Mars 2013

la lettre du SNMH-FO

Syndicat National des Médecins Hospitaliers Force Ouvrière

snmh.fo@fosps.com

Rapport Couty : le SNMH FO attend toujours la rupture avec la loi HPST...!

Le SNMH-FO prend acte de la publication du rapport Couty et du discours de présentation de Mme la Ministre Marisol Touraine. Ce rapport et les discours pourraient susciter des espoirs puisqu'il est question de rupture avec la loi HPST, de renforcer le rôle des CME, d'une représentation médicale au CHSCT, de remettre en place les commissions régionales paritaires. Cet affichage peut susciter espoir et approbation des médecins, nous pouvons le comprendre. En effet, les avancées en matière de démocratie sanitaire ne pourraient qu'être positives. Sur toutes ces questions nous attendons les mesures concrètes.

D'ores et déjà, au-delà de l'affichage, à l'examen des grands axes du rapport Couty et des discours officiels de Mme Touraine depuis juin 2012, nous constatons :

- Que loin d'abandonner la loi HPST, Mme Touraine souhaite au contraire en renforcer les objectifs de regroupements des établissements et des compétences sur un territoire ;
- Qu'elle maintient les enveloppes budgétaires fermées à l'échelle régionale, déclinées en contrats d'objectifs désormais fixés dans un parcours de soins au niveau de chaque territoire ;
- Que, pour Mme Touraine : « la tarification à l'activité a représenté une avancée considérable pour l'hôpital public. Elle a accompagné financièrement les établissements les plus dynamiques et a introduit à l'hôpital des mécanismes de gestion plus pertinents » ;
- Qu'elle souhaite étendre le rôle de la T2a pour « ancrer le financement dans une logique de parcours " (de soins) pour un « hôpital ouvert sur son territoire ».

Enfin dans le rapport Couty et les discours de la ministre on notera l'absence totale de remise en cause du numerus clausus des médecins à l'origine de la pénurie médicale.

Actuellement, 500 millions d'euros de budget sont gelés en particulier dans le cadre des MIGAC.
Actuellement, il existe une baisse des tarifs hospitaliers.
Actuellement, l'ARS d'Ile de France met en pratique une liste impressionnante d'actes médicaux pouvant désormais être effectués par des personnels non médicaux, comme par exemple la prescription de médicaments par des infirmières chez des patients cancéreux. Voilà comment le gouvernement compte faire face à la pénurie médicale. Or L'ARS applique ici l'article 51 de la loi HPST nullement remise en question.

Pour sa part, le SNMH FO considère que le règlement de la crise actuelle des hôpitaux publics passe par :
- l'arrêt des restructurations actuelles (comme actuellement à l'Hôtel-Dieu de Paris),
- la dotation des moyens humains et matériels pour remplir les missions de soins,
- la levée du numerus clausus en première année des études médicales.

C'est pourquoi le SNMH FO sera présent le 4 avril à la manifestation nationale à Paris,
appelée par la Fédération FO des services publics et de santé, afin de constituer les premiers éléments d'unité des médecins et des personnels pour:

- ➡ L'abandon de la loi HPST,
- ➡ La remise en cause de la logique comptable des enveloppes fermées,
- ➡ L'arrêt des restructurations et des suppressions de postes ;
- ➡ Le rétablissement intégral de la CCNT51 (convention collective des personnels des établissements PSPH)
- ➡ La levée du numerus clausus des études médicales.

SOMMAIRE

Edito ..... Page 1

Développement personnel continu, des médecins sous contrôle?? ..... Page 2

Communiqués récents ..... Page 5

Numerus Clausus, le cheval de Troie du service public hospitalier ..... Page 7

Bulletin d'adhésion SNMH FO ..... Page 8

Le Développement Personnel Continu ou comment mettre les médecins sous contrôle...

La Formation Médicale Continue (FMC) était une obligation déontologique. Dès les années 30, les premières initiatives de formation continue ont émané du monde universitaire avec la création des EPU (Enseignements Post universitaires). En 1971, la loi Delors représente un véritable tournant pour la formation permanente, le gouvernement Chaban-Delmas affiche alors sa volonté de promouvoir l'individu par la formation permanente. Les syndicats médicaux créent alors les premières formations de FMC.

Avec les ordonnances de Juppé en 1996, la FMC devient une obligation légale pour tous les médecins en exercice. Les lois de 2002 et 2004 confirment une double obligation : FMC + Evaluation des Pratiques Professionnelle (EPP) qui s'étend également aux chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes.

