



Soigner l'hôpital en urgence ! ...en attendant 2022

AU SOMMAIRE

Editorial : « Ma Santé 2022 » : un bon diagnostic... suivi d'un abandon de soin pour l'hôpital !	2
Le début d'une nouvelle ère	3
Médiation : un décret d'ici la fin de l'année ?	
L'interview d'Edouard Couty	5
Etudes médicales : vers le retour du népotisme ?-	6

La revue de presse de la rédac' - Réforme des études médicales : que va devenir l'internat ?	8
Vous avez dit démocratie ?	10
Elections professionnelles : l'important c'est de participer ... et de gagner !	11
Petites Annonces	12

« Ma Santé 2022 » : un bon diagnostic... suivi d'un abandon de soin pour l'Hôpital !

RENAUD PÉQUIGNOT, PRÉSIDENT D'AVENIR HOSPITALIER

Le 18 septembre dernier, le président de la République dévoilait le plan attendu et tant repoussé, censé révolutionner le système de santé de notre pays. Cette présentation a commencé par un mensonge classique : « le système de santé français coûte cher et est à la troisième place mondiale » alors que son coût est désormais dans la moyenne des pays développés et qu'il connaît une des croissances les plus faibles de l'OCDE ! Un mensonge suivi de plusieurs omissions : sur les niches sociales qui privent la Sécurité Sociale de plus de 50 milliards d'euros par an (selon la Cour des Comptes), sur les séquences d'essorage successives depuis l'arrivée au pouvoir d'Emmanuel Macron, sur les postes vacants à l'Hôpital, sur le coût des solutions de remplacement complètement absurdes (à base

d'intérim payé deux à six fois plus cher que le temps de travail des PH).

Le diagnostic livré ensuite était plutôt juste, et même émouvant, énonçant la souffrance des soignants, l'absence de reconnaissance, le désarroi des patients face aux déserts de médecine libérale et aux urgences complètement embolisées, sur la volonté des jeunes médecins de pouvoir exercer à la fois à l'hôpital et en ville, et sur la nécessité d'un rééquilibrage de la gouvernance à l'hôpital (maintes fois promis, et jamais mis en œuvre...).

Une réforme mal menée coûte de l'argent et ne résout rien !

Les mesures annoncées furent également plaisantes à entendre, laissant néanmoins certains auditeurs perplexes, quant à leur financement :

- Fin du *numerus clausus* :
 - Pour cesser ce double mouvement absurde qui consiste à recaler de brillants étudiants français au motif qu'ils n'ont obtenu « que » 13,9 de moyenne, quand la barre était à 14/20.
 - Pour remplir très partiellement les postes hospitaliers vacants et essayer de réhabiliter les déserts médicaux, sans avoir à faire venir des wagons de médecins étrangers qui manquent cruellement à leur pays d'origine et qui n'ont pas bénéficié d'une formation à la hauteur de ce qui est prodigué en France.
- Des assistants médicaux libéraux, pour libérer du temps médical et déléguer les gestes simples et certaines parties de l'interrogatoire à de « super-aides-soignants » formés en un an : l'idée est de



permettre à un médecin généraliste de couvrir une plus grande population pour lutter contre les déserts médicaux à moyen médical constant, en attendant 15 ans pour observer les effets de la suppression du *numerus clausus*.

- L'accentuation du virage ambulatoire, alors que tout ce qui pouvait être fait facilement l'a déjà été.
- Une « meilleure reconnaissance du travail » des soignants, ce qui implique de cesser de les matraquer financièrement comme depuis huit ans tous bords confondus.
- Une réouverture des hôpitaux de proximité grâce à une cohorte de 4000 médecins généralistes d'exercice mixte, réservés à trois services de proximité : médecine polyvalente, SSR polyvalent et gériatrie aiguë.
- La création de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (un millier de mailles de 20 000 à 100 000 habitants pour couvrir l'ensemble de la France), associant tous les professionnels de santé (pas seulement médicaux) avec un dossier partagé, et en relation étroite avec l'hôpital.
- Le développement du dossier patient numérique et de la télémédecine.

Quant à l'annonce du financement, cela nous a laissé perplexe : une réévaluation de l'ONDAM ridicule, pour le faire passer

ISSN : 2417-3258

DIRECTEUR DE PUBLICATION :

CHRISTIANE MURA

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENAUD PÉQUIGNOT

COORDONATEUR DE LA RÉDACTION :

RICHARD TORRIELLI

RÉDACTEUR :

SAVERIA SARGENTINI

COMITÉ DE RÉDACTION :

FRANÇOIS BRAUN, RAPHAËL BRIOT, ANNE DAVID-BREARD, MICHEL DRU, JEAN GARRIC, LAURENT HEYER, PASCALE LE PORS-LEMOINE, RENAUD PEQUIGNOT, NICOLE SMOLSKI

EDITEUR : EKTOPIC

EKTOPIC@EKTOPIC.COM

PETITES ANNONCES : K. TABTAB -

K.TABTAB@RESEAUPOSANTE.FR

CRÉDIT PHOTO : FOTOLIA

IMPRESSION : IMPRIMATUR

de 2,3 à 2,5 %, soit à peine 400 millions qui ne couvriront même pas la hausse de l'inflation ! Chacune des mesures citées coûtera plusieurs milliards d'euros et permettra d'économiser encore plus, seulement plus tard. Cependant, la mise de départ doit être à la hauteur, sinon aucune de ces évolutions souhaitables ne se fera correctement. Une réforme mal menée coûte de l'argent et ne résout rien.

