

Commission d'enquête
du Sénat sur la situation
de l'hôpital et le
système de santé en
France

Audition de Jeunes Médecins

13 janvier 2022 - 16h00



Table des matières

Présentation de Jeunes Médecins.....	2
Introduction.....	3
Quelques chiffres	4
Nos constats et propositions.....	6
1. DANS LE CHAMP SANITAIRE	6
A. REORGANISATION DE LA CARTE HOSPITALIERE AU NIVEAU DE L'UNIVERSITE	7
B. REORGANISATION DE LA CARTE HOSPITALIERE AU NIVEAU DES ETABLISSEMENTS DE PROXIMITE ET DES URGENCES..	9
C. LE NUMERIQUE EN SANTE.....	12
2. DANS LE CHAMP MEDICO-SOCIAL.....	13
3. EN MATIERE DE DEVELOPPEMENT DURABLE	15
Recueil de Témoignages pour illustrer nos propos.....	18
Témoignage n°1.....	18
Témoignage n°2.....	22
Témoignage n°3.....	24
Témoignage n°4.....	25
Témoignage n°5.....	27
Témoignage n°6.....	28
Annexe 1 - LIVRE BLANC DE JEUNES MÉDECINS	
Annexe 2 - LIVRE VERT DE JEUNES MÉDECINS ÎLE-DE-FRANCE	
Annexe 3 - RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE JEUNES MÉDECINS SUR L'ATTRACTIVITÉ DES CARRIÈRES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES	

Présentation de Jeunes Médecins

Jeunes Médecins est un syndicat professionnel représentant 5 000 médecins, toutes spécialités et tous modes d'exercice confondus.

Enrichi par ses nombreuses années d'expérience syndicale, l'ISNCCA devenu Jeunes Médecins est une structure innovante poursuivant l'objectif d'unir, de représenter et défendre les intérêts des jeunes médecins sans parti pris de spécialité ou de mode d'exercice.

Audition de Jeunes Médecins devant la Commission d'enquête du Sénat sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France – 13 janvier 2022 à 16h00

Mesdames les Sénatrices, Messieurs les Sénateurs,

En préambule, il nous paraît nécessaire de faire un état des lieux de la situation de notre système de santé et, au-delà, d'apporter la vision et les attentes des jeunes médecins à quelques cent jours de l'élection présidentielle.

Introduction

Tout d'abord, quelle que soit notre spécialité, notre mode d'exercice, en harmonie avec l'ensemble de la communauté soignante, félicitons-nous d'avoir permis, jusqu'à ce jour, à notre pays et à la nation tout entière, de faire face à cette situation épidémique d'ampleur planétaire et inégalée.

Par cette solidarité et cette abnégation, nous avons démontré, s'il en était nécessaire, que la communauté des soignants met l'intérêt général au centre de son exercice professionnel et défendra ses missions de service au public coûte que coûte.

Rassurons-nous, nos concitoyennes et concitoyens, après avoir manifesté leur soutien et leur reconnaissance par des applaudissements quotidiens, saurons-nous faire entendre la nécessité de refonder notre système de santé dans le cadre des prochaines échéances électorales. Car, s'il y a un enjeu majeur auquel les futurs candidates et candidats doivent répondre, c'est bien celui de l'effondrement de notre système de santé comme en a alerté l'OMS récemment¹.

Car oui, la souffrance des soignants a atteint un paroxysme jamais égalé entraînant un niveau d'épuisement professionnel et d'affections mentales liées aux conditions de travail sans commune mesure². Et pourtant, les trois experts de l'Observatoire national de la qualité de vie au travail (ONQVT) censés orienter la stratégie gouvernementale d'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants, ont démissionné devant l'absence de moyens alloués à cette problématique³. Cette souffrance au travail se manifeste pour nos concitoyens par des fermetures de lits faute de soignants et une incapacité à répondre à la demande de soins même en ambulatoire⁴.

Rappelons-nous, alors que nous venons tout juste de sortir de la première vague épidémique et que nous nous préparons à en affronter une seconde, le Ministre des Solidarités et de la

¹ Déclaration de Tedros Adhanom Ghebreyesus – conférence de presse 29/12/2021 <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-press-conference---29-december-2021>

² Étude sur la santé mentale des futurs médecins entre mai et juin 2021 - ISNI - ISNAR IMG - ANEMF

³ <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/des-experts-de-l-onqvt-claquent-la-porte.html>

⁴ https://www.francetvinfo.fr/sante/politique-de-sante/lits-d-hopitaux-fermes-faute-de-personnel-beaucoup-de-soignants-sont-lamines-broyes-par-le-systeme-denonce-un-syndicat-infirmier_4823619.html

Santé, Monsieur Olivier Véran, annonçait la mise en place d'un plan de transformation et d'investissement sans précédent, dénommé « Ségur de la santé ».

C'est à grands coups de communication et d'incantations médiatiques que le gouvernement, dans son entièreté, a réalisé l'un des plus grands escamotages de ce quinquennat, faisant croire que le délabrement de notre système de santé était lié à une situation conjoncturelle, et laissant penser que seuls des investissements massifs à coût de milliards d'euros pourraient parvenir à réinsuffler de l'espérance parmi une communauté soignante à bout de souffle.

Refusant de participer à cette mascarade et conscients des responsabilités qui sont les nôtres, Jeunes Médecins, avec nos amis d'Action Praticiens Hôpital, avons refusé de signer les accords du Ségur, faisant de ceux-ci un pis-aller médiatique ne réunissant pas la majorité de la représentation médicale des hôpitaux. Le Ségur de la santé que l'on aurait pu ré-intituler « Ségur de l'hôpital » a été, en réalité, une énième manifestation, s'il en était nécessaire, de la vision borgne qu'ont la technocratie et les tenants de l'hospitalo-centrisme de l'accès aux soins, ne considérant celui-ci que par le prisme de l'hôpital.

Car, si nous devions nous arrêter sur la situation de l'hôpital avant cette crise, nous pourrions la comparer à celle d'un cartoon courant au-dessus d'un précipice en attendant sa chute sans même s'en apercevoir. La COVID a été l'élément précipitant la chute et non sa cause.

Mais quelle était la réalité de l'hôpital en France jusqu'alors ?

Quelques chiffres

La France est le pays dont la dépense sociale est la plus forte⁵ y investissant chaque année près de 30% de son PIB.

Concernant la santé, cela représente presque 10% du PIB soit plus de 200 milliards d'euros. Sur ces 200 milliards, 80 milliards sont consacrés chaque année à l'hôpital nous positionnant à la 4^{ème} place des pays de l'OCDE⁶.

L'hôpital en France, cela représente près de 3 000 établissements, soient près de 400 000 lits, soit 6 lits pour 1 000 habitants nous positionnant à la 10^{ème} place des pays de l'OCDE⁷.

Certes, sur les 20 dernières années les capacités en lits ont baissé de 70 000 lits, mais cela s'est fait dans une logique de développement de la prise en charge ambulatoire des patients suivant les avancées médico-techniques de nombre de spécialités médico-chirurgicales et favorisant le parcours de soins de la population au sein de la cité avec comme médecin pivot, le spécialiste de médecine générale, devenu médecin traitant.

⁵ <https://www.oecd.org/fr/social/soc/OCDE2020-Le-point-sur-les-depenses-sociales-SOCX.pdf>

⁶ https://www.oecd-ilibrary.org/sites/fea50730-fr/1/3/7/1/index.html?itemId=/content/publication/fea50730-fr&_csp_=3364ebf8f7c9241599891cc6f929959&itemIGO=oecd&itemContentType=book

⁷ <https://data.oecd.org/fr/healthqt/lits-d-hopitaux.htm>

Il est également important de noter que le taux de vacance des lits d'hospitalisation sur une année en France est de 25%⁸ soit le plus important parmi les pays de l'OCDE.