Face à des rapports critiques à l'égard du dispositif (impact faible, voire nul de la FMC sur les pratiques, manque de transparence des financements, dispositif trop complexe), la loi HPST introduit en 2009, le concept de Développement Professionnel Continu (DPC) et en fait une obligation pour l'ensemble des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux.

La loi HPST (Art. L. 4133-1) définit les objectifs du DPC en France. Il « a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la prise en compte des priorités de santé publique, la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins ».

Le dispositif sera déployé progressivement? Des mesures transitoires permettent un passage jusqu'en juin 2013, des modalités antérieures (FMC, EPP) au nouveau dispositif.

1 - Quels sont les objectifs du DPC ?

• Triple objectifs : évaluation des pratiques professionnelles + perfectionnement des connaissances + amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, à travers une démarche continue d'amélioration permanente individuelle organisée dans un contexte collectif.
• Dans un contexte de : prise en compte des priorités de santé publique + maîtrise médicalisée des dépenses de santé.
• Délai de mise en place : En principe, opérationnel en juillet 2013.

2 –Quels sont les principes du DPC ?

• Obligation légale pour tous les professionnels de santé chaque année
• Dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
• Comprenant des actions d'acquisition des connaissances et d'analyse de pratiques
• Dont l'utilité et l'efficacité ont été validées
• Des programmes de DPC sont caractérisés par des thèmes, des modalités de formation et des méthodes d'évaluation.

3 - Modalités et actions de formation :

Formations diplômantes
- DU, DIU, Master, etc

Formations présentielles
- Congrès, Séminaires, EPU
- Ateliers (Séances de lames/de simulation)
- Formations individuelles
- Revues, ouvrages, bibliographi
- Formation en ligne (eFMC)

Situations formatrices
- Recherche clinique, publications
- Expertises

4 - Modalités et actions d'évaluation

Analyse de cas (dossiers ou documents)
- Revues de mortalité et morbidité
- Staff-EPP
- Groupes de pairs

Groupes d'analyse de pratiques
- Analyse d'événements indésirables
- Accréditation (spécialités à risque)

Revue des non conformités
- Comité de Retour d'Expérience

Etudes de pratiques
- Audit clinique
- Revue de pertinence

Prise en charge protocolisée
- Chemin clinique
- Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- Réseaux de santé

5 – Quelles sont les structures de gestion du DPC ?

• Organisme gestionnaire du DPC (OGPC) qui comporte des commissions scientifiques indépendantes (CSI)
• Organismes de DPC (ODPC)
• Conseils nationaux professionnels de spécialité (CNPS) rassemblés au sein de la fédération des spécialités médicales (FSM).

6 – Missions de l'OGDPC

• Création d'un Groupement d'Intérêt Public (État et UNCAM) comportant des représentants de l'État, de l'assurance-maladie, des professionnels, des employeurs et propose des orientations de DPC nationales et régionales.
• Mission : assurer la maîtrise d'ouvrage, organiser le financement, contrôler les organismes de DPC.

7 - Quel financement pour le DPC ?

• Contribution annuelle des CNAMS dont le montant est arrêté par le collège des directeurs des CNAMS. Non connue
• Dotation de l'État, Non connue
• Contribution de l'industrie pharmaceutique à hauteur de 0,6 % du chiffre d'affaires réalisé en 2012 ,2013 et 2014, intégralement utilisé pour le financement du DPC médical :
- des médecins libéraux et les médecins salariés (forfait : 7,5 CS pour une demi-journée, 15 CS la journée maximum par an soit 1 jour de formation financé !) ;
- des médecins hospitaliers via le versement de subventions de l'OGDPC qui sera probablement forfaitaire à partir de l'Association Nationale pour la Formation permanente du Personnel Hospitalier (ANFH), Non encore connues
• Contributions volontaires des organismes publics/privés.

8 - Gestion du financement du DPC des praticiens publics :

• Au sein de l'ANFH, création d'une instance paritaire comportant les représentants de la FHF, des représentants des présidents des CME, des représentants des intersyndicales de PH.
• Organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) des fonds versés par les établissements adhérents (0,5 % de la masse salariale dans les CHU ; 0,75 % de la masse salariale dans les CH).
• Recevra la contribution de l'industrie pharmaceutique versée par convention avec l'OGDPC.