Le coup de grâce survint quelques jours plus tard, avec l'annonce d'une diminution des dépenses de santé de 3,8 milliards d'euros pour 2019, comme si les 50 milliards de niches n'étaient jamais suffisantes ! Ce procédé est habituel de la part de ce gouvernement : on se rappelle tous de la très empathique sortie de la ministre de la Santé et des Solidarités, Agnès Buzyn, sur le personnel hospitalier qui n'en pouvait plus et qu'il fallait cesser d'accabler, suivie quelques jours plus tard de l'annonce par la même Ministre de la suppression de 1,2 milliards d'euros sur la masse salariale des hôpitaux, correspondant à la suppression de 30 000 postes. On se souvient également de l'annonce en grande pompe du lancement de la STSS par le Premier ministre Édouard Philippe, immédiatement suivie de l'annonce d'une nouvelle baisse des tarifs.

Cette façon de traiter l'ensemble des professionnels de santé, en combinant des annonces justes qui suscitent de l'espoir, puis des mesures réelles totalement injustes, ne pourra pas durer encore très longtemps sans que s'exprime de plus en plus bruyamment la réalité de la vie au quotidien dans les hôpitaux, pour les PH comme pour les soignants.

Le gouvernement doit tenir ses promesses et accorder à la Santé tout le soin qu'exigent les Français de manière continue dans toutes les enquêtes d'opinion comme dans les conversations entendues par les professionnels de santé à leur contact. ●

Le début d'une nouvelle ère

RENAUD PÉQUIGNOT - PRÉSIDENT D'AH

Première exaltante pour AH et CPH : enfin le Conseil supérieur des personnels médicaux (CSPM) rétablit le Droit constitutionnel de chaque profession d'agents publics à bénéficier d'une instance où porter la parole syndicale avant le vote des textes concernant notre profession !

Bien sûr, il ne s'agit là que du CSPM provisoire nommé par la Ministre, ne devant pas durer plus d'un an avant la mise en place du Conseil d'État, qui lui sera issu d'élections. La ténacité d'AH et de la CPH

au sein d'APH aura porté ses fruits. La rédaction tenait à vous raconter les débuts du CSPM, ce qui s'est dit durant cette réunion, les réactions des participants et la position d'APH...

Une entrée en matière piquante !

La séance du 27 septembre 2018 commence par un tour de table et se poursuit par l'introduction du président (Dominique Deroubaix, directeur d'hôpital fraîchement retraité des HCL), rappelant le long chemin avant de parvenir à la tenue de cette instance. Enfin, la DGOS via Madame Cécile Courrèges, expose son mode de fonctionnement, et rappelle l'ordre du jour : l'exposé des motions préliminaires, puis le vote du règlement intérieur.

Le tour de table des réactions par inter-syndicale est sans grande surprise : la CMH rappelle qu'elle était contre la création du CSPM « qui nous rabaisse au

rang de simples aides-soignants », le SNAM renchérit en expliquant que le CSPM ne sert à rien, et l'INPH reste sur le même ton en expliquant que les commissions spécialisées ne servent à rien.

Après ce grand moment d'aigreur réactionnaire, Jacques Trévidic pour la CPH exprime son bonheur de pouvoir enfin admirer cette concrétisation de nos efforts pour être entendus de manière obligatoire avant toute promulgation de texte.

Désormais, aucun texte modifiant notre statut ne pourra plus être voté sans que nous ayons donné notre avis.

Votre « serviteur » surenchérit pour AH en citant notamment l'exemple des discussions sur la CSG qui ont abouti à appliquer le même schéma que les fonctionnaires aux PH alors que les conditions de départ étaient différentes, sans jamais que nous soyons consultés !

Du temps syndical...

Dans le collège des employeurs, les conférences et la FHF affirment avec force que ce CSPM est indispensable pour que tout le monde soit autour de la table.

Emmanuel Loeb, représentant l'INSCCA devenu « Jeunes Médecins » embraye avec une question pratique sur le fait que les CCA n'ont pas de droit à du temps de représentation syndicale et viennent donc siéger grâce à des arrangements « occultes » ou en posant des jours de congé ! Voilà une excellente transition vers une des premières questions qu'il faudra résoudre : celle des moyens syn-

LE CSCM est désormais le lieu majeur du dialogue social entre les pouvoirs publics, les représentants des hôpitaux publics et l'ensemble du personnel médical hospitalier à travers leur représentation syndicale.

dicaux. Pour l'instant, vos représentants n'ont pas de locaux, pas de moyens autres que vos cotisations, et un temps syndical ridicule (5 ETP pour 45 000 PH soit un ratio 60 fois moindre que les autres professions !).

Après ce tour de table, la DGOS rappelle que les commissions servent à travailler les textes pour que les séances plénières du CSPM ne servent qu'à les entériner. Un brin provocatrice, elle rappelle également que si certains élus ne veulent pas siéger, ils n'y sont pas obligés...

Et de l'ordre des priorités !

Commence ensuite l'ordre du jour à proprement dit : le fameux « Examen du texte Règlement intérieur ». On aurait pu imaginer une simple formalité, si ce n'avait été la combativité des autres intersyndicales, faisant feu de tout bois (en commençant par un esclandre sur la position des chaises par collège dans la salle !).
4 D'entrée de jeu, CMH, SNAM et INPH

veulent supprimer l'article autorisant la présence des suppléants. Le représentant de la CPH pour le troisième collège (celui des contractuels) rétorque que c'est dans le décret. La DGOS règle donc la question : on garde les suppléants (sans participation aux débats ni aux votes, comme précisé dans le décret).

AH et CPH insistent pour que les votes du CSPM soient impérativement présentés par collège et pas groupés. En effet, les trois collèges sont de même taille alors qu'ils représentent trois corps électoraux forts différents par la taille, le collège HU représentant huit fois moins de praticiens. Amendement accepté par l'ensemble des collègues !

La CPH demande la création d'un espace collaboratif hébergé sur un site accessible à tous les membres. La DGOS répond que ça existe dans certains CSFP mais que c'est encore peu efficace. Il y a encore du travail pour obtenir la démocratie numérique !

Le règlement intérieur avec les amendements APH est voté à l'unanimité des collègues (AH-CPH-JM votent pour, abstention des autres, en dehors d'un dissident HU de l'INPH qui a voté pour le bon sens malgré les protestations de sa présidente !).