Concernant les soignants maintenant, **environ 100 000 médecins, titulaires et contractuels, travaillent à l'hôpital public, associés à près de 250 000 infirmiers et 185 000 aides-soignants.**

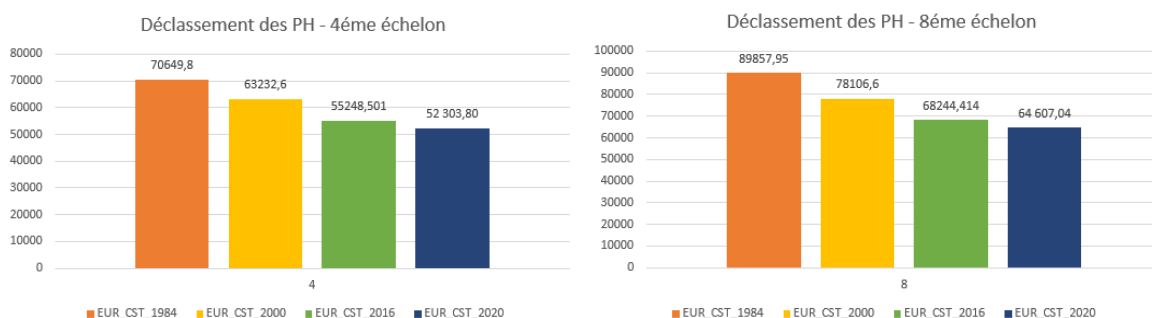
En rapportant ces chiffres au nombre d'habitants, autant le nombre de médecins se situe au niveau de la moyenne des pays de l'OCDE avec 3,3 médecins pour 1 000 habitants, autant ce ratio n'est pas à la hauteur concernant les infirmiers avec 10,5 infirmiers pour 1 000 habitants⁹. Enfin, concernant les niveaux de rémunération, selon l'OCDE, les médecins hospitaliers français sont à 2,2 fois le salaire moyen là où les collègues allemands sont à 5,4 fois ce salaire médian¹⁰.

Quant aux infirmiers français, ils occupent la queue de peloton des pays de l'OCDE avec une rémunération à 0,9 fois le salaire moyen là où leurs homologues allemands sont à 1,1.¹¹

Pour résumer, la France continue à investir dans l'hôpital avec un capacitaire de lits relativement préservé au regard de ses voisins de l'OCDE avec, cependant, un ressenti de pénurie de lits ; une offre médicale hospitalière préservée avec, là-aussi, une perception contradictoire ; une réelle pénurie en personnels paramédicaux ; et enfin un sous-investissement dans les salaires des soignants.

Sur ce dernier point, on ne peut que constater la chute des revenus annuels dans le temps.

Si l'on reprend le travail de compilation de la grille des PH depuis 1984, avec les données de l'INSEE, les graphiques sont parlants et mettent en évidence le désinvestissement des politiques de santé dans le salaire des soignants¹².



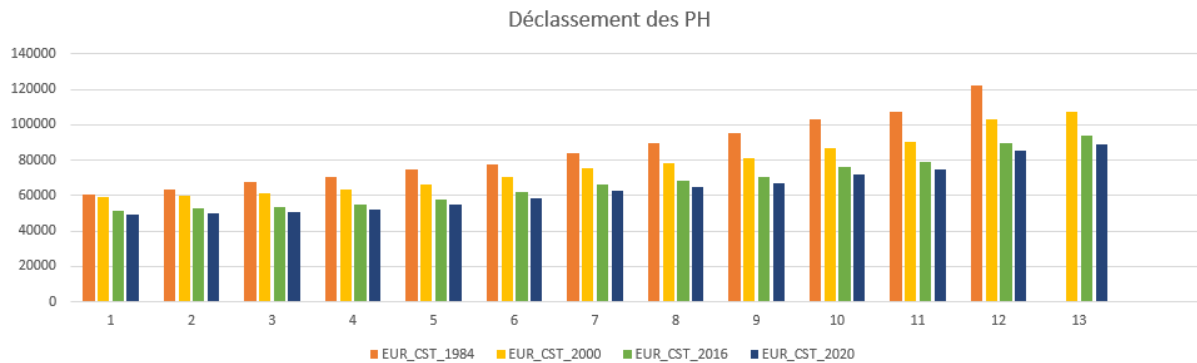
⁸ https://www.oecd-ilibrary.org/sites/5f5b6833-fr/1/2/9/3/index.html?itemId=/content/publication/5f5b6833-fr&_csp=65ac94c7f4b2dbbf68a7eef9e558ed12&itemIGO=oecd&itemContentType=book

⁹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277748?sommaire=4318291>

¹⁰ https://www.oecd-ilibrary.org/sites/5f5b6833-fr/1/2/8/4/index.html?itemId=/content/publication/5f5b6833-fr&_csp=65ac94c7f4b2dbbf68a7eef9e558ed12&itemIGO=oecd&itemContentType=book

¹¹ https://www.oecd-ilibrary.org/sites/5f5b6833-fr/1/2/8/6/index.html?itemId=/content/publication/5f5b6833-fr&_csp=65ac94c7f4b2dbbf68a7eef9e558ed12&itemIGO=oecd&itemContentType=book

¹² <https://oursenblanc.wordpress.com/2022/01/02/declassement-des-ph/>



Les montants exprimés sont en équivalent-euros de 2020, ce sont les revenus bruts annuels.

Alors pourquoi une telle situation de crise et quelles solutions pouvons-nous apporter ?

Nos constats et propositions

1. DANS LE CHAMP SANITAIRE

Certains voudraient faire porter le poids de ce déclin hospitalier aux seules logiques administratives qui ont prévalu ces vingt dernières années.¹³

Or, ceux sont les mêmes qui, aujourd'hui, poussent des cris d'orfraie, et ont tout fait pour maintenir leurs positions de dominants au sein de l'hôpital public.

En effet, l'hôpital public que nous connaissons et dans lequel nous exerçons est un héritage des ordonnances Debré qui, au sortir de la deuxième guerre mondiale, ont posé les bases d'une organisation des soins permettant à la France de se hisser au sommet de l'innovation médicale mondiale et aux Français, d'avoir accès à une médecine de pointe, faisant de la France le meilleur système de santé au monde.

Cette transformation de notre système de soins, en lien avec l'Université, a installé les CHRU comme pilier de l'accès aux soins. Elle a, dans le même temps, créé un corps d'élites que sont les hospitalo-universitaires. Il est à noter que les conditions économiques qui ont permis ces transformations, en amont du choc pétrolier de 1973, ne sont en rien comparables aux conditions économiques actuelles que nous traversons et qui sont devenues des plus incertaines suite à la crise épidémique que nous traversons encore aujourd'hui.

Mais regardons les choses en face, cette organisation hospitalo-centrée, extrêmement pyramidale a-t-elle permis à la France de sortir grandie de cette crise ?

Si nombre des tenants de cette vision héliocentriste de la médecine française ont fait part de leurs états d'âme et de leurs pronostics dans les médias quant à la conduite à tenir face à la pandémie que nous traversons, qu'ont-ils proposé de neuf, quelles ont été leurs solutions pour

¹³https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/12/09/l-appel-de-670-medecins-de-l-ap-hp-la-culture-du-chiffre-du-blabla-et-des-process-sape-le-moral-des-personnels-hospitaliers_6105255_3232.html

rénover notre système de soins ? La France est-elle toujours le meilleur système de santé du monde ?

Il n'est évidemment pas question de donner des leçons de ce qui aurait dû être fait ou de ce qui aurait pu être évité, tellement le phénomène que nous traversons, à nul autre pareil, a, à travers le monde, mis l'ensemble des systèmes de santé en déroute, mais le plus dur est maintenant devant nous... il faut reconstruire et réinventer les possibles !