9 - L'OGDPC publie :

• La liste des programmes de DPC dispensés : nombre, coût, nombre de professionnels de santé concernés, conditions de prise en charge et forfaits d'indemnisation. Non encore connus
• La liste des ODPC enregistrés.
Pas tous reconnus
• Les comptes annuels de l'OGDPC.

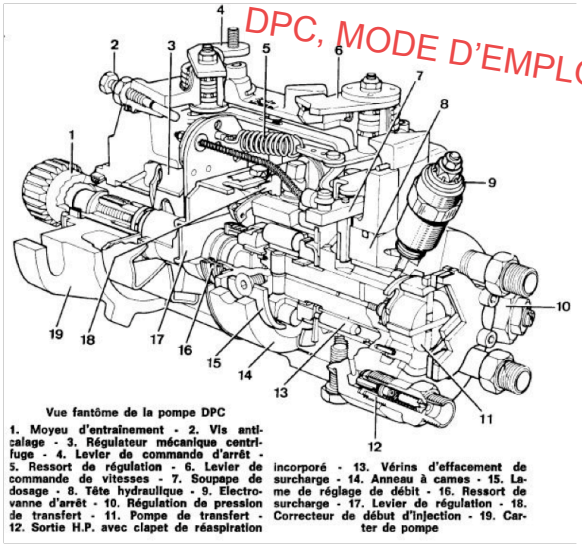
1O - Les Commissions Scientifiques Indépendantes (CSI) :

Elles sont au nombre de 5 (médecins, sages-femmes, chirurgiens dentistes, pharmaciens et professions paramédicales). Leur attribution dans le dispositif consiste à :
- donner un avis sur les orientations nationales et régionales du DPC,
- évaluer et valider les ODPC en fonction de critères précis : capacité pédagogique et méthodologique, qualités et références des intervenants, indépendance financière,
- répondre aux demandes d'expertise de l'OGDPC,
- établir la liste des DU correspondants à un programme de DPC,
- donner des avis sur les méthodes et les modalités dont la liste est validée par l'HAS.

11 - Quels rôles de la HAS et du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) :

• Le CNOM, sur la base de la transmission d'attestation délivrée par les ODPC ou de diplômes universitaires obtenus, contrôle tous les cinq ans les obligations annuelles. Si elles ne sont pas satisfaites, il apprécie la nécessité de la mise en place d'un plan annuel personnalisé de DPC. En l'absence de sa mise en œuvre, possibilité de sanctions pour insuffisance professionnelle.

• La HAS fixe et valide les méthodes et les modalités du DPC, élaborées avec le concours de la FSM et après avis de la CSI.



Vue fantôme de la pompe DPC
1. Moyeu d'entraînement - 2. Vis anti-calage - 3. Régulateur mécanique centrifuge - 4. Levier de commande d'arrêt - 5. Ressort de régulation - 6. Levier de commande de vitesses - 7. Soupape de dosage - 8. Tête hydraulique - 9. Electrovanne d'arrêt - 10. Régulation de pression de transfert - 11. Pompe de transfert - 12. Sortie H.P. avec clapet de réaspiration incorporé - 13. Vérins d'effacement de surcharge - 14. Anneau à cames - 15. Lame de réglage de débit - 16. Ressort de surcharge - 17. Levier de régulation - 18. Correcteur de début d'injection - 19. Carter de pompe

12 - Quels rôles de l'ARS et de la HAS ?

Les ARS : Elles sont impliquées dans le dispositif, plus particulièrement dans :
• La promotion des programmes

• La définition des orientations régionales spécifiques en lien avec le PRS (levier important pour orienter la formation des professionnels vers des problématiques régionales de santé publique). Non encore connues
• Le suivi et contrôle des paramédicaux ne relevant pas d'un ordre professionnel. Pour les paramédicaux salariés (y compris les hospitaliers), ce sont les employeurs en charge du suivi et du contrôle.

La HAS est le référent et le garant méthodologique du DPC. Elle définit

➡ Un catalogue de méthodes de DPC basées sur l'intégration de la démarche d'analyse et d'amélioration des pratiques dans l'activité courante et permanente des professionnels.

➡ Les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles : groupe d'analyse de pratiques entre pairs, revue de pertinence des soins, revues de morbidité mortalité, réunions de concertation pluridisciplinaire, chemins cliniques…

13 - Au final que faut –il faire ?

