatif à la création du Conseil supérieur des professions médicales hospitalières (CSPMH) : la Loi de Santé exige la mesure de la représentativité syndicale pour permettre l'allocation de moyens matériels et humains, localement, territorialement et régionalement. Assurer la défense des intérêts des praticiens, n'est pas du ressort des CME, et nous l'avons rappelé à la Ministre.

Les PH sont-ils assez conscients de l'importance d'un syndicat ?

M-A D. : Assurément non ! Nous avons fait état de l'augmentation considérable des conflits avec l'administration, aboutissant trop souvent à des décisions de retrait pour les PH. L'action syndicale c'est,

- un : apporter de l'information au PH sur le terrain ;
- deux : assurer sa défense lorsqu'il est malmené, ou lorsque des décisions managériales apparaissent dangereuses. D'où notre demande récurrente d'intégrer les CHSCT.

La plus-value syndicale se fera valoir par l'engagement des hommes et des femmes sur le terrain. Nous avons affirmé qu'un recours en Conseil d'Etat sera formé si le Décret CSPMH n'est pas rapidement publié.

Comment rendre visible ce besoin de

syndicalisme proche du terrain ?

M-A D. : Nous refusons le syndicalisme de salon, loin du terrain, pratiqué par certains. Il faut que les PH s'investissent ! Les élections professionnelles approchent. Les PH doivent relever la tête : ils cesseront ainsi de subir, et notre vision du syndicalisme leur sera une aide précieuse.

Regardez la prime d'engagement dans la carrière hospitalière : de très nombreuses directions refusent de l'attribuer. C'est inacceptable au moment où les contrats précaires sont devenus légion et où l'intérim fait florès. La déréglementation sauvage des recrutements a été dénoncée, exemples à l'appui. L'accord des 5 Intersyndicales a été rappelé pour que justice soit rendue en créditant la période de 24 H de 5 plages pour permettre le respect de la DE Temps de travail. APH s'est déclarée prête à faire des propositions innovantes dans le respect d'un cadre statutaire que la ministre a dit vouloir préserver. Les GHT peuvent être une opportunité et un espace d'investissement pour les PH. Mais il faut construire de vrais projets médicaux partagés et y associer pleinement les équipes au plus près du terrain...

Dans l'immédiat ?

M-A D. : La ministre a pris note qu'à la création du statut de PH, en 1984, un PH débutant gagnait 4,2 SMIC, aujourd'hui, c'est 2,8 ! La revalorisation salariale est indispensable et nous sommes prêts à discuter de ses modalités. APH refusera de voir les PH lésés par l'augmentation de la CSG, la suppression des cotisations sociales pour l'IRCANTEC en cas de paiement de jours CET, ainsi que la taxation qui se profile sur les contrats de prévoyance conclus par les PH. Ce sera un premier test pour les relations qui s'établiront avec Agnès Buzyn. ●



**DIS DOC,
T'AS TON DOC ?**

L'auto-diagnostic et l'auto-médication, c'est pas bon!
Le choix d'un médecin généraliste personnel est important
pour notre propre santé et la qualité de nos soins.

Avec le soutien et en partenariat :




+ d'infos & visuels :

« Dis doc, t'as ton doc », c'est une série de 12 visuels à télécharger librement sur : www.cfar.org

Un téléchargement gratuit est mis à disposition par le CFAR. Chacun peut personnaliser les visuels avec son logo, un bref texte de soutien, son website et son adresse courriel.

FAIRE ÉVOLUER NOTRE MODE CULTUREL AFIN QUE CHAQUE MÉDECIN AIT UN MÉDECIN TRAITANT

En avril 2017, 31 partenaires institutionnels (dont les 5 Intersyndicales de PH, les centrales syndicales d'Internes, de CCA et l'ANEMF, les Conférences), ont accepté de porter la campagne DIDOC. Celle-ci vise à changer le modèle culturel des médecins sur leur propre santé. Le 21 septembre, la campagne " Dis, Doc', t'as ton Doc'? ", initiée par le CFAR, portée par sa commission santé au travail (SMART), est à la portée de tous avec sa traduction en 23 langues. Chacun peut aussi customiser les visuels mis à disposition et soutenir cette campagne devenue internationale* !

Pour en savoir plus 

* La campagne est maintenant reprise par la World Federation of Societies of Anesthesiology, soit 135 pays membres. Sa diffusion se fait au-delà des seuls anesthésistes. Soutenue par le ministère, elle pourrait être présentée au prochain conseil des ministres européens de la santé à l'automne.

OSAT-APH : ce qu'il faut attendre de ce nouveau service

RICHARD TORRIELLI

Si nous sommes attachés à l'exercice syndical, droit statutaire qui exige des moyens, nous le sommes tout autant à la manifestation de son utilité. Un Observatoire de la Souffrance au Travail (OSAT) des praticiens hospitaliers (PH) avait été mis en place fin 2009 par le SNPHAR-E. Un nouveau service prend aujourd'hui le relais, porté par Action Praticiens Hôpital (APH) qui unit deux Intersyndicales (IS), Avenir Hospitalier (AH) et Confédération des Praticiens des Hôpitaux (CPH) regroupant en tout 14 syndicats et organisations. Ce service vous est ici explicité. Il est rendu possible par vos adhésions de soutien à un travail syndical qu'il nous paraît nécessaire de développer.

CE QU'IL FAUT EN ATTENDRE

En premier lieu, une plus large diffusion de ce service d'aide syndicale et de son impact. Tant auprès des collègues que des Pouvoirs Publics, puisque sa promotion et sa diffusion sont aujourd'hui portées par les organisations syndicales constitutives des deux IS et APH et non plus par le seul SNPHAR-E, pionnier dans ce domaine. Depuis janvier 2010, la multitude de témoignages recueillis par le SNPHAR-E (environ 200 déclarations) a permis de faire remonter des situations parfois très critiques et d'apporter un traitement syndical plus adapté, plus précoce, grâce à une expertise partagée dans le groupe des « observateurs bénévoles » en charge du service. Il faut s'attendre à ce que nous soyons maintenant plus souvent sollicités, d'autant plus que des réformes structurelles et organisationnelles, la démographie, des modifications statutaires ou de gouvernance, impacteront nécessairement la vie des praticiens hospitaliers...

Les déclarations individuelles, spontanées, confidentielles, mais non anonymes, que nous recueillerons permettront d'assigner à l'OSAT-APH des objectifs qui resteront

conformes à ceux qui ont présidé à la création de l'OSAT. Ils se situent à deux niveaux :

● un niveau collectif

Il s'agit de mieux cibler l'action syndicale en établissant, d'une part, une typologie de la souffrance au travail des praticiens hospitaliers et ses causes et, d'autre part, en dressant une cartographie régionale et nationale de situations que l'on peut qualifier d'indésirables et d'évitables. Le recensement et l'analyse de situations ou de zones conflictuelles, à risque individuel ou collectif, en CH, GHT devient ainsi possible. De même pour la reconnaissance de situations paradigmatiques de souffrance et/ou de harcèlement.

Ces données constituent un moyen supplémentaire pour nos organisations syndicales **pour communiquer en interne et en externe** et appuyer auprès des tutelles (ARS, CNG, DGOS, Cabinets ministériels) et autres pouvoirs publics, les initiatives à prendre pour traiter globalement les cas de souffrance avérée et documentée.

● un niveau individuel :

Chacun qui se sent en souffrance peut déclarer s'il le souhaite à partir d'un questionnaire en ligne, très complet. Les données sont cryptées. Le déclarant alimente ainsi la connaissance du milieu par les syndicats. En s'appuyant sur le document PDF qui est retourné confidentiellement depuis le site, vers le déclarant et les « observateurs », une réponse rapide et individualisée peut être donnée. Mais, et on peut le comprendre, un soutien personnalisé avec suivi n'est prodiguée qu'au déclarant à jour de sa cotisation, ce qui est normal. Nous sommes ainsi en mesure d'apporter une réponse syndicale plus efficace à un besoin bien identifié et de servir de relai pour orienter vers des compétences adaptées à chaque cas.

Chacun a ainsi la possibilité de s'exprimer et de contribuer par son témoignage singulier à une meilleure connaissance du monde du travail hospitalier. Une écoute adaptée permet souvent à l'appelant en souffrance de formuler lui-même les pistes envisageables pour la résolution de sa souffrance. Les déclarants ont souvent une idée précise des moyens de réduire la tension mais n'y parviennent pas seuls. L'équipe OSAT-APH qui assure le service aux déclarants peut les accompagner en bonne connaissance de cause.

UN PREMIER BILAN DE L'OSAT EST D'ORES ET DÉJÀ POSSIBLE.

● Sur le profil des déclarants :

Toutes les spécialités sont concernées. Il s'agit essentiellement de PH à temps plein. Les déclarations sont issues à 62 % des Centres Hospitaliers non universitaires, contre 38% aux CHU. Le ratio hommes/femmes est de 40/60. L'âge moyen des personnes ayant déclaré une souffrance au travail est de 50,4 ans. La cotation moyenne de la souffrance s'élève à 8 sur une échelle verbale de 10.