A. REORGANISATION DE LA CARTE HOSPITALIERE AU NIVEAU DE L'UNIVERSITE

Ainsi, le premier axe de transformation que nous proposons est la réorganisation de la carte hospitalière en lien avec l'Université.

Plutôt que de relier de façon systématique un type d'établissement à l'Université, regardons quels sont les besoins de santé de la population, définissons le type d'établissement qui y correspond et faisons de l'Université l'acteur porteur de tout projet d'enseignement et de recherche associé à l'ensemble des établissements.

Dans la gradation des types d'établissements, il serait peut-être temps de définir le rôle et la mission de chacun, en arrêtant de mettre en concurrence le public et le privé et en définissant le mode de financement qui doit y être associé.

Ainsi, les établissements publics de santé devraient répondre à des missions régaliennes, correspondant à des soins experts de 3^{ème} recours, permettant à la population d'avoir accès à des pôles d'évaluation et d'expertise dans des délais raisonnables sortant de toute logique de rentabilité et étant financés par des enveloppes globales.

A côté de ces établissements recours, les établissements privés dont le financement reste essentiellement solidaire via l'assurance maladie auraient pour mission de répondre aux besoins populationnels en chirurgie ambulatoire et consultations de spécialistes de second recours nécessitant notamment la réalisation d'examens d'exploration et avec des durées d'hospitalisations réduites.

Les spécialistes de second recours, du fait du nouveau statut unique de praticien hospitalier, pourraient ainsi exercer sur les deux types d'établissements dans une logique de parcours de soins, mettant ainsi fin à cette concurrence délétère public/privé.

Il est nécessaire de s'arrêter ici sur **les réformes gouvernementales récentes ayant trait au statut de praticien hospitalier.**

D'abord, le fait de n'avoir appliqué la suppression des trois premiers échelons qu'aux praticiens nommés à partir de novembre 2020 a **entraîné une situation d'iniquité sans précédent entre praticiens hospitaliers au sein d'un même établissement de santé. Jeunes Médecins a d'ailleurs attaqué le décret en Conseil d'Etat et suit ce dossier de très près.**

Deuxièmement, le statut de nouveau praticien contractuel (NPC), propose des niveaux de rémunération inférieurs à ceux pratiqués jusqu'alors, **excluant notamment ces praticiens de l'indemnité d'engagement de service public exclusif pourtant revalorisée dans le cadre du Ségur.** Là encore, Jeunes Médecins s'est pourvu en justice pour dénoncer ce déclassement.

Troisièmement, la mise en place d'une clause de non concurrence dans le cadre de la Loi Rist, fait porter un risque de ne plus pouvoir exercer d'activité libérale dans un rayon de 10 km pour tout praticien hospitalier souhaitant maintenir une activité mixte. **S'inscrivant dans une totale contradiction de l'objectif affiché de favoriser l'exercice mixte, ce dispositif risque à terme d'entraîner un effet opposé à celui rechercher, à savoir une désertion de l'hôpital public par crainte d'y être piégé...**

Enfin, la façon dont a été traitée la question de l'intérim médical, faisant des médecins répondant à la pénurie de l'offre de soins hospitalière des « mercenaires » n'est pas de nature à assainir la vision que la communauté médicale se fait des politiques.

Faut-il rappeler que les causes de cette pénurie de l'offre est probablement plus liée à un sous-investissement de la puissance publique dans les acteurs travaillant au sein des établissements publics de santé associé à une incapacité à réformer courageusement la carte hospitalière au profit d'une offre ambulatoire.

Ainsi, Jeunes Médecins propose la création d'un statut de praticien hospitalier unique, acquis au sortir de l'internat, dont la quotité de travail en établissement public de santé pourrait varier de 0 à 100% favorisant ainsi l'exercice mixte et permettant de maintenir une offre de soins de seconds recours experts et ambulatoires sur un territoire.

En ce qui concerne les carrières hospitalo-universitaires (HU), dans une récente enquête de Jeunes Médecins sur l'attractivité de ces carrières¹⁴, le constat est sans appel : les causes de renoncement à cette carrière sont essentiellement dues à la « politisation » de l'attribution de ces postes créant une opacité quant à leur mode d'accès ainsi qu'une protection sociale des statuts HU et une rémunération insatisfaisante. L'équilibre vie professionnelle / vie personnelle est également mis en avant.

¹⁴ Enquête de Jeunes Médecins sur l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires - Dr Lamia Kerdjana, Dr Franck Verdonk, Dr Camille Hours – oct. 2021

Jeunes Médecins a fait plusieurs propositions et notamment :

- Arrêter la nomination à vie des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PUPH) et ne renouveler leur poste universitaire qu'en fonction de la qualité et la pertinence de leurs travaux dans l'ensemble des valences,
- Revalorisation salariale tout au long de la carrière avec intégration du temps de travail hospitalier dans le calcul de la retraite,
- Transparence et visibilité de l'attribution des postes en amont, avec un plan de carrière clairement défini et une évaluation indépendante par les universités,
- Concernant l'accessibilité des femmes aux carrières HU, une attention particulière doit être donnée à la valorisation du congé maternité et à l'équilibre vie personnelle / vie professionnelle en facilitant notamment les moyens de garde et la flexibilité du temps de travail.

B. REORGANISATION DE LA CARTE HOSPITALIERE AU NIVEAU DES ETABLISSEMENTS DE PROXIMITE ET DES URGENCES

Vient ensuite l'épineuse question des établissements de proximité et des urgences.

La France est l'un des pays où l'offre hospitalière (c'est-à-dire les établissements de santé) est la plus pléthorique, notamment au regard des lits d'hospitalisation.

En effet, et pour comparaison, l'Allemagne dont le système de santé est également très hospitalo-centré, compte 2 000 établissements pour 500 000 lits là où la France compte environ 3 000 établissements pour 400 000 lits ce qui équivaut respectivement à 250 lits par établissement en Allemagne contre 133 lits par établissement en France, soit pratiquement un ratio du simple au double entre ces deux pays...

Quelles peuvent être les explications d'une telle différence ?

Tout d'abord, et alors que la France est un pays bien plus centralisé que l'Allemagne, l'histoire de la construction de l'offre hospitalière publique depuis la révolution française, nationalisant un certain nombre d'établissements gérés jusqu'alors par diverses congrégations religieuses associé au poids des élus locaux, a conduit à maintenir un maillage hospitalier très dense.

La Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), modifiant le rôle et la composition du Directoire et donnant un rôle prépondérant aux Agences Régionales de Santé (ARS), fut une tentative de l'Etat de reprendre la main sur la gouvernance hospitalière.

Cependant, cette loi a échoué à dénouer les influences politiques, notamment via la Fédération Hospitalière de France (FHF), existant entre les établissements publics de santé et les élus des territoires, ces derniers faisant croire à la population qu'il n'existait pas d'alternative à ce type d'offre de soins notamment par les emplois directs et indirects qu'ils génèrent.

Ainsi, et encore récemment, nous avons vu défiler main dans la main des collectifs d'usagers et des élus locaux s'insurgeant contre la restructuration de l'offre hospitalière de leur territoire...

Mais quelle est la réalité de ces établissements ? Pour la plupart, ce sont des établissements où l'offre médicale est des plus congrues et où l'activité médicale, en dehors des urgences, reste des plus parcimonieuses, conduisant inévitablement à une dégradation de la qualité des soins ainsi qu'à une perte de chance pour les patients.

Nombre de ces établissements, du fait de leur incapacité à générer de l'activité, sont, tels les tonneaux des danaïdes, devenus des puits sans fond de la dette publique, amenant certains à contracter de la dette toxique que le Ségur est récemment venu « racheter ». Ainsi, au lieu de restructurer, le gouvernement a préféré ménager les susceptibilités locales voire électoralistes des uns et des autres.

Et, comme si cela ne suffisait pas, le plan de financement de la sécurité sociale est venu consacrer ce dysfonctionnement systémique en rétablissant le financement à enveloppe globale pour les établissements de proximité.