Participer au cours de chaque année civile à un seul programme DPC collectif (annuel ou pluriannuel) est suffisant, s'il satisfait à plusieurs conditions :

➡ Contenu comportant des actions d'acquisition des connaissances et de compétences d'analyse de pratiques ;

➡ Conformité à une méthode et des modalités validées par la HAS ;

➡ Conformité à une orientation nationale arrêtée par le ministre après avis de la CSI ou régionale arrêtée par l'ARS après avis de la CSI ;

➡ Mise en œuvre par un organisme ODPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI.

COMMENTAIRES DU SNMH FO

La loi HPST a rendu le DPC obligatoire pour tous les professionnels de santé et applicable dès le 1er janvier 2013 alors que plusieurs données ne sont pas encore connues par les médecins (ODPC agrées, thématiques validées, montants des indemnités…).

Avant cette réforme, la formation continue des médecins était confiée au conseil national de formation continue crée en 2004. Il avait pour mission d'agréer les organismes de FMC (soit 492 organismes de formation validée à ce jour). Ce conseil était formé à parité entre les médecins salariés, les libéraux et les hospitaliers.

Désormais, c'est l'OGDPC qui validera les organismes de formation en sachant la multiplicité des membres de cette instance. Ces derniers n'ont pas forcément des intérêts convergents si ce n'est de nous museler et de nous enfermer dans une certaine vision de la médecine et des soins. Par ailleurs, les petites associations scientifiques risquent de disparaître car n'ayant pas suffisamment de moyens pour répondre au cahier des charges rigoriste de l'OGDPC et de la HAS.

Vous avez sans doute compris que le DPC repose finalement sur les fondamentaux de la démarche qualité. Ce nouveau dispositif, sensé être moins obscur et plus transparent que par le passé, est organisé de façon complexe, très bureaucratisée et surtout très directif. Il est peu lisible pour la majorité d'entre nous et nous enfermera dans un carcan, tout en abaissant les possibilités de formation car insuffisamment financées. En effet, le financement n'est pas pérenne, les financeurs potentiels n'ont pas encore fixé leur contribution. La seule connue pour le moment est l'enveloppe abondée par l'industrie pharmaceutique (soit 102 millions pour 2013), cette somme serait revue à la baisse d'environ un tiers du montant.

A ce jour, le praticien lambda ne sait pas comment choisir, sur quelle base il sera indemnisé et si au final sa formation sera validée ou non.

Les praticiens hospitaliers éligibles au DPC sont estimés à 20 000 alors qu'il existe plus de 40 000 praticiens dans les hôpitaux. En moyenne 800 € par an et par PH seront consacrés au DPC. En entreprise, le montant de la formation consacrée au cadre est d'environ 4500 € /an.

La Fédération Hospitalière de France a fortement incité les établissements de santé à adhérer à l'ANFH (association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier). La représentativité des médecins dans cet organisme est minoritaire.

Nous craignons encore une fois de diminuer l'attractivité de l'hôpital pour les jeunes médecins. En effet, le choix d'exercer à l'hôpital est en partie sous-tendu par la diversité des pratiques et l'accès à la formation.

Pour rappel, La réglementation statutaire des praticiens ouvre des droits à des congés de formation comme suit :

• Praticien hospitalier à temps plein : 15 jours de formation par an, et 20 jours pour un poste prioritaire,
• Praticien hospitalier à temps partiel : 6 jours par an, 9 jours pour un poste prioritaire,
• Praticien contractuel : 5 à 8 jours à temps plein, 5 jours pour un temps partiel,
• Praticiens adjoints contractuels : 15 jours
• Assistant et assistant associé : 15 jours à temps plein, 6 jours à temps partiel,

• Praticien attaché : 8 jours pour un temps plein, 6 jours pour un temps partiel (ceux qui travaillent plus de 3 à 9 demi-journées hebdomadaires) et 2 jours pour ceux qui effectuent 3 demies journées hebdomadaires,

• Praticien hospitalier universitaire : six semaines.

En conclusion, est ce que ce dispositif sera viable, opérant et un vrai outil de promotion et d'égalité pour le développement des connaissances et des pratiques professionnelles et médicales en particulier, ou un enième outil de gestion totalitaire qui met encore une fois à mal l'indépendance de la pratique médicale ?

Dr Malika Birig (Moselle 57)

Fermeture de l'Hotel Dieu

"Madame la Ministre,

Après Grenoble, Strasbourg, Angers et maintenant Roubaix, la liste des urgentistes qui dénoncent la crise des services d'urgences et leurs difficultés pour soigner les malades s'allonge. Ce n'est que le sommet de l'iceberg. De nombreux centres d'urgences en France souffrent « en silence », soit résignés, soit impuissants.