Les termes déclarés qui illustrent le plus fréquemment les déclarations sont : mépris, dévalorisation, déconsidération, placard et isolement, menaces, injures. Le harcèlement est déclaré dans 67% des cas, que ce soit par des collègues, des chefs de service ou de pôle, des membres de direction hospitalière, voire du personnel non médical.

Des symptômes physiques (digestifs, cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques) accompagnent la souffrance dans 28 % des déclarations.

Un arrêt de travail supérieur à deux semaines est présent dans 24% des cas. On note un recours déclaré aux antidépresseurs dans 18% des cas.

OSAT



Observatoire de la Souffrance Au Travail

Enfin, deux tentatives de suicide ont été signalées par deux déclarants, tandis que 19% d'entre eux ont eu des idées suicidaires.

La honte et la crainte de faire des erreurs professionnelles sont très souvent présentes.

● Sur les causes de souffrances les plus souvent exprimées :

La surcharge de travail (plus de 60 heures par semaine) est fréquente mais pas systématique, la surcharge émotionnelle, la désorganisation du service, le dialogue impossible avec la hiérarchie, la direction, et une absence de reconnaissance des investissements consentis sont les causes les plus souvent avancées. Parfois, les conflits enkystés entre collègues sans que la hiérarchie ait été en capacité ou en compétence pour les résoudre.

Très souvent, l'arbitraire des attitudes et la menace de décisions autoritaires sont pointés, pour des mutations par exemple. L'écoute attentive permet aussi de rencontrer des PH qui se sont enfermés eux-mêmes dans des logiques de conflits. Les observateurs ont ici un rôle de démiurge pour ramener à l'essentiel et parfois, conseiller une mutation comme seule solution possible.

Il faut répéter encore et encore ce constat

de l'OSAT : 90 % des causes de la souffrance déclarée ont pour point commun des conflits avec la hiérarchie, médicale ou administrative : abus d'autorité, dialogue impossible, isolement. Souvent, des arrangements individuels pour des activités non conformes à la réglementation préexistent au conflit. La personne en souffrance est souvent une victime de réorganisations locales pour lesquelles elle n'a pas eu voix au chapitre ou pas su faire valoir collectivement un propos qui, partagé aurait pu être plus efficace...

CE QUI DOIT ADVENIR.

Hormis leur dimension humaine délétère inacceptable dans le milieu du travail, les conséquences socio économiques de la non prise en compte de la souffrance au travail sont évidentes, ne serait-ce que par la fréquence des prises en charge médicales et des arrêts de travail prolongés qu'elle entraîne. Les répercussions sur les coûts sociaux et la désorganisation des services de soins sont à présent bien connues. La souffrance professionnelle doit être traitée, y-compris syndicalement.

Toutes les situations de désorganisation, d'où qu'elles viennent, visant à grappiller ici et là quelques dérisoires économies pour souscrire à un hypothétique retour à l'équilibre financier, exercées sur le dos des PH, pourront être portées à la connaissance des « observateurs » par

le biais de l'OSAT-APH dès qu'elles entraîneront une souffrance professionnelle ingérable par le praticien.

APH peut aujourd'hui se prévaloir d'un outil générant des données argumentées en provenance du terrain. Les organisations syndicales pourront alors exiger des réformes allant vraiment dans le sens d'un environnement du travail hospitalier qui ne soit pas hostile aux PH et à tous les autres acteurs médicaux et paramédicaux. L'institution hospitalière n'échappera pas au besoin d'une écoute et d'un dialogue social responsables tant au niveau local, territorial, régional que national. En ce sens, l'outil OSAT-APH est un marqueur d'une évolution inéluctable. ●

Attention !

L'OSAT-APH n'est pas un numéro d'appel H 24 ou une centrale d'appels, ou même un site où trouver une documentation comme celui proposé par SMART sur www.cfar.org. Il faut éviter une confusion avec d'autres structures qui ne sont pas des services d'aide syndicale *stricto sensu* (par exemple SMART/ CFAR, SPS, AAPML, ASRA, etc.).

L'OSAT-APH n'est pas non plus une cellule d'écoute téléphonique permanente et/ou de soutien psychologique à l'image de celle promue par SPS <http://www.asso-sps.fr/> qui a pour objectif d'organiser une prise en charge thérapeutique en aval des appels avec le soutien de structures d'hospitalisation.

OSAT-APH, en accord avec le déclarant, apporte un soutien « syndical » par l'analyse des situations de souffrance professionnelle et apporte une aide à sa résolution grâce à l'expertise des « observateurs » ou à celle de structures relais vers lesquelles le déclarant pourra être orienté (Président de CME, avocat, Conseil de l'Ordre, médecin du travail, médecin traitant avec conseil de s'arrêter, etc.).

PENSEZ À SUIVRE L'ACTUALITÉ SUR LE SITE D'AVENIR HOSPITALIER

<http://www.avenir-hospitalier.fr>

« Architecture Hospitalière : un monde complexe et passionnant » - L'interview de Gérald Berry »

SAVERIA SARGENTINI, JOURNALISTE

La rénovation du parc hospitalier français a connu un boom depuis 15 ans sous l'impulsion des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 qui ont permis son financement à hauteur de 50% par l'Etat. Avenir Hospitalier a voulu en savoir plus sur les acteurs de cette rénovation. Qu'est-ce qui les motive ? Comment travaillent-ils ? Gérald Berry, directeur du Pôle Santé chez Chabanne-architecte a accepté de répondre à nos questions.

Avenir Hospitalier : En quoi le monde de la santé est-il intéressant pour un architecte ? Qu'est-ce qui pousse un architecte à se spécialiser en architecture hospitalière ?

Gérald Berry : Le monde de la santé est intéressant car de forte complexité, tant sur le plan technique que fonctionnel. De plus, en architecture, le monde de la santé a une utilité sociale, c'est un équipement qui est indispensable pour les collectivités. Enfin, au niveau de la ville, de l'urbain, les projets hospitaliers sont souvent des projets importants en termes d'image, de taille. Ce sont des marqueurs urbains qui imprègnent de leur présence, les villes et les centres villes. D'ailleurs, les GHT participent au développement des territoires péri urbains.

C'est la complexité qui nous pousse encore une fois... les projets sont de véritables challenges. Ce sont souvent des grands puzzles en 3D, où sont mixés différentes spécialités, avec des intervenants très différents contrairement à d'autres projets de bâtiments publics ou une seule activité est concentrée. Les programmes sont très divers aussi. On peut travailler sur des bâtiments d'hospitalisation purs, des bâtiments de plateaux techniques, d'urgences, des maternités, de cancérologie... Les programmes santé ont différentes facettes et de ce fait sont passionnants.

AH : Avez-vous noté des évolutions notables dans les cahiers des charges ces dernières années : pour les patients et les professionnels ?

Gérald Berry : Je m'occupe de projets hospitaliers depuis une quinzaine d'années et on note un développement de l'ambulatoire. On sent qu'il y a une volonté de réduire le temps de séjour pour essayer de faire des actes à la journée. Ce qui frappe le plus aujourd'hui c'est le développement des hôpitaux de jour en lien direct avec les blocs opératoires, pour que le parcours du patient soit rapide entre l'accueil, l'opération et le retour à la ville, et également la mutualisation des services, la flexibilité au niveau du nombre de lits.

Les hôpitaux sont des marqueurs urbains qui imprègnent de leur présence les villes et leur périphérie

AH : En fait, on sait que les échanges interpersonnels (espaces temps et espaces lieux) se sont trouvés réduits depuis une quinzaine d'années. C'est certainement l'une des causes majeures de souffrance professionnelle constatée aujourd'hui. La réduction des espaces d'échanges entre professionnels pourrait en partie l'expliquer : quelles marges de manoeuvre pour vous, architectes ?

Gérald Berry : Nous travaillons essentiellement sur des marchés publics, donc sur des hôpitaux publics et nous répondons à des programmes où les espaces nous sont imposés. On sent très bien qu'il y a une diminution des espaces de réunion, de détente dans les différents services. Nous savons que les professionnels de santé ont des métiers compliqués, qu'ils font beaucoup d'heures dans un milieu de souffrances et que leurs conditions de travail sont difficiles.

Nous essayons d'optimiser au mieux les espaces afin d'aménager un bout de terrasse par exemple, pour permettre au personnel de prendre une pause. Nous essayons d'imaginer des salles de réunion pour discuter en petit groupe à propos de la vie de l'hôpital, des patients, des problèmes personnels. Il est très important d'échanger au sein d'une structure hospitalière. Les personnels travaillent en horaires décalés, il y a beaucoup de *turn-over* dans les hôpitaux donc eux, encore plus que les autres, ont besoin de pouvoir communiquer. Nous faisons également très attention à l'accès à la lumière naturelle.

AH : Justement, la problématique de l'accès visuel à l'extérieur, pour les patients comme pour les soignants, voire même simplement à la lumière du jour, ne semble pas être la priorité des conceptions architecturales hospitalières...