Une autre conséquence de l'incapacité à réformer l'offre hospitalière de proximité fut la systématisation des services d'urgences dans ces établissements, répondant au modèle économique du forfait, et venant répondre à la demande justifiée de la population d'avoir accès à des soins de premiers recours de proximité.

Cependant, le remède étant parfois pire que le mal, ce modèle a rendu ces établissements de proximité dépendant de l'apport financier généré par leur service d'urgences, accroissant d'avantage l'incapacité structurelle à réformer l'offre de soins d'un territoire dont tout le monde s'accorde à dire qu'elle doit se faire via le fameux « virage ambulatoire ».

A cela, vient s'ajouter la perception populationnelle des urgences versus celles de la médecine ambulatoire. Ainsi, la perception qu'ont nos concitoyens des urgences, est un centre d'accueil de soins non programmés, avec un plateau technique à minima (radiologie et biologie), sans avance de frais.

Il faut bien évidemment prendre en compte la question de la démographie médicale et notamment pour la spécialité de médecine générale qui permet à l'hôpital de se positionner comme seul rempart face à une désertification médicale galopante. Vous me direz que des efforts ont été fait sur le numéris clausus... Pour quel impact sur l'offre ambulatoire ?

Depuis l'instauration des Epreuves Classantes Nationales (ECN) en 2004 et l'accès via cet examen à la spécialité de médecine générale, les étudiants choisissant cette spécialité ont une formation qui reste essentiellement hospitalo-centrée, avec uniquement deux stages en ambulatoire dont un en autonomie supervisée dit SASPAS rendu obligatoire que depuis 2017.

De plus, la répartition des choix entre les spécialités à l'issue des ECN respecte un ratio 50-50 entre la spécialité de médecine générale et les autres spécialités, là où la demande populationnelle attendrait une proportion bien plus marquée vers la spécialité de médecine générale. Cette incapacité à former des internes de médecine générale en quantité suffisante avec un besoin de plus en plus prégnant des urgences hospitalières en ressources médicales a d'ailleurs abouti à la création en 2017 au DES de médecine d'urgences là où cette modalité d'exercice était alors accessible pour majeure partie aux internes de médecine générale via un DESC (Diplôme d'Etude Supérieur Complémentaire).

Est-ce ainsi qu'on favorise le fameux virage ambulatoire ?

Enfin, il est à noter qu'au cours de leur formation, les internes dont les internes de médecine générale, n'ont que de façon très parcellaire accès à une formation à la gestion d'une activité libérale. En effet, les UFR de médecine étant rattachées au CHU, il ne faut pas attendre de celles-ci, ni du corps des universitaires qui les constitue une quelconque appétence ou compétence à cet élément clé qui détermine grandement l'installation des futurs médecins.

Il faut ajouter à cela une incapacité totale des pouvoirs publics à faciliter les modalités d'installation des futurs médecins via la mise en place d'un interlocuteur unique. Qui parmi les jeunes médecins connaît l'existence au sein des ARS d'une personne dédiée au fameux guichet unique ?

A l'issue de ces constats voici les préconisations de Jeunes Médecins :

- Dans un contexte d'ouverture du numerus apertus, il faut orienter majoritairement les étudiants en médecine vers la spécialité de médecine générale à l'issue de l'ECN (quel qu'en soit le devenir) pour favoriser l'exercice ambulatoire,
- Permettre à ces derniers de se spécialiser dans une autre spécialité ambulatoire dans le cadre d'une quatrième année optionnelle (pédiatrie, psychiatrie, gynécologie médicale...) comme proposé par l'enquête de l'ISNI de 2018 et réintégrer la médecine d'urgence à ces options,
- Créer un module conséquent de formation à la gestion d'une entreprise de santé pour l'ensemble des internes en médecine,
- Favoriser la création de maisons de garde pluri-professionnelles, notamment via la transformation d'hôpitaux locaux, permettant un accès aux soins 24h/24h sur les mêmes modalités techniques (accès à de la radiologie et de la biologie) et financières (mise en place d'un TPG à flux unique assurance maladie) que les urgences hospitalières,
- Permettre à la médecine de ville de gérer les lits d'aval des maisons de garde, via la transformation juridique des hôpitaux locaux et de les intégrer dans les structurations des CPTS actuels.

La question de la "e-santé" est également un sujet majeur pour l'hôpital.

C. LE NUMERIQUE EN SANTE

Les conditions de formation des personnels

S'agissant de la formation initiale on constate une vraie lacune : dans le 1^{er} cycle des études médicales, seules 6 heures tout au plus sont consacrées à l'e-santé, et encore, cette formation n'est absolument pas satisfaisante car sont des concepts généraux qui ne serviront pas dans la pratique des futurs médecins : elle n'aborde pas par exemple l'architecture de l'Espace Numérique en Santé (ENS, ex-DMP), les notions d'interopérabilité, la télésanté... Ce que fait la Conférence des Doyens de Médecine est tout à fait louable et nécessaire, mais probablement insuffisant.

Il y a un vrai enjeu à former beaucoup plus les externes et internes en médecine à la e-santé, car au sortir de leur formation, ils sont dans l'incapacité de dire ce qu'est une messagerie sécurisée et n'ont aucune notion de la confidentialité des données par exemple. Il faut donc augmenter de manière significative le nombre d'heures de formation dans ce domaine et pas à dose homéopathique.

S'agissant de la formation continue en libéral, en réalité, 90% des formations qui s'intitulent « e-santé » n'en sont pas, il s'agit de formations réalisées par les éditeurs de logiciels pour permettre aux utilisateurs de savoir les utiliser, mais ce n'est pas de la e-santé.

Aujourd'hui, il y a une bonne formation « médico-technique », mais les professionnels ne sont pas formés à l'e-santé que ce soit pendant leurs études ou en continu, **il donc est impératif de mettre en place des formations qui répondent à ces enjeux.**

L'organisation des établissements

L'espace numérique de santé qui remplace désormais le Dossier Médical Partagé (DMP) depuis le 1^{er} janvier 2022 n'a pas été anticipé. Les établissements de santé sont sensés s'appuyer sur les groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé (Grades), opérateurs des ARS, pour former leurs professionnels à ce nouvel espace numérique de santé. On sait déjà que cela sera insuffisant.

Il faut impérativement développer la numérisation dans les établissements de santé, cela fera notamment gagner en temps médical (par exemple il devrait y avoir systématiquement au minimum des logiciels à reconnaissance vocale évitant ainsi aux internes et chefs de service de taper eux-mêmes leur compte-rendu).

Le cloisonnement entre la ville et l'hôpital est malheureusement toujours d'actualité, il est très important d'aller vers la reconnaissance des rôles de chacun. Il faut améliorer les systèmes d'échange, qu'il y ait une vraie interopérabilité. La e-santé doit être un support qui permettra

d'améliorer ces échanges dans l'intérêt des patients. Pour cela, l'ensemble des acteurs de l'hôpital et de la ville doivent être formés à cette transition numérique.

Nous ne pouvons parler de l'organisation des soins et de l'offre hospitalière sans aborder la question du secteur médico-social.

2. DANS LE CHAMP MEDICO-SOCIAL

Il est important de rappeler que la structuration des établissements et services médico-sociaux est répartie en trois grands groupes : le secteur public et dans ce cadre les structures peuvent être rattachées à l'hôpital, le secteur privé non lucratif issu des congrégations religieuses et associations familiales et le secteur privé lucratif concernant principalement les EHPAD et les structures de la « silver economy ».

Un financement trop hétérogène

Le financement de ces structures est très hétérogène : le soin est financé par l'ARS et ce qui relève de l'accompagnement social est financé par les conseils départementaux, ce qui rend la gestion de ces établissements très compliquée.

Il faut souligner que cette dichotomie soin/social est une exception française.