Fin de séance

Que penser de cette première ? Une certaine fierté d'avoir rétabli les PH dans le droit, et la sensation que les choses vont avancer malgré les conservatismes et les volontés de blocage d'en face. En effet, l'intersyndicale « Jeunes Médecins » a décidé au lendemain de cette première séance de faire campagne avec APH ! C'est donc une grande alliance progres-siste, et résolument tournée vers l'avenir de notre profession, qui briguera vos suffrages dans un an pour la première élection du CSPM qui nous représentera tous face au Gouvernement et au Parlement. Le CSPM sera clairement un outil d'am-

plification de la représentation syndicale. Depuis trop d'années, les gouvernements successifs ont régulièrement montré du mépris pour les piliers de l'Hôpital que nous sommes. Désormais, aucun texte modifiant notre statut ne pourra plus être voté sans que nous ayons donné notre avis. Nous aurons le droit d'amender les textes officiellement, et plus par un jeu

L'intersyndicale « Jeunes Médecins » a décidé au lendemain de cette première séance de faire campagne avec APH.

d'influences auprès des bureaux du Ministère. La vraie démocratie est là, les chantiers sont immenses pour rendre à nouveau attractif notre statut, garant de notre indépendance et donc des meilleurs soins à la population. AH, CPH et Jeunes Médecins espèrent obtenir un large vote de confiance afin d'obtenir le meilleur pour tous les mandants, qu'ils soient PH, HU ou contractuels.

À bientôt pour les prochaines séances consacrées aux textes en attente depuis plus d'un an... ●

Médiation : un décret d'ici la fin de l'année ?

L'interview d'Edouard Couty

SAVERIA SARGENTINI, JOURNALISTE

Nommé en janvier 2017 par l'ancienne ministre de la Santé, Marisol Touraine, et confirmé à son poste par Agnès Buzyn, M. Couty a pour mission « la mise en place de conciliations locales et de médiations au niveau régional et national ». Nous l'avons rencontré au ministère de la Santé afin d'en savoir plus sur ces mesures « médiatrices » bientôt concrétisées par un décret.

Avenir Hospitalier : Connaissez vous la date de sortie de ce fameux décret ? et qu'en est-il du positionnement avec les médiations intra-hospitalières existantes ?

Edouard Couty : Je ne connais pas la date exacte mais la publication de ce décret sera pour la fin d'année ou tout début 2019. S'agissant du positionnement de la médiation, il faut faire une distinction importante entre la conciliation et la médiation. En interne dans les établissements et pour les médecins au travers des CRP, on cherche à régler les difficultés par de la conciliation. Le conciliateur écoute les personnes concernées, peut donner des conseils en essayant de trouver des solutions aux problèmes posés par les deux parties et les accompagner par la suite. Il s'efforce de résoudre des difficultés. Le médiateur au niveau régional ou national est indépendant et neutre, il garantit aux parties la confidentialité sur le contenu de leurs échanges.

Avenir Hospitalier : Justement, comment fonctionne ce nouveau système de médiation ? Et quel est le rôle exact du médiateur ?

Edouard Couty : Ce décret va créer la fonction de médiation, préciser son organisation et son fonctionnement. Il faut d'abord préciser que le médiateur doit veiller à ce que les principes de la médiation soient respectés. Il ne peut pas être nommé par le directeur de l'hôpital ou de l'ARS, ce principe d'indépendance est fondamental. Le médiateur ne conseille pas les parties, il ne va pas rechercher des solutions mais créer les conditions de la discussion, il

veille au principe de neutralité. De plus, le médiateur doit garantir une totale confidentialité aux deux parties. Enfin, le médiateur n'a pas à prendre parti, quelque soit le problème. Ce n'est pas un juge. Il est là pour essayer de rapprocher les gens et les faire se parler pour qu'ils trouvent eux-mêmes une solution.

Avenir Hospitalier : Alors comment définir le périmètre de l'action médiatrice ? La limite entre les deux (conciliation/médiation) est assez ténue...

Edouard Couty : C'est vrai. Selon le cas traité, on peut être amené à avoir la casquette de conciliateur ou de médiateur. Lorsque tous les acteurs s'engagent dans un processus, il faut que tous sachent dans quel cadre on agit. La pratique de la médiation nécessite une formation préalable! D'ailleurs les médiateurs seront tous formés et certifiés. Il faut d'abord tenter une action locale interne aux établissements puis

Il y a des médiateurs dans l'armée, dans la police, l'éducation nationale. L'hôpital public doit en bénéficier.

CRP le cas échéant et donc distinguer le niveau local et le niveau régional ou national. Nous préparons une charte de la médiation, qui abordera tous ces points ainsi que les questions d'éthique et de pratique de la médiation.

Avenir Hospitalier : Un fonctionnement régional à partir des CRP ne serait-il pas la meilleure garantie de clarté ? N'existe-t-il pas un véritable risque de confusion entre les enquêtes IGAS via les ARS, et l'authentique médiation ?

Edouard Couty : Le défi, l'enjeu majeur c'est d'installer un service nouveau pour l'hôpital. Il y a des médiateurs dans l'armée, dans la police, l'éducation nationale, la SNCF ou Air France.

L'hôpital public n'en bénéficie pas encore. Nous avons un effort pédagogique immense à faire pour expliquer ce que c'est et surtout ce que ça n'est pas ! La médiation, ce n'est pas l'IGAS, ce n'est pas la cour des comptes, ce n'est pas un juge d'instruction. La médiation ne se traduit pas par de l'ingérence dans la gestion de l'état.

Le but de ce service est d'apaiser les tensions au maximum et de remettre en avant les valeurs de l'hôpital public. Lorsque la conciliation locale n'aboutit pas, la médiation, si elle est acceptée par les parties concernées, tente de créer pour eux les conditions de résolution de leur conflit.