La menace de fermeture de l'Hôtel-Dieu est emblématique d'une politique aveugle qui pourrait avoir des conséquences dramatiques sur l'ensemble des services d'urgences de la capitale et sur la population par ricochet. Nous vous demandons d'entendre les alertes des professionnels de la médecine d'urgence et de ne pas prendre de décision irréversible sans eux.

Des urgences à saturation

L'état des lieux est accablant dans les hôpitaux : 4 heures d'attente avant de voir un médecin urgentiste, voire 8 à 10 heures en cas d'affluence, 1 heure avant que les pompiers ne puissent déposer un patient, des équipes médicales et paramédicales épuisées, des démissions en série …

Paris intra-muros compte neuf services d'urgences dans les hôpitaux publics : Lariboisière, Saint-Antoine, Cochin, la Pitié Salpêtrière, Saint-Louis, Tenon, Bichat, l'Hôpital Européen Georges Pompidou et l'Hôtel-Dieu. L'analyse de leur activité en temps réel révèle que la majorité de ces services dépasse quotidiennement, et plusieurs heures par jour, leur capacité d'accueil (jusqu'à 180% de suractivité). Tous se plaignent de la difficulté, voire de l'impossibilité d'hospitaliser les patients dans un lieu approprié. De plus, chaque année, des milliers de patients qui s'adressent et font confiance à l'hôpital public, sont transférés dans le privé faute de place.

En réponse aux plaintes croissantes des professionnels de l'urgence, l'AP-HP a mis en place en 2012 une cellule de crise. Les réunions entre cette « plateforme des urgences » et les urgentistes sont d'une inefficacité coupable, à tel point que le 18 février 2013, le Pr Casalino, Président de la Collégiale des Urgentistes et chef de service des urgences de Bichat a écrit à la Direction Générale de l'AP-HP, à l'Agence Régionale de Santé et au Président de la Commission Médicale d'Etablissement : « L'absence de mesures efficaces (…) a pour conséquences de laisser sur le tapis des patients qui auraient dû être admis dans l'hôpital (...) pour garantir qualité et sécurité des soins, de pourrir la vie des équipes des urgences, et une fois de plus, de prouver que notre institution ne peut pas répondre en temps et en heure aux besoins de la population. »

Un flux de patients qui ne pourra être absorbé

Malgré cette situation déjà ingérable, la direction générale de l'AP-HP et la Commission Médicale d'Etablissement veulent fermer en 2013 le service d'urgences de l'Hôtel-Dieu, un des neuf services d'urgence intra muros, en réponse à la fermeture progressive et programmée des lits d'hospitalisation (médecine interne, psychiatrie, réanimation, etc…) et des blocs opératoires (chirurgie, ophtalmologie) de l'établissement. Ce service d'urgences, situé au centre de la capitale touristique, accueille, 24 heures sur 24, 300 malades par jour (urgences générales et urgences médico-judiciaires).

Les urgences des autres hôpitaux parisiens, déjà surchargés, ne pourront absorber ni les 90.000 patients qui consultent chaque année à l'Hôtel-Dieu ni les 4.000 malades qu'il faudra hospitaliser en plus des leurs. Le 23 janvier, le Pr Hausfater, adjoint au chef de service des urgences à la Pitié-Salpêtrière, écrit à ses collègues : « Les équipes sont épuisées. Nos hôpitaux sont désormais trop "petits" pour offrir l'aval d'hospitalisation à ce flux de patients aux urgences ».
Les propositions faites par l'AP-HP de transformer les urgences médico-chirurgicales en « un espace de consultations de médecine générale sans rendez-vous » dans le cadre du futur Hôtel-Dieu sont irréalistes et traduisent une profonde méconnaissance des filières de soins. On ne peut demander aux patients, sous peine de leur faire courir des risques incommensurables, de s'auto-diagnostiquer et de ne pas aller aux urgences. Un service prenant en charge toutes les pathologies, de la plus à la moins grave, en continu, n'est rien d'autre qu'un service d'urgences et celui-ci a besoin, pour fonctionner, de lits d'hospitalisation en aval.
Dans ces conditions, annoncer la fermeture de ce service situé en plein centre de Paris est irresponsable, d'autant que la littérature scientifique a clairement prouvé que la saturation des services d'urgences induit une augmentation de la mortalité de près de 10%.