Gérald Berry : Nous faisons en sorte d'amener la lumière dans l'ensemble des espaces au-delà même de la réglementation du travail qui l'impose, car c'est un véritable plus pour les personnels. La lumière naturelle pour l'ensemble des postes de travail est déjà imposée ce qui est normal mais nous cherchons toujours les meilleures orientations, pour éclairer les espaces de circulations et les paliers d'arrivées aux étages par exemple. Arriver dans un espace noir ce n'est vraiment pas agréable.

Il y a beaucoup de contraintes, des surfaces à tenir, des budgets et des ratios... mais nous savons que les programmistes eux aussi font face à ces limites. La lumière du jour est évidemment importante, pour les personnels, pour la circulation qui structure le bâtiment et également pour les patients.

Pour les gros projets hospitaliers, les positionnements doivent être stratégiques. Il est très important de faire en sorte que les personnels et patients/résidents gardent le contact. Il est primordial que le patient soit rassuré par la présence des personnels, et donc que tout soit mis en œuvre pour qu'il y ait toujours une proximité des lieux et des personnes.

Pour surveiller les résidents dans les EPHAD,

Les hospitaliers doivent être au cœur du projet de l'hôpital car ce sont eux qui y vivront pendant 30, 40 ans !

la proximité visuelle entre les espaces est essentielle. Les personnels doivent être à des endroits stratégiques, les entrées et sorties par exemple. La centralité de certains espaces des ensembles de soins, des espaces dits « de jour », parcourus à la fois par les personnels et les patients ou résidents est également très importante.

AH : Quelle place les hospitaliers devraient-ils prendre selon vous dans la conception

d'un hôpital ? Après tout, ce sont eux qui vont y passer le plus de temps ?

Gérald Berry : Ils doivent être au cœur du projet ! Nous concevons des projets mais ce sont eux qui vivent dedans pendant 30-40 ans, ils y passent leurs nuits, leurs journées et nous en sommes bien conscients... D'ailleurs actuellement les projets sont mis au point avec les services hospitaliers. Lorsqu'un centre hospitalier lance un concours pour un nouvel hôpital, il établit un cahier des charges avec des professionnels qu'on appelle des programmateurs qui eux, font un schéma directeur avec les cadres de soins et la direction de l'hôpital et montent un programme. Les professionnels hospitaliers sont donc très présents dans l'élaboration du programme qui peut durer jusqu'à deux ans. Ensuite lorsque le concours d'ar-



chitecture est lancé, les cadres hospitaliers font partie du jury. Ils ont donc clairement leur mot à dire !

L'élaboration des projets se fait sous procédure de dialogue. Ils peuvent faire part de leurs remarques, de leurs attentes, et nous continuons avec eux sur la progression avec des simulations informatiques, des chambres témoins. Nous faisons du sur mesure avec eux. ●

Retour d'expérience d'un administrateur d'Avenir Hospitalier candidat aux législatives de juin 2017

Raphaël Briot (MCU-PH de médecine d'urgence et administrateur d'Avenir Hospitalier) a été candidat (France Insoumise) aux élections législatives de juin 2017. Il a été battu (au 2^{ème} tour) par une candidate de « En Marche » .

Comment vit-on une campagne électorale en tant que médecin syndiqué ?

L'activité syndicale nous cantonne plus ou moins dans une « neutralité politique ». Cette neutralité est nécessaire pour que l'essentiel du travail syndical que l'on fait pour nos mandants et avec nos collègues administrateurs du syndicat ne soit pas vu comme de l'entrisme pour tel ou tel parti. La majorité des actions syndicales visant à défendre les membres d'un corps professionnel (leurs salaires, leurs conditions de travail, leur retraite) ainsi que la qualité des soins pour nos patients, ne nécessitent pas forcément une unité de vue politique. Néanmoins, cet « égoïsme » professionnel et le consensus (nécessaire) avec les collègues sur les principales revendications et modalités d'action sont quelque part source de frustration si l'on est par ailleurs porteur d'opinion sur les modalités de mise en œuvre de ces revendications, si l'on souhaite des changements dans les priorités budgétaires et dans la vie démocratique du pays. Cet engagement-là dépasse

l'action syndicale puisqu'il a volonté à transformer le pays.

Historiquement le mélange des genres entre syndicat et parti politique (par ex CGT et PCF), n'est pas bien vu, en tous cas chez un même individu. Il faut donc accepter de « franchir le pas » au risque d'être désormais trop marqué par les collègues de travail, les camarades du syndicat.

Ma décision d'être candidat n'a pas surpris mon entourage tant mes prises de positions ont toujours été proches de la « gauche radicale ».

La campagne en elle-même a été un moment extraordinaire ! Un temps suspendu... J'ai rencontré des gens merveilleux : les militants politiques bien sûr mais aussi les responsables d'associations ou tout simplement les gens qui viennent spontanément vous rencontrer.

Quels sont les retours de vos électeurs ?

La circonscription sur laquelle je me présentais (3^{ème} circonscription de l'Isère) était tenue historiquement par un « baron » du PS qui se présentait pour la 7^{ème} fois. Depuis 30 ans il avait voté toutes ces lois qui ont petit à petit réduit les acquis sociaux sur les retraites, la loi Macron sur le travail le dimanche, la loi El Komri sur les heures supplémentaires etc ... L'avoir battu dès le premier tour et se retrouver en tête des candidats de la gauche pour le second tour sur notre circonscription a été un succès un peu inattendu et très gal-

vanisant. On se sent porteur des espoirs de tous les habitants. Beaucoup de gens sont venus donner un coup de main entre les deux tours pour les distributions de tracts, les collages d'affiches. Malheureusement, la lassitude électorale, l'abstention (plus de 50 %) et le rouleau compresseur de la machine électorale « En Marche » nous ont fait échouer au 2^{ème} tour.

Qu'est-ce que cela vous a apporté en termes d'expérience (vie syndicale, professionnelle, etc...) ?

C'est une expérience citoyenne extraordinaire que chacun devrait tenter au moins une fois dans sa vie. Être syndicaliste est plutôt un avantage car les combats syndicaux nous ont rendu pertinents sur bien des sujets, notamment dans la connaissance des processus législatifs. L'habitude de parler en public, de débattre avec des adversaires (pas toujours de bonne foi !) sont aussi des atouts pour un syndicaliste dans ce type d'aventure. D'autres citoyens investis dans la vie associative ont aussi des choses à dire et des projets à porter. C'est en utilisant les forces vives de la société, en limitant les mandats d'élus, en réformant la constitution, que l'on se débarassera des « politicards » professionnels et que nos concitoyens reprendront le goût du débat public et l'envie de participer à la vie politique (au sens noble) de notre pays.

Les journées formation Action Praticiens Hopital (APH) du 12 au 14 juin 2017

Les clés de l'exercice des PH à l'hôpital public sont l'autonomie et l'indépendance professionnelle, face aux pressions politiques, sociétales, économiques, institutionnelles, qu'ils subissent. Il s'agissait lors de ces journées, d'examiner comment il est possible d'exercer son métier et sous quel statut.

Autonomie médicale : pourquoi et comment la défendre ?

(D'après les propos de Frédéric Pierru)

La définition précise de l'autonomie professionnelle et le degré effectif d'autonomie des médecins demeurent encore l'objet de débats intenses. Ce sont les professions « hyperpuissantes » qui défendent toujours l'autonomie professionnelle, alors que celle-ci est de plus en plus attaquée. Il est donc nécessaire de décortiquer les enjeux sous-jacents, afin de ne pas défendre cette autonomie de manière corporatiste. Le contenu du travail n'est pas suffisamment pris en compte, alors que c'est de là qu'il conviendrait de repartir. L'autonomie professionnelle est nécessaire à la qualité des soins, mais il s'agit de trouver le bon chemin de crête.

De la célébration à la contestation de la forme professionnelle

Historiquement les professions médicales se sont définies autour de 3 axes :

- le monopole d'une activité (marché de travail fermé),
- l'autonomie (relation entre dimension clinique et socio-économique)
- l'autorégulation.

Cela a permis l'émergence de valeurs telles que l'altruisme, le dévouement et l'excellence morale. Toutefois, des biais ont émergé tels que variations de pratiques, apparition d'intérêts économiques, conflits de chapelles, faiblesse de l'auto-régulation. De ce fait, les attaques sous l'angle du corporatisme ne se sont pas faites attendre...

Ainsi, depuis la célébration de la forme professionnelle, l'évolution s'est faite vers

sa contestation, et la critique politique et gestionnaire de ses privilèges. Des discours de déprofessionnalisation apparaissent.