Avenir Hospitalier : C'est donc tout un travail sous jacent par rapport à la souffrance au travail ? Vous comptez sur l'effet « ricochet » ?

Edouard Couty : Tous ces différents conflits personnels ou professionnels génèrent de la souffrance pour ceux qui sont dans le conflit mais aussi pour les autres. Lorsque deux médecins sont en conflit, c'est tout le service qui souffre et tout cela retentit sur la qualité des soins.

La médiation est un outil qui sert à régler hors contentieux, par la voie amiable, des conflits mais c'est aussi un outil pour améliorer les conditions de travail de ceux qui vivent dans un climat conflictuel.

Avenir Hospitalier : Y a-t-il un plan de communication pour tous les potentiels « bénéficiaires » afin de les informer de la possibilité de demander une médiation ?

Edouard Couty : Lorsque le décret sera publié, un plan de communication sera effectivement mis en place. J'ai l'intention et j'espère que j'arriverai à la concrétiser, une fois que les médiateurs seront nommés, de faire le tour des régions pour rencontrer les syndicats, les CME, les établissements, les ARS pour leur expliquer de quoi il s'agit et surtout ce que ce n'est pas. C'est une démarche pédagogique pour essayer de lever les inquiétudes, les interrogations ou les ambiguïtés. ●

Études médicales : vers un retour du népotisme ?

RAPHAËL BRIOT

Les annonces faites à l'occasion du plan « Ma Santé 2022 » prévoient un bouleversement des études médicales, tant pour l'entrée dans le cursus de formation que pour le choix des spécialités. Quelles sont les failles de la PACES et des ECN ? Par quoi les remplacer ? Qu'attendre ou craindre d'autres modalités pédagogiques ou docimologiques ?

Le discours et la méthode

La Première Année Commune aux Études de Santé (PACES) et son fameux *numerus clausus* font trembler d'effroi les étudiants et leurs parents. Ce concours très sélectif est parfois comparé à un « hachoir pédagogique ». Bien des fantasmes y sont projetés et il a été le sujet direct ou indirect, de plusieurs films : « Fatima » (de Philippe Faucon, César du meilleur film en 2015) et le tout récent « Première Année » (de Thomas Lilti). La « suppression du *Numerus Clausus* » est appelée de toute part avec ferveur comme si le terme lui-même contenait le pouvoir occulte et l'effroi des messes en latin ! Environ 60 000 étudiants s'inscrivent chaque année en PACES. En fin d'année, environ 8 500 étudiants sont admis en médecine (13 %), 4 000 en pharmacie, 1 500 en maïeutique et 800 en odontologie. Quelques facultés proposent des orientations vers des études de kinésithérapie ou d'ergothérapie à l'issue de la PACES. Néanmoins, les trois-quarts de ces étudiants n'obtiennent pas de place dans les filières santé et sont « recalés » même s'ils ont des notes au-dessus de la moyenne. Les facultés mettent en place de nombreuses équivalences vers des filières universitaires (licences de biologie voire un retour en classes préparatoires) pour « limiter la casse » et trouver des orientations à ces milliers d'étudiants,

très souvent brillants, n'ayant pas pu intégrer une filière santé.

Le Gouvernement annonce une suppression de cette sélection abrupte en première année, envisageant un étalement et une diversification de la sélection jusqu'en licence (3^{ème} année d'université) avec des modalités plurielles d'intégration par exemple via des cursus de sciences humaines. *Don't act*. Reste à expliciter la méthode et les moyens !

Sélection inévitable !

Que les futurs bacheliers et leurs inconditionnels soutiens parentaux ne se bercent pas trop d'illusions. Même en desserrant un peu les cordons de l'entrée en médecine, la sélection se fera. Nos 8 500 carabins sont déjà deux fois plus nombreux qu'il y a vingt ans sur les bancs de la fac. La population Française, même si elle a un peu vieilli, n'a pas doublé entre-temps. Combien de médecins la société peut-elle « s'offrir » ? Quelque-soit la réponse il y aura forcément un couperet. Le métier de médecin attire, par son statut social et par la garantie d'un train de vie encore confortable. Prêter le serment d'Hippocrate consacre le médecin dans sa fonction « sacrée ». Cette confiance de la société envers le dépositaire du savoir médical ne doit pas être galvaudée. À moins de paupériser gravement les carrières médicales (comme ça a pu être le cas pour les enseignants ou certaines filières d'ingénieurs) il y aura toujours du monde au portillon. Cette sélection doit-elle rester anonyme, républicaine et un peu âpre ou bien doit-elle se diluer dans les méandres de diverses formations universitaires ? Comment seront établis les quotas des différentes filières ? Quelles seront les stratégies d'orientations des futurs candidats ? Comment garantir à chacun des chances égales d'accès à cette formation d'excellence que reste la

formation médicale ? Une sélection « au fil de l'eau », sur plusieurs années de fac, risque de favoriser les classes les plus aisées. La reproduction des élites (via la captation de l'information) prendra-t-elle le pas sur le bachotage méritocratique républicain ?

Et l'internat ?

Le plan « Ma Santé 2022 » promet aussi de revoir, en fin d'étude, les modalités de ventilation des futurs médecins entre les différentes spécialités et annonce la suppression de l'Examen Classant National (ECN).

Aujourd'hui l'ECN permet, en fonction de leur choix et de leurs résultats, une répartition nationale de l'ensemble des 8500 étudiants par ville et par spécialité. La filiarisation complète par spécialité permet de contrôler les flux de formation en fonction des besoins de santé. Avant 2017 cette filiarisation était incomplète. Les internes choisissaient l'une des onze filières plus ou moins spécialisées au sein desquelles ils naviguaient parmi la cinquantaine de DES proposés en fonction

Le risque est grand que les étudiants soient à nouveau soumis à des appréciations partiales !

de leurs aspirations et des maquettes de stage possibles selon leur classement. La mobilité nationale issue de l'ECN a aussi rebattu les cartes de l'endogamie médicale et favorisé la circulation des savoirs. L'ECN, serait remplacé par une évaluation tenant mieux compte des aptitudes et des compétences cliniques et relationnelles des étudiants ainsi que de leur projet professionnel.