Depuis dix ans, une interminable dérive

Cela fait plus de 10 ans maintenant que les « plans stratégiques » se succèdent, que des centaines de milliers d'euros sont gaspillés en audits en tous genres, qu'aucun projet médical, administratif ou encore universitaire cohérent n'a

été porté par l'équipe dirigeante médicale et administrative. Pire, au nom du concept de groupe hospitalier, les équipes vivent une interminable dérive : fermetures en série de services entiers de soins (nutrition, hématologie, diabétologie,…), démissions de responsables, valses et inflation de directeurs, perte d'emplois médicaux et paramédicaux, épuisement physique et psychique des soignants, et au final réduction quantitative et qualitative de l'offre de soins.

En cette période d'austérité, il y a un paradoxe : cet hôpital a été largement rénové il y a moins de 5 ans (avec des urgences flambant neuves pour un coût de 4,3 millions d'euros), et c'est l'un de ceux qui fonctionnent le mieux en terme de réduction des temps d'attente, notamment grâce à une filière courte innovante et une fluidité de l'aval.
Le 21 février, les deux organisations syndicales AMUF et Samu de France, vous ont écrit pour dénoncer "une crise majeure" et "la débâcle annoncée des services d'urgence, dernier maillon d'une fragile chaîne de solidarité". Si vous voulez empêcher cette catastrophe sanitaire annoncée, cet établissement doit rester un hôpital de proximité avec un service d'urgences et une capacité d'hospitalisation à la hauteur des enjeux et non un dispensaire inutile et coûteux.
Fermer l'Hôtel-Dieu (ou le transformer en hôpital universitaire de santé publique, sans urgences et sans lits, ce qui revient au même), c'est supprimer une offre de soins d'urgences indispensable au centre de Paris, aggraver la saturation des services d'urgences aux alentours et se préparer à en assumer les conséquences sanitaires.

Dr Gérald Kierzek, hôpital Hôtel-Dieu, secrétaire général Hôpital pour tous
Dr Patrick Pelloux, hôpital Necker-Enfants-Malades, président de l'AMUF
Dr Christophe Prudhomme, hôpital Avicenne, collectif médecins CGT
Dr Pierre Taboulet, hôpital Saint-Louis, ex-chef de service (démissionnaire) Saint-Louis

Communiqué intersyndical des urgentistes de l'hôpital de Grenoble

Depuis des mois et même des années, les médecins urgentistes du CHU de Grenoble dénoncent leurs conditions de travail exécrables.
Début 2013, ils décident de démissionner collectivement avec une date butoir le 15 février.

Le 8 février, une délégation FO/médecins du CHU rencontre à la préfecture de Grenoble un représentant du ministère.
Le 12 février, une rencontre Snmh-Fo/médecins démissionnaires a lieu dans les locaux du CHU.

Le 13 février, sortie du premier tract intersyndical reprenant les revendications des médecins.

Le 14 février, la direction générale du CHU annonce dans l'urgence, la création d'une troisième ligne de garde.

Le 26 mars prochain, le syndicat FO du CHU de Grenoble fort du tract du 4 mars (ci dessous) doit rencontrer la direction.

Pour sa part le SNMH.FO considère que l'unité des médecins, du personnel soutenu par les syndicats est la principale force qui a obligé la direction à céder sur la revendication d'une troisième ligne de garde.

FO est fière d'avoir apporté sa pierre à cette victoire et reste vigilant quant à son application dans les faits!

Syndicat CGT CHU Grenoble et Union Départementale Santé CGT

SNMH-FO et Groupement Départemental Santé FO

COMMUNIQUÉ

Sous la menace de démission de 23 médecins soutenus par les personnels et les syndicats, **la direction du CHU de Grenoble s'est engagée dans un protocole notamment pour :**

♦ La création d'une 3ème ligne de garde ce qui entraîne le recrutement de 8 urgentistes.
♦ La réalisation de travaux dès 2013 et l'établissement de plans à plus long terme.
♦ La mise en place d'une cellule de placement des patients des urgences.
♦ La définition des conditions de fonctionnement d'une unité post-urgences pour l'hiver prochain
♦ L'établissement d'un plan d'investissement matériel.

Nos syndicats prennent acte de ces engagements et seront vigilants quant à leur réalisation.