Les professions, et donc l'autonomie professionnelle, associent 3 dimensions :

- socio-économique : liberté du mode d'exercice et de la spécialité, contrôle de la rémunération et du revenu, contrôle de la nature et du volume des activités, et contrôle du cadre d'exercice (libéral, contractuel, salariat...).
- clinique (contrôle de son travail) : liberté d'accepter ou non des patients, autonomie sur les décisions diagnostiques et thérapeutiques, contrôle sur les autres soignants.
- d'autonomie individuelle et d'autonomie collective : l'autonomie que perdent certains professionnels, d'autres peuvent la gagner, laissant intacte l'autonomie de la profession. Il en va ainsi des mouvements de « collectivisation » des décisions médicales (RCP en cancéro) ou de la montée en puissance des élites scientifiques *via* les agences,

La prophétie ancienne de déprofessionnalisation et de prolétarianisation de la médecine se voit mise en musique progressivement, du fait de la croissance des coûts et de la montée en puissance du pouvoir des payeurs, de la rationalisation et de l'industrialisation des soins par les gestionnaires. Comment ? Par l'intégration des médecins à de grandes organisations bureaucratiques, *via* la technicisation et à la spécialisation qui fragmentent et affaiblissent le corps professionnel.

La pléthore médicale, l'émancipation des patients et la perte de confiance du public conduisent à la banalisation de la médecine qui est devenue un bien de consommation.

peuplées de médecins qui établissent les règles pour les autres médecins, donc l'autonomisation d'une élite scientifique.

Apparaît également une élite gestionnaire *via* les pôles, établissant une interface avec les autres médecins, qui filtre et retraduit pour les autres médecins les injonctions extérieures. Mais ces « élites » médicales restent au sein de standards définis par la profession, il s'agit donc de transferts d'autonomie au sein de la profession.

Les professionnels du soin vulnérables face à la logique réformatrice

Sans « alliés » au sein du champ médical, la rationalisation gestionnaire aurait du mal à se déployer à l'hôpital. Les réformateurs se jouent des divisions internes au monde médical qui s'approfondissent avec la croissance démographique de la profession, la diversification du recrutement social et « genré », l'hétérogénéité grandissante des modes d'exercice, des statuts et des revenus, etc.

En 2010, dans son enquête, Nicolas Belorgey l'a bien montré. Il distingue sociologiquement 2 types de rapports aux réformes:

- les *established* qui résistent aux réformes : forte ancienneté, reconnaissance au sein de l'équipe et par la hiérarchie, fort capital professionnel, engagements politiques syndicaux et/ou politiques, etc
- les *outsiders* qui y sont plus sensibles : trajectoires sociales plus heurtées (origine étrangère), moindre ancienneté dans le public, moindres capital et intégration professionnels, précarité... Autrement dit, le champ médical réfracte

selon sa logique propre, sa hiérarchie et ses divisions internes, la rationalité gestionnaire.

Après ces explications sur la position de la hiérarchie sociale, on peut envisager une hypothèse complémentaire : **les affinités électives entre certaines spécialités, et la logique industrielle-managériale.**

La notion d'« affinités électives » permet de mettre en évidence que certaines pratiques ou spécialités médicales, très médicalisées, se trouvent « élues » par l'esprit gestionnaire, tandis que d'autres sont « déphasées » et « entravées » par les réformes.

André Grimaldi en distinguant les 3 types de prise en charge (les maladies bénignes, celles nécessitant des soins techniques hautement spécialisés et les maladies chroniques) distingue ainsi 3 types de médecine qui ne sont pas valorisées de la même manière.

La médecine, une profession à pratique prudentielle

En reprenant ce concept de pratique prudentielle adaptée à la médecine, on distingue ainsi plusieurs types de spécialités de degrés inégaux. La pratique prudentielle est liée à la singularité des cas auxquels les médecins sont confrontés, ce qui renvoie à la singularité du matériau humain sur lequel le travail porte ; à la complexité des situations sur lesquelles les professionnels travaillent (dimensions cliniques, techniques, sociales, économiques, éthiques...) et les valeurs à hiérarchiser, à intégrer dans la décision. Singularité et complexité sont des sources d'incertitudes. Par conséquent, une part du travail professionnel (la plus autonome) ne consiste pas à appliquer mécaniquement un savoir scientifique : « *face à des problèmes singuliers et complexes, les professionnels prennent des décisions qui comportent une part de délibération*



et même de pari : le travail professionnel est conjectural, parce qu'il porte sur une réalité qui échappe inévitablement à toute maîtrise systématique. » (Champy, 2009:84-85).

Le savoir professionnel est un mode de connaissance qui est en partie non scientifique, qui suppose la délibération et qui comporte une part de contingence, résistante aux formes de contrôle et de standardisation gestionnaires.

Revaloriser le caractère prudentiel de la pratique médicale, c'est revaloriser son autonomie

C'est dire que « *Le médecin est à la fois un scientifique, un artisan et un artiste* ». Les conflits autour des réformes ne sont pas réductibles à un jeu de pouvoir à somme nulle entre médecins et gestionnaires. La quantification excessive de la pratique (abus des indicateurs), la normalisation excessive de la pratique (application mécanique des protocoles et des « recommandations de bonne pratique »), les impératifs de productivité comme entrave à la prudence (la réflexion et la délibération, donc le temps, sont indispensables), la fragmentation excessive des prises en charge médicales et l'affaiblissement de la collégialité et des

modes de coordination informels des différents professionnels (collectif soignant), sont autant d'entraves à une pratique prudentielle, à l'autonomie de la profession médicale, et sont susceptibles de dégrader la qualité des soins.

Il faut donc défendre la prudence plus que l'autonomie qui recouvre des termes trop confus et dévoyés, et pour la défendre il existe plusieurs répertoires : le répertoire professionnel classique, éthique, politique, et intellectuel. ●

Les journées APH ... : PH : le choix historique d'un statut spécifique plutôt que fonctionnaire

RICHARD TORRIELLI

1984 est une date charnière dans l'histoire du syndicalisme médical et dans la vie des médecins hospitaliers. Sous l'impulsion majeure des anesthésistes réanimateurs et de leur organisation syndicale, sort le 24 février le décret 84-131 portant statut des praticiens hospitaliers. Dans la foulée est créé le SNPHAR, héritier direct du syndicat, qui, sous différentes appellations successives, avait lutté pour son obten-

● Avant 1984...

Jadis l'anesthésiste fut apatride, il squattait les lieux de soins, muni d'un permis-de-travail-statut provisoire. Son état d'être-humain-médecin comme les autres n'était pas connu-reconnu de tous. Collègues méprisants, public ignorant, administration négligente. Et pourtant les tâches ingrates auxquelles il se livrait s'avéraient non seulement nécessaires, mais souvent vitales. Bien sûr, nous parlons d'un temps révolu que seuls les papi-boomers comme moi ont pu connaître.

Cet état de fait ne pouvait que susciter révolte et mobilisation.

À l'origine, une organisation syndicale naît en 1970. Elle prendra, au fil des aléas législatifs, différentes appellations et aura pour objectif prioritaire, l'élaboration d'un statut hospitalier permanent pour l'ensemble des disciplines et des hôpitaux. Ce programme se développera et s'enrichira en fonction de la réflexion collégiale, des circonstances, de l'évolution médicale et de l'organisation hospitalière. Mais il restera sous tendu par les objectifs fondamentaux de défense de la discipline et de son attractivité, de protection de la dignité des praticiens et de qualité des soins.

En 1984, **un statut commun à tous les PH**, dote la spécialité de ses lettres de noblesse et établit à la fois l'égalité entre tous les médecins et toutes les spécialités, et l'identité de chacun.

● Pouvait-on faire autrement ?

Avait-on le choix entre statut et « fonction publique »? Le choix statutaire fut une **nécessité structurelle ET conjoncturelle**. Depuis des années, le Cadre Hospitalier Temporaire, réservé

aux anesthésistes réanimateurs et aux hémobiologistes, était déjà un statut, mais provisoire, et qui était spécifique aux CHU. À côté d'eux, les « bi-appartenant », dépendant de la fonction publique hospitalière et recevant ainsi salaire au titre de l'enseignement supérieur, percevaient des « indemnités » pour leur activité clinique à l'hôpital. La seule organisation favorable à l'assimilation de tous les médecins des CHU à la position de bi-appartenant était le SNESUP (Syndicat national de l'enseignement supérieur), très marqué politiquement, et peu représenté dans le secteur santé. L'ensemble des bi-appartenant était opposé à cette solution.

Enfin, les médecins des hôpitaux dits « généraux », bénéficiaient déjà d'un statut spécifique qui, bien que très critiquable, pouvait servir de repère à la création d'un statut des « mono-appartenants ». La solution fut donc d'écrire un statut des mono-appartenants, applicable aux médecins, chirurgiens, biologistes et pharmaciens de TOUS les établissements hospitaliers, CHU et non CHU.

Dans le même temps les bi-appartenant devenaient les PUPH, et une certaine harmonisation régnait...

● Après 1984, le combat continue...

Muni dès 1984 de ce passeport statutaire les anesthésistes réanimateurs ont pu marquer clairement les frontières de leur territoire traditionnel et partir à la conquête de nouveaux espaces.

Procédant à la fois pied à pied pour la défense de ses mandants, et explorant toutes les directions offertes à l'action au sein des hôpitaux publics et de la santé en général, le SNPHAR est devenu une force de réflexion, de proposition et d'action incontournable. Son action fut parfois en phase et en accord avec celle d'autres organisations, parfois isolée au sein d'une intersyndicale qu'il devait quitter pour fonder AH.