Le programme des études de médecine assure aujourd'hui une formation de qualité dans toutes les spécialités, permettant d'acquérir un large champ de connaissances et de culture médicale. On peut craindre, en fléchissant dès le 2^{ème} cycle la formation sur une spécialité particulière, d'alléger tellement les programmes que la qualité de l'enseignement en pâtisse et que l'on ne forme in fine que des « sous-médecins ».

L'interruption prématurée des ECNi, sans réelle évaluation du dispositif interroge sur les raisons profondes de cette volonté de réforme.

Craintes et évolution

Ces craintes ne sont en rien liées à une nostalgie passéiste. La pédagogie évolue. Le cours magistral délivré devant un amphî déserté cède le pas sur des techniques de pédagogie active. Les enseignements sont de plus en plus souvent démultipliés en ateliers d'apprentissage par problèmes et le rôle du prof évolue. De la diffusion d'un savoir descendant, il devient un tuteur qui facilite et guide les apprentissages. Les UFR de médecine tendent à coller l'enseignement aux terrains de stage plutôt qu'aux années du second cycle (enseignements intégrés par pôles de stages). Il est de plus en

plus fait appel aux techniques de simulation : acteurs, mannequins, jeux vidéos ... La docimologie (modalités d'évaluations en pédagogie) évolue aussi. L'outil informatique n'est pas qu'une machine à corriger rapidement des QCM. L'ordinateur permet de proposer à l'étudiant des scénarii évolutifs avec de l'iconographie, de la vidéo. Les questions posées dans un dossier progressif obligent l'étudiant à faire des choix diagnostiques ou thérapeutiques, sans retour en arrière (comme dans la vraie vie !) puis de remettre l'étudiant sur la bonne piste quelques questions plus loin (sans qu'il puisse effacer la bourde faite à la question précédente). Tout ceci était impossible avant l'outil informatique.

Le retour du mandarinat ?

La mise en place des ECN informatisées (ECNi), ne date que de 2016. Ce passage aux ECNi a nécessité un gros investissement pédagogique (matériel et humain) dans l'ensemble des UFR de médecine. Certes le système est loin d'être parfait, notamment les conditions d'accueil des étudiants en stage. Néanmoins, cette interruption prématurée des ECNi sans réelle évaluation du dispositif interroge sur les raisons profondes de cette volonté de réforme. En dehors d'une vision nationale, on se demande quel pourrait être le cadre d'un dispositif au sein duquel les postes proposés pour le 3^e cycle seront définis en lien direct avec les besoins du système de santé et les capacités de formation tel qu'énoncés dans le plan « Ma santé 2022 ». Reviendrait-on à des classements par régions comme il y a 15 ans ? Il a fallu des années pour



que l'oral soit supprimé du concours de l'internat (1968) et qu'il n'y ait qu'une seule modalité d'accès aux différentes spécialités (suppression des CES en 1984, suppression des DESC en 2017). Cette suppression des ECN sonne comme un retour du mandarinat. Le risque est grand que les étudiants soient à nouveau soumis à des appréciations partiales ; que le népotisme favorise les copinages et certains étudiants « fils et filles de ... », au détriment d'étudiants issus de milieux défavorisés ou simplement « non médicaux » voire « non hospitalo-universitaires ».

Un progrès flou

Au final les réformes pédagogiques annoncées, associées notamment à la suppression du concours de PH, ne donnent pas une vision d'ensemble apaisée et bienveillante contrairement à ce qu'elles voudraient laisser croire. Il en ressort une impression de flou exempt d'un projet clair au-delà du détricotage, énoncé comme un progrès en tant que tel, de la structure républicaine des cursus médicaux. ●

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

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

Pour s'abonner à la lettre d'information : <http://eepurl.com/c04mX1>

La revue de presse de la rédac' - Réforme des études médicales : que va devenir l'internat ?

SAVERIA SARGENTINI, JOURNALISTE

Agnès Buzyn, ministre de la Santé, et sa collègue Frédérique Vidal, ministre de l'Enseignement supérieur, ont dévoilé en juillet dernier la réforme du troisième cycle des études de médecine, à l'occasion de l'ouverture des Journées d'été de l'ANEMF. Au programme : examen national en fin de 5^{ème} année, 6^{ème} année consacrée au stage professionnalisant, évaluation des compétences cliniques, note minimale de 10/20 pour l'internat ... La rédaction vous propose de découvrir ce qui s'est dit, écrit, twitté sur le sujet

La petite révolution

La réforme a été actée le 5 juillet 2018, sur Twitter notamment :

« Au Congrès de l'@ANEMF avec @VidalFrederique. Les #ECN, trop discriminantes et inadaptées, seront remplacées par une évaluation plus centrée sur la pratique, les parcours des étudiants et la validation des acquis fondamentaux. #ECN » Retrouvez le tweet d'Agnès Buzyn ci-dessous :

<https://twitter.com/agnesbuzyn/status/1014870358409793536>



La disparition du QCM évoquée par Madame Vidal, a été applaudie par l'ANEMF et la Corporation Nantaise des étudiants en Médecine :

« Mme @VidalFrederique : « Quelle pertinence y a-t-il à sélectionner des étudiants sur leur capacité d'apprentissage par

cœur et à cocher des QCM » La #PACES comme les #ECN sont responsables d'une perte de sens dans les études de médecine. #JEA2018 #BE2018 » Retrouvez le tweet de la Corporation Nantaise des étudiants en médecine ici :

<https://twitter.com/CNEMedecine/status/1014860158135042048>

« Désormais, un examen centré sur les acquis sera organisé en fin de 5^{ème} année. Le classement des étudiants tiendra compte des connaissances et des compétences, ainsi que du parcours, et les éléments pourront être pondérés différemment pour les différentes spécialités », a annoncé le Ministère.