Nos syndicats demandent dans l'immédiat une rencontre avec la direction pour connaître en particulier l'échéancier et les modalités de mise en place de la promesse faite de lits (35) dans des chambres et non des "lits-couloir" avant la fin de l'année.

Pour nos organisations, il n'est pas question que ces postes et ces lits soient attribués au détriment d'autres activités du CHU. **Il est en effet aujourd'hui impossible de diminuer l'effectif d'un service sans mettre en danger les malades et les personnels.**

Pour de bonnes conditions de travail et d'accueil des patients, la création de postes de médecins est indissociable de la création de lits et de postes non médicaux.
La création de services de soins de courte durée, notamment à orientation gériatrique, avec les moyens nécessaires apparaît en bonne place sur la liste des priorités.
Les places de réanimation, de neurologie, de pneumologie, de cardiologie, de chirurgie, etc… manquent et apparaissent comme autant de nécessités.

• Plus un seul service ne doit fermer !
• Pas un seul poste ne doit être supprimé !
• Embauche de tous les personnels nécessaires !

Grenoble, le lundi 4 mars 2013

Numerus clausus et démographie médicale :

Le cheval de Troie du service public hospitalier et du système de santé en général.

Depuis des années, le SNMH FO martèle sur la levée du numerus clausus (NC), que nous avons caractérisé comme le coup le plus dur porté à la médecine en 1971. En effet, sa mise en place était officiellement annoncée comme un moyen de limitation des dépenses de santé par les politiques de l'époque. Il a été reconduit par tous les gouvernements successifs.

Tous les médecins connaissent le résultat : les difficultés d'accès aux soins pour les patients qui affluent dans les services d'urgence, la dégradation des conditions de travail pour les médecins. A l'hôpital, les équipes médicales en grandes difficultés faute de recrutement avec de plus en plus de spécialités sinistrées si ce n'est toutes. Le recours aux « carottes » que sont les intérimaires et autres contrats de cliniciens aggrave l'inégalité de traitement des médecins, généralise l'intéressement, « bâton » de la rentabilité financière, bien peu compatible avec la déontologie médicale qui détruit le statut de PH bien plus sûrement que toutes les contre-réformes.

L'étude de la démographie médicale faite par l'Ordre des Médecins en janvier 2012 démontre qu'une catastrophe sanitaire se prépare à l'horizon de 2017, qu'aucune zone géographique n'est épargnée par cette menace y compris PACA et Ile de France où la situation se dégrade d'ores et déjà, qu'il faut compter à ce jour sur plus de 10 300 retraités actifs et 7,4% de médecins à diplôme obtenu hors France pendant que le nombre de nouveaux inscrits ne compense pas les départs à la retraite. Et ce constat déjà alarmant ne tient aucun compte de l'augmentation des besoins en effectifs médicaux qu'impose l'évolution des pratiques et des progrès techniques en médecine. Par exemple : là où un radiologue était suffisant il y a 10 ans, il faut maintenant plusieurs radiologues spécialisés dans de nouvelles techniques diagnostics et thérapeutiques…

Or le NC pour 2012-2013 s'élève à 7 492 étudiants admis en PCEM1, contre…… 8 588 en 1971 !

Le 13 décembre 2012, Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, dévoilait son « Pacte démographie médicale » (ref.1), à rapprocher de son discours prononcé au 6ème Congrès de la médecine générale à Nice le 23 juin 2012 (ref.2). Dans tout cela, pas un mot sur le NC à l'entrée des études de médecine, pas un mot sur la pénurie médicale dans les hôpitaux. Seule la difficulté d'accès à la médecine générale libérale est soulignée, réduite à un chiffre : 7% de la population se trouverait en zone de densité médicale insuffisante ! Quels sont les critères de cette « insuffisance », et quelle est la qualité d'accès aux soins des autres ??? Pas un mot ! Le manque de médecins dans les hôpitaux n'est pas seulement passé sous silence il est nié. Loin de prévoir l'augmentation des effectifs médicaux, la levée du NC à l'entrée des spécialités au moins les plus déficitaires, Mme Touraine veut utiliser les médecins hospitaliers pour combler les déficits en libéraux dans ce qu'elle appelle les « territoires de santé » qui seraient gérés par des commissions locales : « *les acteurs de la proximité, élus locaux, CPAM, rectorat, responsables de la médecine du travail, de la PMI, de la santé scolaire, animés par les délégués territoriaux des agences régionales de santé, construiront les politiques de proximité avec les professionnels de santé au sein d'une commission territoriale d'accès aux soins.*»(2). Et dans son « engagement n° 10 » de son « pacte démographie médicale » elle précise : *« L'idée est de mettre à disposition des médecins salariés des établissements hospitaliers, des centres de santé ou des organismes mutualistes pour qu'ils aillent exercer en ambulatoire dans les territoires les plus fragiles en restant salariés. Cela serait permis par des signatures de ces établissements de contrats avec l'ARS. Calendrier : le plan de mobilisation sera mis en place début 2013. »(1)*