● **1994** : sortie du décret « sécurité » qui oblige à des normes en consultations, équipements et salles de réveils en anesthésie réanimation. Le repos de sécurité : concept inventé par le SNPHAR pour préserver la qualité des soins de l'incidence des fatigues de la garde.

La fonction de garde, revendication historique des PH : négociations rudes et obstinées sur plus de 20 ans et soutenues par des mouvements de grève pour l'intégration de la garde et des déplacements en astreinte dans le temps de travail.

● **2000** : prime d'engagement de service public exclusif compensant le défaut d'activité privée hospitalière, prime et contrat pour postes difficiles à pourvoir, prime multi-établissements, revalorisation du 1er échelon niveau 4 et carrière linéaire sur 24 ans en 13 échelons sans quotas.

● **2001** : la loi sur les 35 heures hebdomadaires appliquée dans les hôpitaux conduit à des négociations longues et laborieuses sur l'ARTT, le CET, le TTA, les RTT, la DE des 48 h hebdomadaires.

● **2009** : L'élargissement du SNPHAR, sa transformation en SNPHAR élargi (SNPHARe) a obéi à une logique : assumer la ligne de conduite constante, aujourd'hui partagée par APH, à savoir défendre sans distinction l'ensemble des PH et l'Hôpital Public, et continuer à faire profiter tous et chacun, toutes spécialités et statuts confondus, des avancées statutaires, réglementaires, législatives, et de protection sociale

● **En 2017**: Le statut de PH de 1984 reste un socle sur lequel s'appuient les réflexions, propositions et actions de chacun de nous. Mais il est affaibli au fil des nécessités conjoncturelles et des idéologies au pouvoir, par la création d'autres statuts, comme celui des cliniciens hospitaliers, et par les positions managériales parfois inadaptées de certaines directions hospitalières sous la pression d'impératifs financiers et productivistes qui favorise la précarité et l'absence d'attractivité. Le statut est critiqué d'un côté pour sa rigidité, son obsolescence, son inadaptation aux nécessités de l'époque, d'un autre pour les privilèges qu'il confère. Il reste un repère pour son éventuelle refonte, ou son remplacement par une structure encore indéfinie. ●

Témoignage : le statut PH pour les médecins du travail, une urgence ?

HÉLÈNE BERINGUIER, PRÉSIDENTE DE L'ANMTEPH

La médecine du travail hospitalière est la plus ancienne des médecines du travail dans la fonction publique, elle est apparue en 1960. En 2002, sous l'impulsion d'une directive européenne, les services de santé au travail sont nés. L'évolution se poursuit... vers une reconnaissance statutaire ?

Qui ? Comment ? Combien ?

Il est difficile de connaître le nombre exact de médecins du travail (MW) exerçant dans les hôpitaux. Le dernier recensement établi par la DGOS avait dénombré 540 MW sans indiquer combien travaillaient à temps partiel. Au même moment, l'ANMTEPH comptait 300 adhérents. Aujourd'hui, notre association compte 220 adhérents ; les départs en retraite non remplacés expliquent la baisse régulière de ces dernières années. Les petites annonces médicales témoignent de la pénurie de MW et les établissements sans MW sont de plus en plus nombreux.

Pourquoi un statut de PH ?

Les MW à l'hôpital peuvent avoir trois statuts :

- contractuel de droit public (89 % des MW en 2015)
- PH (depuis quelques années seulement).
- salarié avec un contrat de droit privé d'un service inter-entreprises.

Ils se sont largement prononcés pour un statut de PH (enquête ANMTEPH 2015). Le statut de contractuel de droit public, réservé à l'hôpital à quelques métiers particuliers, présente plusieurs inconvénients :

- Nos services sont souvent intégrés à la direction des ressources humaines et gérés administrativement par le secteur RH comme le personnel non médical.
 - Certains agents craignent que les MW divulguent des informations médicales aux DRH. Même si notre indépendance professionnelle est garantie par le code du travail et le code de déontologie, un statut de PH pourrait éviter des dérapages.
 - Nos droits à la formation sont les mêmes que ceux des fonctionnaires, ils existent en théorie mais sont laissés au bon vouloir des DRH, une autre façon de faire pression.
 - Notre protection sociale, en cas de problème de santé, est plus limitée que celle des PH et des fonctionnaires (par ex., une PH avec un cancer du sein pourra bénéficier de 3 ans de prise en charge avec son salaire maintenu, une médecin du travail ne pourra en bénéficier que d'un).
- Et la liste n'est pas terminée...
- Les MW participent aux réunions de la CME, mais comme invités, et sans droit de vote. Le statut PH les intégrerait mieux dans la communauté médicale, qui a parfois tendance à les considérer comme un personnel administratif. D'ailleurs certains PH traînent des pieds quand nous les convoquons...
 - Dernier point et non des moindres, notre grille de salaire est loin d'être celle des PH : durée d'évolution et rémunération moindres et nous avons souvent tendance à être oubliés dans les revalorisations... même lorsque nous obtenons un rendez-vous à la DGOS.

Des questions sans réponse...

Il arrive que des PH, au cours de leur carrière, souhaitent ou soient obligés de renoncer à leur exercice, les formations en MW dans le cadre d'une reconversion existent mais comment être nommé si le poste de PH en MW n'existe pas ? Pourquoi autant de réticences de la DGOS, qui pourtant répète à loisir que les médecins du travail sont indispensables à l'hôpital ? Ce n'est pas une question financière car nous sommes peu nombreux (actuellement peut-être 400 et pas tous à temps plein versus 40 000 PH) ; peut-être la crainte des chefs d'établissement de perdre un certain contrôle sur les services de santé au travail ; ou simplement de la négligence d'autant que les MW ne manifestent pas à grand bruit leur mécontentement ?

La « révolution » va-t-elle se mettre en marche ?

Notre président de la République met en avant la prévention. Nous avons eu une réponse prometteuse de son équipe de campagne. Le métier de MW hospitalier allie les prises en charge médicales individuelles, en particulier vis-à-vis des personnes ayant un handicap, la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail. C'est un métier difficile et nous devons convaincre pour que nos propositions soient prises en compte. La prévention n'a pas encore en France l'aura qu'elle mérite, mais quel métier enrichissant et passionnant ! Mais si nous ne voulons pas que les MW hospitaliers disparaissent, il est temps d'en faire une espèce protégée... par une reconnaissance statutaire. ●

Avenir Hospitalier et ANMTEPH en phase...

Nos collègues médecins du travail des hôpitaux publics affirment et justifient leur souhait d'accéder enfin au statut de praticien hospitalier. Dans ce numéro, nous accueillons Hélène BERINGUIER, Présidente de l'ANMTEPH. Les témoignages que nous avons recueillis sont explicites. Alors que l'on constate une désaffection des collègues pour le statut de PH, il est important d'écouter ceux qui souhaitent ardemment intégrer ce corps professionnel.

C'est pourquoi, en raison de l'importance de leur rôle à l'hôpital public pour la prévention et la santé au travail, nous avons proposé d'établir des relations de soutien mutuel avec nos collègues Médecins du Travail.

Le 21 septembre, à l'occasion de leur journée nationale, ils ont accepté de nous rejoindre. C'est à titre d'organisation associée que nous nous réjouissons de les accueillir puisque leur statut d'association ne leur permet pas d'intégrer AH, ès-qualité syndicale.

Un espace d'expression libre leur sera offert dans la revue et sur notre site web jusqu'à ce qu'ils obtiennent d'être recrutés sous statut de PH par les directions hospitalières.

Nous nous engageons à soutenir leur démarche de reconnaissance auprès des pouvoirs publics. Nous avons ainsi porté et explicité leur demande lors de notre rendez-vous avec Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, le 15 septembre dernier.

L'ANMTEPH ayant fait le choix de nous rejoindre à titre associé, une Assemblée Générale extraordinaire modifiera nos statuts pour acter leur pleine intégration au sein d'Avenir Hospitalier.

Ce rapprochement démontrera rapidement son utilité et son efficacité pour la santé au travail dans les hôpitaux publics en France.

Max-André Doppia, Président d'AH

Témoignages de deux médecins du travail

Témoignage d'un médecin du travail à temps plein depuis 1979, dans un CHRU (Anonyme).

Lors de mon embauche, le poste de médecin du travail n'étant pas créé, j'ai été placée sur un poste d'assistant transitoirement. Par la suite, et ce depuis 40 ans, mon salaire a évolué selon la grille de contractuel de droit public. Cependant, il est bloqué depuis plus de dix ans.

Lors de ma demande de passage à un statut de PH, l'administration ne m'y a pas encouragé en stipulant qu'après vingt ans d'ancienneté, je rétrograderai au premier échelon de PH. Dans d'autres établissements, mes consœurs ont pu négocier leur reprise d'ancienneté. Ainsi la seule DRH est maître à bord !