Plus d'explications sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/reforme-de-la-formation-des-professionnels-de-sante-entree-d-es-etudiants>

Enthousiastes... ou pas ?

Les syndicats « étudiants » : ANEMF, ISNI, ISNAR etc étaient et sont toujours très enthousiastes quant à cette réforme, ils ont relayé l'information sur les réseaux sociaux et sur leurs sites respectifs. Mais c'est surtout l'ANEMF qui a été partenaire de cette réforme.

Pourtant, et les commentaires sur les différents réseaux sociaux (Twitter, Facebook) en témoignent, de nombreux étudiants sont inquiets voire réfractaires à cette réforme « très positive » sur le papier, pour reprendre l'un d'entre eux : « Sur le papier c'est très beau, une belle avancée. Cette 6^{ème} année professionnalisante est une très bonne chose pour les futurs internes. Maintenant ça soulève pas mal de questions et on a très peu de réponses.

- C'est bien beau de dire : on stoppe les ECN et on met un examen théorique en 5^{ème} année qu'on va appeler ECN 2.0 ? Le programme sera-t-il le même ce qui équivaut à apprendre plus de 10000 pages en seulement deux ans sans période de révisions ?

- Comment prendre en compte le parcours de chaque étudiant alors que dans beaucoup de facs le choix des stages dépend d'un tirage au sort, du classement théorique ou d'une entente entre groupe d'étudiants ?

- Comment évaluer le relationnel d'un étudiant ? Le relationnel ça s'apprend pas dans les livres donc évaluer une vertu subjective par des examinateurs et des patients différents sur un examen unique semble un peu complexe à mettre en place non ?

- Les D4 de 2021 ne pourront donc pas redoubler leur année ?

Le projet est beau et ambitieux, maintenant il reste seulement un an pour répondre à vraiment bcp de questions sur la mise en place et surtout le respect de l'égalité et du mérite de chaque étudiant. »
QUENTIN PANGOT

Malgré tout, les représentants de l'ANEMF promettent de rester vigilants quant aux possibles « copinages », « pistons » et « spécialisations précoces » qui pourraient découler de cette réforme. À voir sur leur site : <https://www.anemf.org/blog/2018/07/19/reforme-du-deuxieme-cycle-cest-parti/>



Après l'annonce de la réforme, le président de l'ISNI, Jean-Baptiste Bonnet confiait au journal Le Monde : « Le scénario qu'il reste à écrire est très important et compliqué ». Pour lui, l'ensemble des tentatives pour faire évoluer cet examen s'est heurté aux inquiétudes et aux désaccords pour trouver un mode d'évaluation juste et égalitaire entre les candidats. Retrouvez l'article ici :

https://www.lemonde.fr/campus/article/2018/07/05/etudes-de-sante-fin-des-epreuves-classantes-nationales-pour-les-futurs-medecins_5326636_4401467.html



Quid du fiasco des ECNi 2017 ! En effet, les 8,450 candidates et candidats ont dû passer l'épreuve une seconde fois, celle-ci ayant dû être annulée puisqu'elle s'apparentait étrangement à celle de l'année précédente. Les « jeunes » resteront-ils plus sur leur garde cette fois-ci ?

« C'est un moment important dans la longue, belle et parfois triste histoire des études médicales en France (...) » Ainsi débutait un article très riche publié par le site Slate.fr, intitulé : « Les études de médecine vont enfin devenir efficaces » Retrouvez le lien ci dessous :

<http://www.slate.fr/story/164420/etudes-medecine-debut-fin-absurdites-epreuves-classantes-nationales-efficacite>

Le doyen de la réforme

L'une des figures phares de cette réforme est l'ancien président de la Conférence des doyens de médecine de France, et



doyen de la fac de Créteil le professeur Jean-Luc Dubois-Randé. Il avait lancé en plein Congrès de l'Ordre des médecins en 2017, que les ECN étaient la pire chose qui « puisse exister ». Cliquez sur le lien ci-dessous pour découvrir son engagement et son parcours :

https://www.lemonde.fr/campus/article/2017/11/16/etudes-de-medecine-vers-la-fin-des-epreuves-classantes-nationales_5215757_4401467.html ●

Mieux avant ? Pas vraiment !

En août 2016, le professeur André Grimaldi donnait une interview dans le journal What's up doc ? , à propos des études médicales au cours de laquelle il parlait de son expérience. La rédaction a tenu à intégrer ce témoignage résumé dans ce numéro ! Bonne lecture !

« J'ai passé l'internat des hôpitaux de Paris en février 1968. C'était encore le monde des mandarins : étaient d'abord reçus les fils de mandarins, puis ceux qui avaient un patron au jury. Protester contre cela aurait signifié se faire bannir par les maîtres, mais aussi par les collègues. Au fond, c'était un véritable rite initiatique. D'où l'attachement de ceux qui l'ont passé.

On pouvait concourir dans trois régions, et si on était collé on pouvait se présenter jusqu'à quatre fois. En 1968, pour la dernière fois, il y eut un oral : deux questions de cinq minutes précises chacune, dans un grand amphi de Necker, devant un jury de patrons qui manifestaient leur indifférence ou leur mépris.

Il s'agissait d'un numéro d'artiste, d'une gymnastique de communication qui fait que la plupart des internes des hôpitaux étaient alors habitués à s'exprimer de façon synthétique et claire, à gérer le stress... Mais cela n'avait rien à voir avec l'esprit critique, la compétence, la relation au malade ou le raisonnement médical. On était transformés en singes savants. Chaque région, avec ses propres mandarins locaux, faisait en sorte que ses questions favorisent les gens du cru. Mais surtout, dès qu'on était externe, on était dans une école. Il fallait laisser une bonne image de soi. Ainsi, vos patrons, voyant la liste des membres de votre jury, pouvaient dire « je connais untel et untel, je lui envoie un mot ». Cela se jouait au nombre de mots de soutien que vous aviez.