Ce cloisonnement des financements s'est fait particulièrement ressentir pendant le Ségur où les personnels exerçant dans les structures publiques ont été revalorisés alors que dans le secteur non lucratif, la revalorisation a été différée d'un an et certains ne sont d'ailleurs toujours pas revalorisés.

Ainsi les EHPAD publics ont été revalorisés en premier fin 2020, puis les EHPAD non lucratifs et privés début 2021. Ensuite, les personnels des structures sociales et médico-sociales adossés à un établissement public de santé ou un EHPAD public, puis les soignants des structures non lucratives et enfin les soignants relevant des structures pour personnes handicapées financées par le département. Reste les « oubliés du Ségur » qui ne bénéficient toujours pas de la revalorisation salariale.

Comment expliquer cette différence de traitement alors que le métier est le même ? Seul le financement ou la typologie des structures diffère, ce qui a inévitablement entraîné durant cette période une fuite des métiers vers des secteurs plus rémunérateurs...

Pour éviter ces écueils et ces inégalités de traitement entre professionnels en fonction des typologies d'établissement, **il est impératif que la question du financement soit revue et qu'il n'y ait qu'un seul financeur pour les structures médico-sociales.**

L'absence de vision globale et de coordination sur la question du grand âge, du handicap et de la précarité

Dans le secteur du grand âge, on peut s'interroger sur le développement des EHPAD quel que soit le secteur face à une totale absence de stratégie de développement du maintien à domicile. On ne peut que constater l'absence de vision globale sur ce champ

qui pousse très souvent les familles à placer leurs aînés en EHPAD en l'absence d'autres solutions satisfaisantes.

Le problème de la coordination est également récurrent depuis plusieurs années, les gouvernants successifs ont multiplié la création des acteurs et des structures pour résoudre ce problème entre hôpital/ville/médico-social (MAIA, DAC, CPTS...), rendant l'offre totalement illisible pour les familles sans pour autant remédier à ce manque de coordination.

Sur le champ du handicap, aujourd'hui on ne tient pas suffisamment compte de l'autonomie de la personne pour qu'elle puisse aller dans d'autres structures. Il est très difficile pour une personne handicapée de changer d'établissement, ce n'est pas acceptable. Les orientations faites par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont longues et restent figées, il devrait y avoir des réévaluations régulières pour permettre à la personne d'être acteur des décisions qui la concernent.

Concernant la prise en charge des enfants : la question du dépistage précoce est primordiale. On constate des retards de diagnostic chez les enfants ayant un handicap mental ou psychique qui peuvent avoir des conséquences souvent délétères au niveau de la prise en charge. Trop de parents n'ont pas accès à une structure experte pour un enfant ayant des troubles du comportement.

Un enfant qui a des troubles psychiques est souvent pris en charge tardivement et la famille n'a pas accès à un 2^{ème} avis d'expert, c'est inacceptable. Comment expliquer qu'un enfant schizophrène est détecté en moyenne avec un retard de 7 ans ? C'est un vrai drame familial et social lors duquel la famille se trouve également trop souvent confrontée à des discours borderline de type patriarcal et misogyne.

Insuffisance de liens privilégiés entre le sanitaire et le médico-social

L'autre constat que nous faisons, est qu'il n'y a pas ou trop peu de relations entre les structures médico-sociales et les structures sanitaires, alors qu'ils ont tout intérêt à coopérer à la fois sur le soin pour lequel le secteur sanitaire est expert, et sur l'accompagnement et la qualité de vie côté médico-social.

Un EHPAD qui fait appel à l'hôpital se heurte souvent à une fin de non-recevoir.

Ce cloisonnement entraine des parcours de vie chaotique pour les patients. Il faut encourager les liens hôpital/médico-social pour une meilleure prise en charge et un meilleur accompagnement des patients et leur famille.

De même, l'absence de clarté dans les missions définies pour chacun des acteurs est à l'origine d'un imbroglio organisationnel, conduisant à un engorgement des structures sanitaires n'ayant pas de solutions d'aval pour des situations ne justifiant plus de soins critiques. Ainsi, Jeunes Médecins propose la création d'une Assistance Publique dont le rôle serait de décharger le sanitaire de l'accompagnement social, favorisant ainsi le retour à domicile et une vision inclusive du soin apporté à la population.

L'ensemble du secteur social et médico-social n'a pas de système de convergence et l'Etat français est dans l'incapacité d'identifier quelle structure utilise quel logiciel. Une grande partie de ces structures ne sont d'ailleurs pas informatisées. Il aurait été nécessaire de réaliser un audit national pour avoir une vision exhaustive des logiciels existants et des structures les utilisant.

Aujourd'hui il est impératif qu'il y ait une vraie interopérabilité entre utilisateurs de logiciels (métiers, RH, etc.), il faut l'exiger des éditeurs de logiciels sans que cela entraîne le moindre surcoût.

Il faut s'assurer du déploiement de la messagerie sécurisée de santé et qu'elle puisse être consultée par tous les professionnels du secteur médico-social.

Enfin, il faut créer des pharmacies à usage intérieur pour le secteur médico-social, ce qui implique un système informatique convergent. Il faut également une structuration avec les laboratoires d'analyse pour qu'ils puissent être implémentés dans les systèmes d'information des structures médico-sociales.

3. EN MATIERE DE DEVELOPPEMENT DURABLE

La consommation d'énergie représente environ 7% des dépenses des établissements de santé.

Le bilan d'émission de gaz à effet de serre, les audits énergétiques sont rendus obligatoires pour les établissements de santé tous les 4 ans depuis la Loi Grenelle.

Pourtant, **ils ne sont que 32% à avoir effectivement réalisé leur bilan carbone.** Seuls certains pour établissements de santé commencent à peine à envisager de diminuer leurs émissions de CO₂, souvent sous l'impulsion des professionnels de santé eux-mêmes qui ont compris l'importance de rationaliser l'impact carbone de leurs établissements¹⁵.

Cela démontre que faute de financements adaptés, la plupart des établissements ne se lance pas dans la transition énergétique.

Les établissements de santé produisent environ 700 000 tonnes de déchets par an (3,5% de la production nationale), soit plus d'une tonne par lit, pour un coût de traitement représentant de 2 à 5 euros par jour et par patient.

Une étude du Comité pour le Développement Durable en Santé (CD2S)¹⁶ estime à 54 millions d'euros par an le potentiel d'économies d'énergie dans les hôpitaux privés de France, et le double dans le secteur public.

Des économies d'échelle pourraient être réalisées et permettraient d'améliorer considérablement les conditions de travail des professionnels de santé et de ré-enchanter leur quotidien.

Par ailleurs, cette thématique prend de l'ampleur parmi les professionnels et peut permettre également de fidéliser les personnels médicaux ou paramédicaux.

¹⁵ <https://www.actu-environnement.com/ae/news/c2ds-energie-dechets-transition-hopitaux-28255.php4>

¹⁶ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/reduction_dechets_hospi.pdf

Les moyens de diminuer l’empreinte carbone sont connus et peuvent être mis en place rapidement si l’on s’en donne les moyens.