Ma position de contractuelle n'est pas mal perçue par mes confrères médecins d'autres spécialités, même si elle est jugée injuste, car tous les praticiens temps plein, voire les pharmaciens, sont embauchés en tant que PH.

L'administration vient de finir par comprendre que la seule possibilité d'amener de jeunes internes à occuper un poste de médecin du travail, est liée à la seule perspective d'être PH. Nous avons ainsi recruté quatre jeunes médecins, ce qui prouve que seul ce statut peut avoir une attractivité.

Le seul avantage du statut de contractuel en fin de carrière est peut-être d'avoir la possibilité de cumul emploi retraite, car le régime général du contractuel est compatible avec cette disposition, ce qui n'est pas à négliger. Je reste persuadée que la reconnaissance du statut de PH du médecin du travail des hôpitaux n'est pas une mesure avantageuse mais une mesure « juste » au sein de la communauté hospitalière et « conforme » au travail effectué.

Témoignage du Docteur Dominique TRIPODI, CHU Nantes

J'ai personnellement bénéficié des deux statuts, d'abord celui de praticien contractuel à temps plein en CDI au sein du Service MTPH en 2001 au sein du CHU de Nantes, puis celui de praticien hospitalier à temps plein toujours au CHU de Nantes.

J'ai postulé au concours en 2000, mais il n'y avait pas de poste de PH financé. Les démarches ont été longues avec la direction des affaires médicales mais ont abouti en 2005. Les avantages conférés par le statut PH ont été nombreux.

- Participation à 80 % à l'activité classique de médecine du travail du personnel hospitalier : consultations, études et analyses ergonomiques des postes de travail, participation aux instances CHSCT puis demande pour participer à la CME, avec l'avis favorable de la Direction Générale et du Président de la CME. Ceci m'a donné l'avantage d'avoir une vision plus claire des projets hospitaliers et conditions de travail en constante évolution.

- Participation à la consultation de Pathologie Professionnelle en accord avec le chef de Service, d'abord en dermatologie professionnelle, puis développement d'une consultation TMS-Lombalgies complexes avec accueil des agents hospitaliers la première année et ensuite ouverture à l'extérieur.

- Participation et développement de l'enseignement en Santé Travail en participant aux cours en PCEM1, à l'enseignement DCEM puis DFASM, DIUST, et DES.

- Valence « recherche » possible avec la préparation et l'obtention d'une thèse en Sciences de la Biologie et de la Santé.

Commissions Régionales Paritaires (CRP) : à quoi peuvent-elles servir ?

RAPHAËL BRIOT

La composition des CRP est définie par l'arrêté du 25 mars 2007. Le « paritarisme » prévoit un nombre équivalent de représentants des praticiens et de représentants de l'administration, soit 12 représentants de l'administration (4 directeurs d'établissements désignés par la FHF, 4 présidents de CME désignés par la FHF, 4 représentants de l'Agence Régionale de Santé désignés par l'ARS), 12 représentants médicaux (10 désignés par les intersyndicales : 2 Avenir Hospitalier, 2 CPH, 2 INPH, 2 CMH, 2 SNAM), 1 représentant des CCA, 1 représentant des internes.

Leurs missions sont uniquement consultatives mais concernent sur des sujets variés comme :

- l'organisation de la permanence et de la continuité des soins ;

- le suivi des emplois médicaux avec un bilan annuel des postes vacants, des restructurations et de leurs incidences sur les praticiens concernés ;
- l'amélioration de l'attractivité des professions médicales dans les hôpitaux ;
- les demandes de dépassement du plafond de CET ;
- le bilan régional du temps de travail additionnel ;
- l'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques relatives à : la santé au travail et à la prévention des risques professionnels, la gestion du temps de travail, au dialogue social, à la qualité de l'exercice médical et à la gestion des personnels médicaux.

La CRP peut avoir une action de conciliation et de prévention des conflits. Par exemple la CRP Auvergne Rhone-Alpes a été saisie à plusieurs reprises pour des missions de concilia-

tion dans des hôpitaux ; son rôle n'étant toutefois que consultatif.

De nombreuses difficultés ralentissent la mise en place et le fonctionnement des CRP. Cette lenteur est en partie due à l'inertie des ARS peu enclines à favoriser l'expression syndicale. L'élargissement récent des régions a aussi perturbé le fonctionnement des CRP existantes car aucun texte n'a pour l'instant précisé le nombre de représentants devant siéger dans ces CRP élargies, ni les règles de désistement des titulaires siégeant initialement dans leurs CRP respectives.

Enfin, la question du financement est cruciale pour que les praticiens aient les moyens (temps médical et frais de déplacement) de s'impliquer au sein de ces CRP élargies.

Raphaël Briot

À propos de CRP qui fonctionnent, en Auvergne Rhône Alpes...

La CRP Rhône Alpes fonctionne, son organisation mérite de s'y pencher. La fusion avec la région d'Auvergne, dont la CRP ne s'était jamais réunie, se passe plutôt bien.

En 2014, la Directrice de l'ARS a réuni la CRP, signant un engagement personnel sur le respect du dialogue social. Dès lors la CRP s'est réunie sur la base de deux fois par an, avec un cadre organisationnel rigide, à l'origine de ce bon fonctionnement : rédaction et validation d'un règlement intérieur, constitution d'un bureau élu, respectant le paritarisme, fer de lance de la CRP, grâce à des réunions fréquentes. Travail en amont, grâce à l'implication du bureau et à l'engagement de l'ARS.

La CRP a balayé les thèmes principaux : organisation de la permanence des soins, bilan des effectifs et de l'intérêt médical sur la région, des équipes médicales de territoire, application de l'arrêté astreintes de 2013, attractivité médicale, GHT.

Deux investissements :

- organisation en 2016 d'un séminaire régional sur le bien-être au travail avec mise en ligne sur le site ARS de toutes les interventions.
- création d'une cellule régionale de conciliation destinée à la prévention ou au règlement de conflits

Les représentants syndicaux sont investis, l'ambiance est au travail, dans l'intérêt général. Nous devons nous saisir des bouleversements via les GHT et leurs conséquences sur le travail des praticiens. Il faut saluer l'engagement permanent et indéfectible de l'ARS, sans laquelle il est difficile de travailler.

Nicole Smolski

... et dans les Pays de la Loire

La commission régionale paritaire (CRP) des Pays de la Loire se réunit régulièrement, 3 à 4 fois par an depuis 2013. Bien que les CRP existent dans la réglementation depuis plus longtemps, il a fallu l'impulsion des organisations syndicales médicales, du ministère de la santé et de certains directeurs d'ARS pour que les CRP se mettent en place. C'est dire, si le dialogue social, en particulier avec le corps médical et ses représentants en est encore à ses balbutiements dans notre pays.

Il est encore trop tôt aujourd'hui pour tirer un bilan de ces CRP et de leur capacité d'action sur les sujets que nous portons, mais il faut reconnaître qu'il y a certainement plus d'avantages à avoir une CRP opérationnelle qu'une CRP qui ne se réunit jamais.

Le premier avantage est d'établir un lien direct entre l'ARS et les organisations syndicales médicales, ce qui permet d'alerter rapidement l'ARS des situations de conflit ou de tension dans les équipes médicales de la région et de trouver, parfois, des solutions avant une dégradation de la situation préjudiciable aux médecins et souvent aux patients.

Nous avons mis en place dans notre région une cellule issue de membres de la CRP qui peut intervenir en cas de conflit afin d'éviter dans la mesure du possible le niveau national, ce qui est rarement une bonne chose pour les praticiens ou pour les établissements. Il est probable aujourd'hui que ces cellules évolueront et devront accompagner les missions régionales de médiation, probables futures déclinaisons de la mission nationale de médiation conduite par Édouard Couty.

Nous avons aussi fait le constat de la grande difficulté que rencontrent les médecins pour se soigner eux-mêmes, en particulier, en cas de maladie grave et encore plus quand cette maladie est d'ordre psychiatrique. Certains confrères craignent de se retrouver en position de fragilité vis-à-vis de leurs confrères ou de leurs patients ce qui peut être préjudiciable à leur exercice ou à la reprise de celui-ci et ne se soignent souvent que très tardivement. La CRP avait donc commencé à ébaucher des solutions, afin de permettre aux médecins de pouvoir s'inscrire dans un parcours de soins hors de leur propre territoire d'exercice. Nous espérons que ce travail se poursuivra avec le nouveau directeur de l'ARS qui devrait être nommé bientôt.

Aujourd'hui, avec la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), il est impératif que le dialogue social avec les organisations syndicales médicales trouve une déclinaison régionale. Nous commençons à voir poindre les ébauches de conflits et il est impensable de croire que ces difficultés se résoudront autrement qu'avec une véritable instance régionale dédiée au dialogue social.

Yves Rébufat

Lumière sur le phénomène *Big Data*

INTERVIEW RÉALISÉE PAR SAVERIA SARGENTINI

Tout le monde en parle, le phénomène grossit mais le concept, son application et sa finalité demeurent toujours un petit peu flous. Avenir Hospitalier tenait à s'entretenir avec Antoine Malone, directeur de projet à la FHF afin d'en savoir plus sur ce qui révolutionnera le quotidien des soignants, leur façon de travailler... ou pas ?