UNE CATASTROPHE SANITAIRE A L'HORIZON DE 2017, N'EPARGNANT AUCUNE REGION FRANÇAISE...

Attention ce ne sont pas là des mots en l'air !

En Creuse cela s'applique déjà « grâce » à un plan PDSA 23 (Permanence des soins en médecine ambulatoire), piloté par l'ARS et mis en place le 1 octobre 2012 dans lequel on lit : *« Pour le grand secteur de Guéret où l'astreinte libérale serait ainsi assurée pour partie par les médecins libéraux et pour partie par le CH de Guéret :* ***un médecin du CH de Guéret participe à l'activité des visites à domicile toutes les nuits de 20h à 8h du lundi au vendredi et de 0h à 8h les samedis, dimanches, fériés et jours de pont ».***

Notons que ce texte ne vise pas seulement les urgentistes mais bien n'importe quel médecin

hospitalier qui pourrait être contraint à ces déplacements en dehors de son emploi statutaire par exemple pendant les astreintes hospitalières de médecine. Par ailleurs le texte prévoit une rémunération des hospitaliers sur la base des déplacements d'astreintes hospitalières et donc de substantielles économies budgétaires ! Car Mme Touraine ne manque pas de préciser qu'elle veut ainsi *« accroître l'efficience globale du système »(…) « dans le cadre des contraintes financières qui s'imposent à nous »*. Or l'estimation des « contraintes financières » que fait la Fédération Hospitalière de France pour les hôpitaux c'est : 5% de budget en moins, équivalant à 35 000 suppressions de postes !

Pour sauver l'accès aux soins pour tous, pour sauver le service public hospitalier et les droits statutaires de ses personnels médicaux, il faut au contraire former beaucoup plus de médecins. Il faut lever le NC. Il faut qu'un combat dans ce sens s'engage à tous les niveaux :

- pour que soit donnés aux universités les moyens d'accueillir plus d'étudiants en médecine,
- pour que les filières de spécialités forment plus de spécialistes à hauteur des besoins aussi bien pour les CHU que pour les centres hospitaliers non universitaires,
- pour que des stages soient ouverts partout pour les étudiants en médecine en fin de cursus, en particulier dans les CH non universitaires. Les services hospitaliers ont besoin du temps médical supplémentaire qu'apportent les internes. Les internes ont besoin de la formation qu'ils trouvent dans les hôpitaux. Un hôpital sans interne périclite, alors que les seniors qui accueillent et forment des internes sont stimulés pour maintenir un niveau de connaissance médicale à hauteur de cette tâche de formation.

Au SNMH FO, nous sommes bien conscients que ce mot d'ordre de levée du NC implique de résoudre toutes ces difficultés mais il n'y a pas d'autre choix et ***nous continuerons à combattre dans ce sens au coté de tous ceux qui s'y engageront.*** Cet article, loin d'aborder tous les éléments du problème, n'est qu'un début de discussion.

Chantal Lesouple (Guéret 23)

SNMH FO Syndicat National des Médecins Hospitaliers

Bulletin Adhésion SNMH-FO

66 % du montant de la cotisation est déductible de vos impôts.

Nom : …….....

Prénom : …….....

Statut actuel : …….....……

Spécialité d'exercice : ……....

Adresse où vous voulez recevoir les courriers syndicaux :

……

……

Téléphone professionnel :……...

Fax :……..... Mail :……

A retourner accompagné du règlement (à l'ordre du SNMH-FORCE OUVRIERE) à :
Dr Dominique DOURY, Service Pharmacie - Centre Hospitalier de GONESSE 25 rue Bernard Février -BP 71 - 95 503 GONESSE Cedex.
E-mail : dominique.doury@ch-gonesse.fr

TARIFS 2013

PH Temps Plein : 185 Euros
PH Temps Partiel, Assistants, Attachés Temps Plein : 115 Euros