Ci-après les 10 propositions de Jeunes Médecins sur la transition écologique en santé (cf. livret vert) :

1. Remettre la prévention au cœur de notre système de soins en y affectant une dotation spécifique et en intégrant le Plan National Santé Environnement (PNSE) 4 au cœur du plan santé 2030 pour que les facteurs environnementaux soit pris en compte dans les décisions de santé et ce, sur le long terme. Le PNSE4 doit faire l’objet d’un financement spécifique et d’un pilotage co-animé par une cellule composée de professionnels de terrain et d’acteurs des ministères de la santé et de l’environnement.
2. Créer un fonds pour la rénovation énergétique hospitalière pour permettre au secteur sanitaire et médico-social de réduire durablement son empreinte carbone.
3. Limiter l’usage unique, le plastique jetable et de remettre en œuvre dans nos organisations des dispositifs à usage multiple (tenues en tissus, instruments métalliques, ...) et favoriser le « reprocessing ».
4. Créer les filières locales de revalorisation des matières résiduelles et générer ainsi de l’économie circulaire dans les territoires pour créer des emplois locaux non délocalisables et réduire la production de déchets dangereux.
5. Intégrer les concepts du développement durable, de l’éco-conception des soins, de la prévention de l’exposition aux perturbateurs endocriniens dans la formation initiale et continue des soignants et professionnels de santé.
6. Appliquer l’indice PBT au choix, à la délivrance de l’Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), à la prescription et à la délivrance des médicaments en France pour réduire l’impact des médicaments sur l’environnement et la santé humaine. Les médicaments périmés des ménages bénéficient d’un éco-organisme pour les détruire, tel n’est pas le cas pour le secteur de la santé... Il faut étendre l’agrément de l’éco organisme CYCLAMED aux hôpitaux publics et privés.
7. Instituer une collecte des excréta au domicile, organisée et financée, pour réduire la pollution des eaux aux résidus de médicaments toxiques (chimiothérapies...).

8. Créer une plateforme de ressources financée et mise à la disposition du secteur pour optimiser les dépenses de santé, dans une éco conception des soins.
9. Favoriser les moyens de transports alternatifs, les transports en commun et le covoiturage ; étendre la loi relative au forfait mobilité à l'ensemble de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) ; repenser les moyens de transport au sein des hôpitaux.
10. Animer un plan national de Sécurité, la Sureté, la Cyber Sécurité pour financer la mise en œuvre et le suivi des violences hospitalières, assurer la sécurité numérique des données de santé.

De son côté, Jeunes Médecins a conclu un partenariat avec l'Association Santé Environnement France (ASEF) pour sensibiliser les jeunes professionnels aux différentes questions concernant la santé environnementale et promouvoir la formation des professionnels de santé dans ce domaine. Jeunes Médecins mène également des actions communes avec des associations de patients sur les sujets de santé environnementale au sein du Collectif Inter-associations pour la Santé Environnementale (CISE).

Jeunes Médecins a rédigé un livret vert¹⁷ pour promouvoir auprès des pouvoirs publics l'urgente nécessité (à la fois économique et environnementale) d'initier une vraie politique de transition écologique dans les établissements de santé publics et privés, sans oublier les acteurs du secteur libéral (cf. le guide du cabinet de santé écoresponsable¹⁸).

Ce livret vert a été transmis lors du Ségur de la santé, mais il est resté lettre morte auprès du Ministère des Solidarités et de la Santé.

¹⁷ Livret vert de Jeunes Médecins IDF– juin 2020

¹⁸ <https://www.presses.ehesp.fr/produit/guide-cabinet-de-sante-ecoresponsable>

Recueil de témoignages pour illustrer nos propos

Afin d'illustrer nos constats et propositions, il nous a semblé important d'apporter des témoignages de médecins qui travaillent ou ont travaillé à l'hôpital et qui soulignent les dysfonctionnements et le manque d'attractivité des établissements de santé public.

Nous avons recueilli le témoignage de 3 femmes et 3 hommes avec des profils et des parcours différents dont nous vous laissons prendre connaissance ci-après.

Témoignage n°1

Dr Thiên-Nga CHAMARAUX-TRAN, 38 ans, médecin anesthésiste-réanimatrice

"J'exerce en

réanimation chirurgicale à l'hôpital de Hautepierre aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Après un externat à Poitiers, j'ai effectué mon DESAR en Alsace en 2007, pendant lequel j'ai été formée au CHU et dans les CH de Colmar, Mulhouse et Haguenau.

Mon internat a été très dense avec beaucoup de gardes (367...), mais j'étais demandeuse. J'ai même continué à en faire pendant mon année-recherche (Master 2).

En dehors de 2 praticiens hospitaliers (PH) clairement malveillants et quelques autres misogynes, j'ai eu la chance d'avoir un internat très formateur, avec beaucoup de pédagogues bienveillants et motivés, un internat très responsabilisant avec beaucoup de gardes séniors. Certes certains PH sont plus aptes à l'encadrement que d'autres, mais tout le monde travaillait et faisait avancer le schmilblick à sa manière.

Au cours de cet internat, j'ai également participé à la vie institutionnelle de mon CHU et de l'Université en tant que présidente des internes avec participation à la CME.

A la fin de mon internat, j'ai effectué un clinicat de 2 ans

toujours au sein des HUS, en anesthésie, avec une activité en anesthésie obstétricale et chirurgie gynécologique en journée et polyvalente la nuit.

*Au cours de ce clinicat, j'ai commencé mon doctorat en sciences au sein de l'IGBMC, un institut de recherche de pointe, dans un domaine émergent : l'onco-anesthésie, c'est-à-dire l'impact de l'anesthésie sur la progression carcinologique après chirurgie. Malheureusement, mon temps de recherche n'était absolument pas sanctuarisé et j'avais bien plus qu'un « mi-temps » clinique. **Mes semaines au laboratoire de recherche étaient régulièrement annulées pour combler le manque de séniors ou pour des tâches ingrates** comme les surveillances d'examen au sein de la faculté de médecine, surveillances qui étaient annoncées dans un délai incompatible avec l'organisation d'un planning de service ou de laboratoire par ailleurs. **Je ne compte plus le nombre de boîtes de culture cellulaire que j'ai dû jeter, de manipulations ratées pour des problèmes de timing liés à ces contretemps.***

Au cours de ce clinicat, j'ai également été élue à la CME dans le collège des personnels temporaires HU et ai participé aux commissions tripartites, pour les recrutements

médicaux où des personnes aux CV très impressionnants se battaient pour rester au CHU.

A la fin de mon clinicat en août 2016, j'ai été embauchée comme praticien contractuel (PHC) toujours dans le même service. Au niveau salaire, j'ai bénéficié de revenus équivalents à un échelon 3 pendant 3 mois puis 4+10%. En mars 2017, j'ai passé le concours de PH où j'ai eu la note maximale de 300/300 du fait de mon engagement clinique, institutionnel et de recherche.

*Mais au bout de ma 3^{ème} année de doctorat en sciences, ma directrice de thèse, voyant que mes travaux de recherche n'avançaient pas et constatant ma présence fatiguée seulement mes lendemains de garde, m'a trouvé un financement grâce au Label d'Excellence de l'institut et j'ai pu donc être totalement déchargée de l'hôpital pendant un an pour me consacrer à la recherche. Le salaire de doctorante était de 1450 euros net (la perte de salaire de presque 3000 euros par mois). **J'ai pu découvrir un univers professionnel et administratif totalement différent** : visite médicale d'embauche, mutuelle obligatoire, obligation de formation incendies et risques, feuille de présence stricte avec obligation de 2 jours de repos hebdomadaires etc. J'ai pu avancer sur ma thèse de*

sciences mais n'ai pu rester qu'un an pour raisons de service à l'hôpital.