Avenir Hospitalier : Qu'est-ce que le *Big Data* en pratique? Pourriez-vous nous donner des exemples concrets déjà opérationnels dans le domaine de la santé ?

Antoine Malone : En pratique, le terme *Big Data* désigne la combinaison d'une très grande masse de données recueillies de différentes façons. On espère qu'à partir de cette masse de données et, via des algorithmes, on puisse tirer des corrélations qui permettent de mettre en lumière des phénomènes, et surtout leurs causes, afin que l'on puisse les prévoir, et par exemple, déboucher sur des recommandations dans le domaine de la santé. Cela permettrait également des avancées en termes de diagnostics et de pilotage de systèmes de soins. Le *Big Data* repose fondamentalement sur une intuition statistique, c'est à dire qu'il faut un certain nombre de données afin de pouvoir prévoir certains phénomènes, comme les épidémies. Plus on a de données et plus on estime qu'on aura des corrélations robustes, des informations qui s'approchent de la réalité. C'est la masse qui fait la puissance du système. En revanche, il est beaucoup plus compliqué de donner des exemples concrets. Il y a beaucoup de *buzz* autour du terme, on en parle énormément, mais pour le moment il existe très peu de preuves de valeur ajoutée réelle de ces systèmes là. On a entendu récemment qu'on pouvait faire de l'épidémiologie à partir de Google. C'est totalement faux !

AH : Est-ce au même niveau que la révolution informatique en médecine quotidienne ? et quelle ampleur cela prend-il ?

AM : Comme je le disais, il y a beaucoup de *buzz* autour du *Big Data*, ce *buzz* est alimenté par les industriels et les cabinets de conseil. Dans la communauté médicale

réelle, c'est plus mitigé. Les meilleurs systèmes au monde investissent énormément dans les technologies de l'information. Par exemple, Kaiser permanente*, en Californie, consacre 25 % de son investissement aux TIC (Technologies de l'Information et de la Communication). Mais la plupart de ces investissements visent à renforcer la communication et le contact, en particulier avec les patients. *A priori*, cela ne ressemble pas à du *Big Data*. Les clés de la performance des systèmes de santé sont la coordination et la circulation d'informations.

Est-ce que tout ça va révolutionner le monde

La masse de données du *Big Data*, aussi fournie soit elle, ne peut remplacer l'intervention humaine

de la santé autant que l'informatique ? Difficile à dire, il y a très peu de preuves pour l'instant même si le potentiel sur papier est là.

La question centrale est celle de la causalité ; autrement dit, qu'est ce qui fait que des phénomènes se produisent ? L'hypothèse centrale du *Big Data*, et de l'intelligence artificielle comme on va le voir, c'est que la causalité repose sur des lois naturelles, comme la loi de la gravité. Ces lois sont révélées en mettant en lumière des corrélations. Il existe des lois et elles ne changent pas. Comme la loi de la gravité par exemple. *Big data* et intelligence artificielle reposent aussi sur ça. Si il est possible de trouver des corrélations robustes, on peut donc tout remplacer par des ordinateurs ? Attention ! Corrélation ne veut pas dire causalité. Par ailleurs, la disponibilité de l'information en

elle même ne modifie pas les comportements. Ce n'est parce qu'on a la possibilité de savoir qu'on ne marche pas assez ou qu'on mange trop gras que cela va modifier nos comportements. Tout le monde a une appli santé aujourd'hui sur son *smartphone*, ça n'empêche pas l'obésité de croître. Le *Big data* fonctionne plus avec des choses très simples et mécaniques ; il est facile de prévoir qu'une pomme va tomber. En revanche, les êtres humains s'adaptent et évoluent en permanence, dans un contexte social qui lui même s'adapte et évolue en permanence. Les modèles de causalité déterministes ne fonctionnent pas dans ce contexte.

AH : Quelle est la relation entre *Big Data* et Intelligence artificielle dans le domaine de la Santé ? Pour vous, ces avancées ont donc des limites, lesquelles ?

AM : On associe souvent *Big data* et intelligence artificielle, même si ce n'est pas forcément la même chose. Les *Big data* sont la matière première de l'intelligence artificielle. On met toutes ces données dans une machine qui elle développe des réponses, et grâce à l'accumulation on découvre des corrélations entre les phénomènes. D'un côté il y a la capacité à s'appuyer sur les découvertes scientifiques récentes en termes de soins ; il y a une masse de productions scientifiques sur le thème de la santé. 2,5 millions d'articles ont été publiés l'année dernière. Personne n'a la capacité de traiter cela. Les limites humaines sont ce qu'elles sont. L'idée est que grâce au *Big Data* et à l'intelligence artificielle, nous serons capables de faire émerger de cette masse des recommandations cliniques rigoureuses. Si un diabétique fait des complications dans un bloc opératoire l'*evidence based medicine* peut apporter certaines réponses sauf que le

patient réel correspond rarement au patient modélisé. Sans compter que la qualité de « l'output » dépend fondamentalement de la qualité de ce qu'on a mis dans la machine au début. Il y a un dicton en science qui dit « *Garbage in, Garbage out* ». Or, on sait par exemple que les dossiers patients électroniques sont souvent mal complétés, que de nombreux articles scientifiques sont soit faux, soit n'apportent rien, qu'il existe des variations de pratiques médicales colossales en fonction des pays et des cultures. Or, tout cela constitue la matière première de l'IA. On parle de *Big Data*, mais est-ce que ces data sont bonnes ? En résumé, je pense que ni l'une ni l'autre ne remettent en cause la décision de l'équipe soignante. Cela peut servir de guide afin de se poser des questions. Petit à petit l'*evidence based medicine* est devenue *evidence informed medicine*. Informer, guider mais pas se substituer aux médecins, ou à l'équipe soignante. Pour des phénomènes simples, on peut modéliser et prévoir, donc le *Big Data* est utile. L'humain est un animal social qui évolue, qui change sans cesse dans un environnement qui évolue lui aussi. Cette masse de données aussi fournie soit elle, et la façon dont fonctionne l'interintelligence artificielle, ne peuvent remplacer l'intervention humaine. Je suis catégorique. Mais, elle est utile pour se poser les bonnes questions

AH : Alors les médecins ne deviendront pas des exécutants d'algorithmes ?

AM : La réponse à cette question est fondamentalement affaire de foi. Si l'on croit que la causalité repose sur des lois naturelles, alors à terme, avec suffisamment de données, on pourra tout prévoir et les médecins deviendront des exécutants. Mais que se passe-t'il aujourd'hui, dans la réalité ? La place de l'humain ne diminue pas, au contraire : Kaiser recrute énormément de gens pour être au contact de ses assurés, pour avoir une certaine proximité avec eux. L'humain est au centre de leur politique : ils ont d'ailleurs les meilleurs résultats cliniques et financiers aux Etats-Unis. Le *Big*

Data aide à déblayer le terrain, dans une certaine mesure au sein d'un ensemble de possibles. Le fait d'avoir un moniteur en salle d'opération qui dit « vous devriez peut-être faire ça » permet peut-être d'aller plus vite mais n'enlève rien à l'équipe soignante. Donc non, je ne crois pas qu'ils deviendront des exécutants d'algorithmes. Si un moteur réagit toujours de la même façon, ce n'est pas le cas pour un être humain. Ce qui détermine l'état de santé ce n'est pas uniquement la mécanique du corps humain mais plutôt son environnement social et économique. La tendance mondiale veut que les payeurs en général vont commencer à utiliser leurs données pour établir des profils de coûts par segments de population. Cela va être très impactant. L'organisation et les pratiques en terme de santé en seront forcément modifiées mais ce n'est pas un effet direct de *Big Data*, plutôt un effet détourné.

AH : Selon vous, les jeunes médecins sont-ils assez préparés à ces changements pour les aborder sereinement ?

AM : En général ; les médecins ne sont pas franchement ravis des évolutions en terme de contraintes pour le recueil de données mais on ne doit pas dire aux médecins : « Vous devez vous adapter ! », au contraire il faut faire en sorte de rendre tout cela facilement utilisable pour eux. On voit se développer toute sorte de métiers alternatifs pour soulager les médecins. Ils ne devront plus remplir eux-mêmes les feuilles de soins par exemple. La capacité à analyser des données et à intégrer un raisonnement médico-économique va devenir central. Un des effets indirects du *Big Data* : le travail en équipe autour de l'accompagnement de patients complexes sera très développé. L'accumulation de données, va pousser à identifier les générateurs de coûts et de problèmes de santé et donc pousser à une réorganisation en fonction de cela, donc la proximité entre payeurs soignants et patients va se développer de plus en plus.



AH : Donc *Big Data* = une médecine plus humaine, plus sûre ?