Aujourd'hui, les jeunes médecins ne se rendent pas compte, mais on était à l'armée. On ne pouvait pas parler à un chef de clinique quand on était externe. Je me rappelle d'un chef de clinique de chirurgie qui m'avait dit : « Désormais, Monsieur l'externe, quand vous voudrez m'adresser la parole, vous passerez par l'intermédiaire de votre interne. » Le gars avait 32 ans. Il faut savoir qu'avant 1968, un mandarin de Cochin avait envoyé un chef de clinique au piquet... et le chef de clinique y était allé ! À l'époque, on ne choisissait sa spécialité qu'en dernière année d'internat. Aujourd'hui, je constate que certains internes de diabétologie ne sont pas spécialistes du diabète, mais de la glycémie. S'il y a une microalbuminurie, ils appellent le néphrologue. Notre culture médicale était plus large mais aussi moins profonde. Nous étions tous plus ou moins internistes. »

D'après le témoignage d'André Grimaldi, dans le journal « What's up doc ? » datant du 3 août 2016

Vous avez dit démocratie ?

PASCAL LE PORS - VICE-PRÉSIDENTE D'AH

C'est l'histoire d'une « petite maternité » dont le sort a été déterminé par un humoriste et une instance footballistique. C'est l'histoire d'une incohérence sanitaire, d'un défaut de démocratie à l'heure des remises en questions et des réformes mais pourtant et malgré tout, la démocratie sanitaire a un sens et doit être défendue.

L'exemple Breton

Ce qui s'est passé en Bretagne est une atteinte inquiétante, grave et caricaturale à la démocratie sanitaire.

Après instruction très objective de la situation de la périnatalité dans le secteur 7 de Bretagne et audition en CSOS (Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins), des directeurs et présidents de CME des centres hospitaliers concernés au sein d'un même GHT (St-Brieuc, Guingamp), il a été voté le 17 mai à l'unanimité moins 3 abstentions le non renouvellement du plateau technique d'accouchement de la maternité de Guingamp.

Cet avis a été pris de façon responsable et avec gravité au regard de l'équilibre nécessaire de sécurité/proximité en périnatalité, ainsi que de l'inacceptable recours massifs à l'intérim médical.

Le Directeur général de l'ARS de Bretagne a suivi ce vote et signifié en juin la décision de ne plus autoriser les accouchements à l'hôpital de Guingamp à compter de février 2019. Cette décision - conformément au solide dossier présenté - était assortie de toutes les précautions de maintien d'une offre de proximité (suivi en consultation gynécologique et obstétrical, échographies, accès à l'IVG, et aussi développement de chirurgie ambulatoire préservant ainsi les emplois).

Petites maternités et célébrités

Comme systématiquement dans ces situations de fermeture de « petite maternité », la presse a très favorablement relayé la levée de bouclier des politiques, au détriment des arguments de soins et de sécurité, très clairs dans le fond du dossier. Argument de poids : Jean-Marie

Bigard s'est exprimé contre cette fermeture, proposant d'organiser un spectacle de soutien. Plus grave, car la santé des femmes est en jeu, le président de la Fédération Française de Football et ancien maire de Guingamp, Mr Le Graët a remercié « le président Macron, qui a tenu son engagement et donné le feu vert » - sic au maintien de la maternité - « lors de la finale de la coupe du monde en Russie ». Effectivement, le 19 juillet (4 jours après le jour

Disons clairement si la démocratie sanitaire a un sens ou si elle n'est qu'un alibi enfermé à double tour dans des salles de réunion

de gloire !), suite à l'intervention de l'Élysée, le maintien de la maternité a été annoncé.

La CRSA de Bretagne a interrogé - sans réponse explicite à ce jour - la ministre de la Santé sur les arguments sanitaires qui conduisent au maintien de la maternité de Guingamp. « Ne pas donner de réponse reviendrait à un déni de démocratie » (site ARS de Bretagne représentant de la CRSA, et commentant de façon générale l'hypothèse d'une décision contraire à l'un de ses avis).

La conférence des présidents de CME de Bretagne a, par son communiqué du 9 juillet, jugé « indispensable d'informer la population et les élus des enjeux réels, de ne pas laisser le champ médiatique à un club de football aussi prestigieux soit-il, ou à un humoriste célèbre, lorsqu'il s'agit de parler sécurité des soins ».

Justice et bon sens

Cet exemple précis et caricatural souligne deux problèmes de fond :

- D'une part celui d'une presse qui souvent privilégie la polémique à l'étude réelle du fond du dossier, contenant pourtant tous les éléments

nécessaires à l'appréciation de la qualité, sécurité des soins et des organisations. Chaque cas est particulier. Il est hors de question de stigmatiser des équipes de soins dévouées, à l'inverse, il est invraisemblable de défendre systématiquement les « petites maternités » sans tenir compte des évolutions sociologiques, démographiques, mais aussi d'aménagements du territoire faisant évoluer les temps d'accès.

- Le second élément est celui de la responsabilité politique : lorsqu'on rêve de démocratie sanitaire, on rêve précisément d'une instruction juste, large, entendant tous les points de vue, prenant en compte toutes les évolutions, d'un vote responsable des commissions sanitaires, puis d'un avis politique plus que légitime, mais qui ne saurait rester absolument opaque.

Vigilance, toujours !

Les praticiens hospitaliers via leurs intersyndicales sont représentés en CRSA. Notre rôle en veillant sur la démocratie sanitaire, est aussi de dénoncer les pseudo-services rendus à la population - aux électeurs - conduisant à s'opposer à toutes restructurations, y compris quant à l'évidence, la sécurité des soins est en jeu. Il est coupable, comme cela s'est déjà produit, de ne prendre les décisions qu'après la survenue d'accidents prévisibles.