A mon retour à l'hôpital en septembre 2018 comme PHC (j'avais signé un contrat avec PECH donc mon retour était garanti), j'ai été nommée Responsable d'Unité Fonctionnelle en anesthésie en chirurgie gynécologique et obstétrique. **Je n'ai absolument pas bénéficié de formation** pour assurer cette nouvelle tâche. De toute façon, mes décisions, notamment concernant la programmation du bloc opératoire (je veillais notamment à ce que le programme opératoire ne dépasse pas les horaires dédiés, que les patients passent dans un ordre prenant en compte leurs comorbidités), n'étaient pas respectées si elles ne convenaient pas aux chirurgiens. Or, chaque débordement, situation régulièrement rencontrée, était une situation à risque : en effet, le personnel paramédical n'étant pas payé en heures supplémentaires, il était tenu de partir à 17h. Ainsi du côté anesthésie, **nous nous retrouvions seuls en salle (MAR) pour assurer la fin de prise en charge d'une patiente ASA 3 ou 4 c'est à dire fragile**, ou pire, dans la situation où la garde devait venir couvrir notre deuxième salle d'opération, afin que nous ne nous retrouvions pas à un seul MAR pour 2 patientes. Et ceci, **au détriment des urgences chirurgicales** qui devaient donc être temporisées dans la mesure du possible. Du côté IBODE, c'étaient celles de nuit pour assurer les urgences obstétricales (césariennes en urgence essentiellement) qui remplaçaient leurs collègues et qui devaient tout laisser en plan pour courir en salle de césarienne en cas d'urgence... C'est après un épisode de tension lié à ces programmations dangereuses que j'ai demandé à être mutée en réanimation chirurgicale en novembre 2019 (entre temps

j'ai été installée comme PH probatoire et ai pu soutenir ma thèse de sciences). Cet épisode s'ajoutait à d'autres du même acabit, aux projets refusés comme l'aide d'une IADE lors des poses de péridurales pour analgésie obstétricale (« elles n'ont pas que ça à faire ! »), avoir du temps dédié pour voir les patientes en post-opératoire, avoir des consultations pré-anesthésiques très en amont afin d'instaurer une réhabilitation précoce des patientes en vue d'une récupération améliorée après chirurgie, améliorer la prise en charge de la douleur post-chirurgicale...

En réanimation chirurgicale, contrairement à ce qu'on pourrait penser, **j'ai pu retrouver en plus d'un équilibre professionnel** (où je n'étais plus dépendante de la logistique et des chirurgiens), **un équilibre familial**. En effet, les horaires me permettaient de pouvoir emmener mes enfants au périscolaire le matin et les y récupérer le soir, grâce à une relève de garde ponctuelle et coordonnée (amplitude horaire du périscolaire de 7h30 à 19h). Alors qu'en anesthésie, mes filles étaient confiées endormies à une nounou tôt le matin et je courrais à la fermeture du périscolaire le soir, à cause du débordement du programme opératoire (lié à la mauvaise estimation du temps opératoire, retard de brancardage et de nettoyage des salles...). Nous étions une équipe jeune et dynamique, nous avons commencé à organiser des groupes de travail pour améliorer la prise en charge des patients et la qualité de vie au travail. Nous travaillions beaucoup, notamment à cause des gardes et astreintes des week-ends mais nous étions motivés.

Est venu le COVID, dans notre région frappée de plein fouet. Nous avons monté des réas éphémères, reformé nos collègues anesthésistes moins familiers à la réanimation, formé de manière accélérée les

IDE qui venaient d'autres services. **Nous sommes passés de 18 lits de réanimation à 60 lits** (et avons même armé des lits supplémentaires qui heureusement n'ont pas été utilisés). Lorsque nous n'étions pas postés, nous faisons la bibliographie au sujet de cette nouvelle maladie. J'ai même passé des nuits blanches à répondre à des appels à projets et ai rédigé un protocole de recherche chez les patients intubés.

En tant que réanimatrice en Alsace, beaucoup de journalistes ont cherché à me contacter. Comme beaucoup de mes collègues aux HUS, nous avons décliné les propositions, respectant les directives de notre hiérarchie. Mais qu'est-ce que c'était usant d'entendre parler des gens qui ne vivaient même pas le centième de ce qu'on vivait tous les jours...

Après la 1^{ère} vague, il a fallu retravailler de plus belle, rattraper le programme opératoire. Nous, anesthésistes-réanimateurs, IDE de réanimation, IBODE, IADE et AS de réa et bloc, n'avons pas eu de répit. Le SEGUR est arrivé, **nous, PH avons appris que nous perdriions 4 ans d'ancienneté, les paramédicaux n'ont pas été revalorisés à leur juste valeur non plus**. Nous, les anciens, qui avons été là, voyions des plus jeunes être mieux classés en termes d'échelon et mieux payés que nous. Je suis heureuse que des internes que j'ai dirigés pour leur thèse ou leur mémoire de DES gagnent bien leur vie à l'entrée de leur carrière, mais je ne comprends pas pourquoi je suis moins bien classée et gagne moins qu'eux. Par ailleurs, l'hôpital étant en difficultés financières, des coupes budgétaires ont été faites au niveau des salaires. Mon salaire de PHC était l'équivalent d'échelon 4 +10 %, lorsque j'ai été nommée PH, échelon 3, j'ai eu le droit à une prime pour que mon salaire ne

soit pas diminué. Cela est fait dans beaucoup d'hôpitaux afin de fidéliser les jeunes et éviter la fuite dans le privé à la fin de leur clinicat et assistanat. En effet, dans le privé, le salaire d'un MAR est plus que doublé. Sous prétexte de revalorisation liée au Ségur, cette prime a été coupée. Le Ségur me rapporte donc 60 euros de plus par mois... à moi qui ai été au front, à l'inconnu lorsqu'il l'a fallu, à qui on a donné des sacs poubelles comme EPI... A moi comme à tant d'autres MAR, d'urgentistes, réanimateurs médicaux, et paramédicaux qui ont été applaudis à 20h il y a 2 ans.

Beaucoup sont partis après la 1^{ère} vague, épuisés et voyant que le Ségur ne changeait rien.

Encore moins de personnel qu'avant la crise COVID, avec encore moins de moyens...

Un exemple simple avant la 1^{ère} vague, il n'y avait pas de monitoring de la curarisation et de la profondeur de la sédation en réanimation. Or, il faut parfois curariser les patients pour qu'ils puissent être correctement ventilés par un respirateur. Et donc les sédaté de manière correcte pour ne pas se retrouver dans la situation cauchemardesque pour un patient d'être intubé, curarisé mais pas sédaté ! Au printemps 2020, nous avons eu à disposition des curamètres et des moniteurs de la profondeur d'anesthésie, **pour les autres vagues en revanche, disparus les moyens.** De même, lors de la 1^{ère} vague, j'avais pu travailler avec un appareil mesurant l'analgésie des patients en réanimation, l'industriel nous avait prêté l'appareil. Fin 2020, il nous propose de nous offrir un appareil. Refus de nos biomédicaux, car cela nécessitait des consommables. Donc on a dû monter un dossier, pas eu le temps... cela a trainé. L'industriel a retiré son offre... Mais nous avons besoin de ces appareils pour améliorer nos pratiques et prises en charge. Actuellement, une de mes collègues essaie de

remonter un dossier, cette fois-ci pour acheter ces appareils pour le bloc opératoire... triste... mais il le faut, car beaucoup de travaux montrent qu'une analgésie optimisée permet une récupération améliorée après chirurgie... Autre exemple, l'échographie (cardiaque, transcrânienne, abdominale, pleurale...) est devenue indispensable en réanimation. Nous n'avons que 2 échographes qui ont 8 ans et qu'on nous a promis de remplacer il y a déjà deux ans. Il n'y a toujours rien et pire, ils tombent régulièrement en panne et nous nous retrouvons à devoir parfois changer de stratégie diagnostique ou technique du fait de leur indisponibilité. Dans une discipline comme l'obstétrique par exemple, on dit qu'au-delà de 7 ans, un appareil d'échographie est vétuste et que le risque de ne pas détecter une pathologie est augmenté.

Au niveau du personnel, c'est pareil, nous n'avons pas d'IDE, de psychologues, d'AS et de kinésithérapeutes en nombre suffisant pour s'occuper des patients de manière correcte. Pour ces soignants, les salaires sont tellement plus importants en libéral... On parle de recruter de nouvelles IDE, mais elles n'ont pas l'expérience des anciennes. **A chaque fois, il faut reformer et les compétences se perdent...** Et de toute façon, il n'y a pas suffisamment de personnel en formation. En radiologie également, je vois la souffrance des manipulateurs radios. Récemment, l'une d'entre elles me confiait qu'ils n'étaient que 2 l'après-midi pour effectuer le travail de 6 d'habitude... Les radiologues sont enrhumés dans de petits bureaux à interpréter les scanners à la chaîne. Depuis l'ouverture de l'ICANS (Institut de cancérologie Strasbourg Europe, fusion du CLCC et des services et moyens attirant à l'oncologie des HUS), à l'activité initiale s'est rajoutée celle du CLCC à moyen égal...