AM : Je pense qu'on se dirige beaucoup plus vers de l'accompagnement et des visites personnalisées donc oui, une médecine plus humaine. Remplacer une aide à domicile par un robot ça n'a aucune valeur ajoutée démontrée. Pour les robots chirurgicaux c'est la même chose. Ça peut attirer des médecins dans certains hôpitaux et encore... Mais on n'a pas encore prouvé leur utilité médico-économique. La tendance à la proximité se développe beaucoup. Tous les gros décideurs mondiaux de la santé regardent encore une fois ce que fait Kaiser qui ouvre des centres médicaux partout aux Etats-Unis. Plus on connaît ses patients, plus on peut modifier leur comportement et faire des bénéfices. Pour changer les choses, il faut être au contact des gens, les suivre individuellement. Ça va plus loin que le simple recueil de données chiffrées, la connaissance personnelle de chacun apporte beaucoup plus en terme de résultats médicaux et financiers. Le nombre d'employés dans le domaine de la santé va croître selon moi... On a besoin de personnels qui soient au contact des populations, des assurés en permanence, qui passent du temps avec les patients pour agir en profondeur sur les comportements donc sur les pathologies. ●

Note : Kaiser Permanente est un système intégré de prestation de soins de santé financé par les cotisations prépayées de ses membres. Présent dans neuf États et dans le district de Columbia, le groupe compte quelque 12 millions d'assurés et gère 32 hôpitaux agréés. Il se divise en deux fondations sans but lucratif, l'une responsable des hôpitaux et l'autre du régime de santé (Kaiser Foundation Hospitals et Kaiser Foundation Health Plan). À l'échelle nationale, le groupe emploie environ 14 000 médecins. Les hôpitaux du groupe desservent principalement les membres, mais accueillent aussi d'autres patients dans leurs salles d'urgence, quelle que soit leur capacité de payer

Prévention, la priorité n°1 d'Agnès Buzyn

En 2016, la Direction Générale de la Santé (DGS) présentait son projet stratégique 2017-2019. Le premier enjeu décrit concerne l'investissement collectif dans la promotion de la santé et la prévention.

Pour la DGS, cet investissement n'est pas que de nature financière, mais consiste aussi à mobiliser tous les acteurs dont les interventions peuvent avoir un impact significatif sur la santé et les inégalités sociales et territoriales de santé. D'où la nécessité de promouvoir une approche intersectorielle entre acteurs institutionnels pour faciliter la convergence des politiques publiques en réponse aux besoins de prévention, de soins et d'accompagnement social, tout en valorisant et accompagnant ces acteurs (population, association, professionnel de santé) afin de pouvoir procéder à une mise en œuvre opérationnelle adaptée au plus près des réalités du terrain.

La DGS doit piloter au niveau national, l'organisation et la sélection des connaissances nécessaires en promotion de la santé et prévention (PPS). Elle souhaite contribuer à élaborer un programme national de santé publique rassemblant les grandes orientations stratégiques se déclinant dans les parcours de santé autour de priorités comme la santé des jeunes, la santé mentale, la santé environnementale...

Depuis, Emmanuel Macron, candidat aux élections présidentielles, lors de son débat télévisé, avait insisté sur l'importance de la prévention en souhaitant que 40 000 étudiants (en médecine ?) consacrent un trimestre pendant leurs études à faire de la prévention dans les écoles et les entreprises. Pourquoi pas dans les hôpitaux ? aux urgences ?

Agnès Buzyn, notre nouvelle Ministre des solidarités et de la santé, a décliné le lundi 18 septembre les quatre axes de sa stratégie nationale de santé : prévention, lutte contre les inégalités, cohérence et innovation. Une fois de plus la prévention est affichée comme étant la priorité n°1. « *La pertinence est l'enjeu majeur des prochaines années, mais il faut valoriser la bonne médecine, précise la ministre. Et il faut un travail de longue haleine pour définir un parcours coordonné, fluide, favorisant la prévention et sans acte inutile.* »

Concernant le service sanitaire des étudiants en santé la Ministre précise que « *Les premières expérimentations seront mises en place en mars 2018, et j'espère que le système sera déployé à la rentrée 2018. Mais cela nécessite un cadrage précis. Les professionnels de santé sont très nombreux et divers, il faut les envoyer sur le bon terrain avec les bons outils.* »

L'hôpital est déjà engagé dans la prévention, mais dans des domaines bien spécifiques. Une réflexion est nécessaire pour impliquer davantage les médecins hospitaliers dans tous les domaines de la prévention. Le service sanitaire des étudiants sera-t-il suffisant pour sensibiliser les nouvelles générations de médecins ? Quoiqu'il en soit, il est nécessaire de développer un plan impliquant l'ensemble des médecins hospitaliers, tout en pensant à la cotation de ces actes ! On peut également s'interroger pour savoir si la prévention de la souffrance au travail des acteurs de santé (et pas seulement par le biais de la sempiternelle QVT) ne serait pas la meilleure des façons d'assurer eux-mêmes des actions de prévention de qualité

Et si les médecins hospitaliers avaient un rôle à jouer dans le parcours de prévention ?

La France, n'échappe pas à l'épidémie d'obésité mondiale !

Les femmes jeunes sont touchées aussi, avec des risques importants de complications pendant la grossesse : diabète gestationnel, hypertension artérielle, éclampsie et pour l'enfant, difficultés de dépistage échographique, risque de macrosomie, de dystocie des épaules, augmentation de la morbi-mortalité périnatale et risque d'obésité infantile.

La sensibilisation des femmes en surcharge pondérale est capitale et doit se faire sans stigmatisation, mais aussi avec un devoir d'information claire sur les risques encourus. La prise en charge doit être pluridisciplinaire et précoce anténatale, conduisant à **un suivi éducationnel personnalisé ville-hôpital**.

Le bénéfice d'une telle prévention est évident pour les femmes, les enfants et les familles. Il est temps de donner les moyens d'un plan réellement coordonné et financé permettant l'organisation et le remboursement des mesures préventives, encourageant l'équilibre nutritionnel et une activité physique adaptée.

Comme dans tous les domaines, s'agissant de surpoids et grossesse, le coût investi dans la prévention serait largement récompensé en termes humain, sociologique et financier.

Pascale Le Pors Le moine

Un bilan cognitif chez le sujet âgé : pour qui ? comment ? et par qui ?

Le bilan cognitif en gériatrie dépiste ou diagnostique les maladies de la mémoire, de façon à éclairer les aidants sur les causes des déficits et surtout des troubles du comportement, dans le cadre de la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées.

Les tests neuropsychologiques sont d'une importance capitale, ils étudient la mémoire dans ses différents aspects, le langage, la mémoire épisodique, sémantique, autobiographique, l'orientation dans l'espace et le temps, le raisonnement, les savoir-faire, les praxies, la reconnaissance, l'expression écrite, le calcul, la perception, la planification...

Ils permettent avec l'imagerie, l'identification de la dégénérescence des structures temporales internes évocatrices de la maladie d'Alzheimer.

Les troubles du langage insidieux qui s'aggravent progressivement sont aussi

un mode de début. Les troubles visuo spatiaux sont également recherchés et constituent un autre mode de début.

Les troubles comportementaux existent quasiment toujours, en particulier l'apathie et l'anxiété. Ils peuvent constituer le motif principal de la plainte des familles avec le changement de caractère et de comportement. Par principe le neuropsychologue recherchera les signes en faveur d'une dépression associée ou en tant que diagnostic différentiel d'une atteinte mnésique dégénérative. L'utilisation d'outils psychométriques avec entretiens semi structurés permet de s'orienter, ils aident à authentifier les idées délirantes, les hallucinations etc.

L'attention, la concentration, la capacité à passer d'une idée à l'autre, à filtrer l'information, à établir une stratégie sont également étudiés et habituellement, précocement altérés, en particulier dans les démences frontales où les troubles du comportement touchant à la socialisation, l'expression de l'affectivité, de la sexualité, l'agitation, la dysphorie, l'instabilité et la désinhibition attirent l'attention alors que l'altération de la mémoire ne semble pas encore trop importante.

Chez les sujets très âgés polypathologiques, au passé vasculaire, la maladie d'Alzheimer pure est moins fréquente qu'on ne le dit, les démences vasculaires ou mixtes sont plus souvent diagnostiquées.

Le dépistage se fait habituellement avec le MMS, le test des 5 mots de Dubois et le test de l'horloge pour les activités mnésiques, les IADL pour les activités instrumentales. En 20 minutes on peut se faire une opinion sur la possible existence d'une maladie cognitive et lancer les investigations adéquates. Lorsque le diagnostic ne fait pas difficultés mais qu'il convient de le préciser, d'orienter la prise en charge, d'aider les aidants à se situer et à utiliser les compétences résiduelles et de mettre en place les aides sociales, la consultation mémoire de premier niveau convient parfaitement.

Ainsi, la prise en charge des déficits cognitifs est envisageable aux stades précoces grâce à l'identification des causes traitables et dans l'instauration précoce d'interventions non pharmacologiques. Le rôle des médecins à l'hôpital, en EHPAD et en ville est donc capital dans la prévention de la démence.

Michel Salom