À terme, il est coupable et illusoire de dépenser en intérim des sommes folles, tout en déplorant le manque de moyens, dans les EHPAD en particulier.

À l'heure où une nouvelle politique de santé est définie, où la ministre de la Santé confirme le maintien des hôpitaux de proximité tout comme la nécessité de restructurations d'activités redondantes au sein des GHT, il est important de dire si la démocratie sanitaire a un sens, ou si elle n'est qu'un alibi enfermé à double tour dans des salles de réunion où les élus - dont vos représentants syndicaux - perdent leur temps.

La réponse est attendue par tous avec beaucoup d'attention : la santé des femmes et des enfants est en jeu, pas un jeu.

Footue politique ! ●

Elections professionnelles : l'important c'est de participer... et de gagner !

RENAUD PÉQUIGNOT, PRÉSIDENT D'AVENIR HOSPITALIER

La participation aux élections est essentielle, d'une part pour montrer que nous sommes bien décidés à tenir notre destin en main et d'autre part pour dire haut et fort : « il est hors de question de se résoudre à soigner des malades tout en supportant les restrictions aveugles et mortifères dont le seul sens est l'accroissement des inégalités ». APH s'engage à continuer sur la voie empruntée depuis sa création pour l'amélioration du statut et des conditions de travail des Praticiens hospitaliers comme des contractuels.

En quoi la répartition des voix est-elle importante ?

Elle montrera un choix clair entre deux visions fondamentalement différentes face aux pouvoirs publics. Une vision faite d'accommodations entre gens autorisés cherchant leurs entrées au cabinet de la Ministre, ou la nôtre, portée par des élus lors des élections dans les différentes instances, à l'issue d'un choix clair. À notre sens, seule cette légitimité permettra de peser face aux décideurs pour faire bouger les lignes dans le bon sens pour l'ensemble des praticiens.

Lorsque les PCME sont faibles face aux directeurs, les avancées législatives n'ont aucun poids !

Durant le quinquennat précédent, nous avons pu observer une stratégie gouvernementale dont le seul but était de tenir sans rien faire bouger. Le nouveau gouvernement semble vouloir soustraire un maximum de moyens de la Sécurité Sociale tout en envoyant des signaux verbaux rassurants

aux soignants pour espérer qu'ils ne bougent pas. Le secteur public est particulièrement maltraité !

Des combats remportés...

La ténacité d'APH a permis d'obtenir quelques avancées dont la somme reste néanmoins insuffisante face à la perte due au blocage des salaires. Parmi ces avancées, la prime d'entrée dans la carrière hospitalière pour les spécialités ou les zones les plus en tension, la prime d'exercice territorial pour les praticiens exerçant sur plusieurs sites d'un GHT, la revalorisation de la prime d'exclusivité de service public après quinze ans d'exercice, la fin de la rémunération différenciée en temps de travail additionnel de nuit (moins payé que le TTA de jour!) et la création d'une troisième plage de fin de journée, même si le texte présentait des imprécisions dont nous nous méfions. Enfin, nous avons exigé et obtenu un rééquilibrage des pouvoirs entre les praticiens et les administrations, à commencer par les attributions des CME ! Il reste à les mettre en pratique au niveau local, car lorsque les PCME sont faibles face aux directeurs, les avancées législatives n'ont aucun poids !

... et des combats à mener

Nous sommes conscients de la difficulté de la tâche qui nous attend pour les quatre ans à venir ! Récupérer notre pouvoir d'achat et le pouvoir décisionnaire à l'hôpital sera un gros chantier. Pour rappel, en 1984, un PH au premier échelon gagnait 4,2 SMIC, aujourd'hui c'est 2,8 SMIC...

L'intérim est un véritable gouffre pour l'hôpital, en le ruinant au détriment des PH qui lui sont fidèles et des patients traités comme des marchandises. Les administrations ont récupéré le pouvoir décisionnaire depuis l'apparition de la tarification à l'activité. Les hôpitaux ont été transformés en machines à cash déficitaires, les usagers sont bruta-

lisés et les soignants en grande souffrance. Nous dénoncerons inlassablement ce fiasco, d'autant plus qu'APH a des propositions précises. Leur but ? Un rééquilibrage de la gouvernance, via la CME et une représentation syndicale locale dans chaque GHT pour faire appliquer les textes favorables aux praticiens hospitaliers et réclamer un meilleur financement de l'Hôpital public. Seule une représentation syndicale forte, décomplexée et aux idées très claires pour défendre les services publics pourra obtenir que les PH, l'Hôpital et la Santé en général retrouvent l'attention qu'ils méritent, comme l'indiquent avec une grande constance toutes les enquêtes d'opinion.

Vous avez pu compter sur nous, nous comptons sur vous pour voter massivement ! ●

L'info en plus

Les élections professionnelles auront lieu au premier semestre 2019.

Les PH, les HU, et – c'est nouveau – les contractuels (PA, PHC, CCA), vont élire leurs représentants à la Commission Nationale Statutaire (CSN) au Conseil de Discipline (CD) et –enfin !- au Conseil Supérieur des Professions Médicales (CSPM).

Lors de ces élections, Avenir Hospitalier (AH) sera allié à la Confédération des Praticiens Hospitaliers (CPH) au sein d'une grande intersyndicale : Action Praticiens Hôpital (APH).

Ce regroupement se fait au nom de la clarté, puisque les deux intersyndicales partagent l'ensemble de leurs positions sur tous les sujets syndicaux et, au nom de l'efficacité, pour proposer un rassemblement suffisamment fort pour être attractif et continuer la clarification du paysage syndical.

Les premiers à nous rejoindre pour les élections sont les Jeunes Médecins, syndicat fondé à partir de l'INSCCA, du SNJAR et du SJB, trois syndicats de jeunes médecins qui partagent globalement les valeurs défendues par APH.

Le vote sera électronique, selon des modalités qui restent à préciser, nous vous en dirons plus dès que le CNG et le Ministère auront tranché !

À suivre !