En réanimation chirurgicale (expertise unique dans la région en transplantation hépatique, obstétrique, neurochirurgie et polytraumatisme), nous sommes actuellement 8 ETP en réanimation, pour 18 lits de réanimation, le SAUV, 16 lits d'USC et on vient de nous rajouter la charge des soins intensifs/unité d'éveil de neurochirurgie, faute de médecin rééducateur. **Mais nous n'avons aucune expérience en rééducation. Que dire aux kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou orthophonistes qui sollicitent notre avis au niveau rééducation d'un cérébro-lésé ?**

Avec cette nouvelle charge de travail, nous n'avons plus le temps de travailler les protocoles de service, de recherche, d'encadrer les nouvelles recrues IDE... Lors d'une intubation récente en réanimation, j'ai dû expliquer à une nouvelle IDE comment préparer le matériel, pendant que j'étais à la tête du patient en train de l'oxygéner et le rassurer, pendant qu'une autre, avec plus d'expérience préparait les médicaments. C'est triste car je participais avant à des travaux en simulation médicale haute-fidélité, car je croyais en ce leitmotiv « Jamais la 1^{ère} fois sur le patient ». Et on en est revenu à ça...

Lorsque l'un de nous est absent (CA, formation...) les autres doivent redoubler d'efforts. Par exemple, avant ma semaine de vacances de Noël, j'ai travaillé 92h en 7 jours et à mon retour 72h/7 jours. Après, la direction dira que c'est payé. En effet depuis septembre 2020, nous, MAR aux HUS, sommes au temps continu. Toute heure au-delà de 42 h hebdomadaire passe en temps additionnel. Mais lors des négociations, ils ont voulu réduire les congés formation à 3 jours annuels (ils ont renoncé), et les RTT n'ont pas été augmentés alors qu'ils sont

calculés sur 39h
hebdomadaires.

Par ailleurs, à la réévaluation de ce dispositif, voyant qu'on générerait trop d'heures supplémentaires, la direction médicale a tenté de négocier un temps de travail hebdomadaire minimum à 48h soit le maximum autorisé dans le droit européen... Les négociations restent difficiles car l'enjeu est important : nous nous battons pour notre qualité de vie au travail, des heures correctes pour la sécurité de nos patients et nos interlocuteurs administratifs pour leur carrière... Ils savent pourtant qu'on ne pourra pas réduire notre volume horaire, les tâches sont trop importantes. Pour ne pas être submergés, tout le monde met la main à la pâte, et les PH qui ont une contre-indication au travail de nuit enchaînent les journées de week-end et jours fériés afin que ceux qui sont « aptes » ne soient pas noyés par le boulot. Mais **rien n'est fait pour retenir les anciens, qui ont l'expérience technique, intellectuelle et environnementale.** Car évoluer dans un hôpital, nécessite aussi des soft skills qui s'apprennent tout le long de l'internat, tu sais à qui demander un avis, qui solliciter

pour que ton patient soit bien pris en charge et cette connaissance diminue à chaque fois qu'un PH sénior s'en va et est remplacé par une nouvelle recrue naïve de toute l'Histoire de cet hôpital.

Tout cela a également un retentissement énorme sur la vie familiale.

A titre d'exemple, mon seul jour « chôme » en septembre a été un dimanche... sur 30 jours, c'est peu... et nous travaillons en général au moins un week-end sur 2, sans possibilité de lisser avec un jour de la semaine. J'ai l'impression de passer à côté de mon couple, de mes filles de 6 et 8 ans, de mon père et de mes sœurs. Ces week-ends chômés, je les passe beaucoup dans un état de fatigue extrême dans mon lit ou sur le canapé, parfois à ruminer. Ruminer, ça m'arrive beaucoup, avec des insomnies de fin de nuit. Beaucoup diront que c'est une maladie mais je pense surtout que c'est cet **environnement dans lequel j'évolue qui devient intenable.**

D'autant plus intenable que, comme beaucoup de soignants, j'ai cru au discours d'Emmanuel Macron le 25 mars 2020 à Mulhouse : « Beaucoup a été fait, sans doute pas

suffisamment vite, pas suffisamment fort.

L'engagement que je prends ce soir pour eux et pour la nation toute entière c'est qu'à l'issue de cette crise un plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des carrières sera construit pour notre hôpital. C'est ce que nous leur devons, c'est ce que nous devons à la Nation. Cette réponse sera profonde et dans la durée ».

Lors de ce discours, le Président a même rendu hommage à Jean-Marie, le collègue de mon mari gynécologue, mort dans les premiers... Je me rappelle encore les larmes de mon mari lorsqu'il a appris sa mort. Mais les mots du Président ne sont que de belles paroles.

Et ce sont pour toutes ces raisons (et d'autres) que j'ai demandé à être mise en disponibilité en mars

prochain. "

Témoignage n°2

Dr Anna BOCTOR, pédiatre en secteur libéral

"Je suis pédiatre

installée en libéral depuis 1 an et demi, spécialisée en pneumologie et allergologie pédiatriques.

Je me suis lancée dans les études de médecine par vocation depuis ma petite enfance. Je me destinais à l'exercice hospitalier par attrait pour la médecine de pointe, le travail en équipe, l'accès à la formation permanente et à la recherche aux côtés de mes pairs (le compagnonnage) et la diversité des pathologies. Toute ma formation s'est déroulée à Paris.

J'ai eu la chance de faire des semestres d'interne dans 8 hôpitaux différents dont des CHU, des CHG et le CH de Polynésie française. J'ai aussi fait un M2 de biologie cellulaire avec une année de recherche à l'INSERM. J'ai aussi fait des remplacements réguliers dans des cabinets de pédiatres de ville. J'ai donc goûté à un grand panel de modes d'exercice durant mon internat.

Durant cette période intense de mes études, **j'ai constaté des dysfonctionnements surtout liés à notre temps de formation.** Celui-ci était souvent amputé au profit de notre temps clinique **car les services se reposaient beaucoup sur les internes pour continuer de fonctionner.** Apprendre « sur le tas » peut aussi avoir son intérêt mais une formation de qualité passe par le compagnonnage et l'enseignement théorique.

Au début de mon clinicat de pneumologie pédiatrique au CHU Robert-Debré, il m'a été proposé un poste de PH en accord avec toute l'équipe du service. La cheffe de service était très satisfaite de mon

travail et me faisait confiance. Elle m'a proposé ce **poste à la seule condition de ne pas faire d'enfant durant le clinicat.** Je venais d'avoir 32 ans. Nous étions 2 temps plein dans le service. Le fait d'être en congé maternité aurait mis le service dans la difficulté. J'ai refusé de me plier à ce chantage, étant libre de construire une famille sans l'aval de ma cheffe de service. Le poste a été donné à un médecin en fin de carrière.

L'accès aux congrès médicaux m'a été interdit. La participation à des travaux de recherche initiés par la cheffe de service, seule universitaire, m'était bloquée. Ma carrière a été stoppée net.

Dès l'internat, le simple fait d'être un homme était un véritable avantage pour l'accès à une carrière hospitalière, la participation à des travaux de recherche et la cooptation avec les chefs de services qui sont souvent des hommes. Et cela, sans considérer le niveau d'implication auprès des patients ou même parfois le niveau de formation médicale. **Le fait de tomber enceinte pendant l'internat ou le clinicat était vécu comme une véritable angoisse** par mes collègues. Nous ne sommes pas remplacées et la charge de travail est donc plus lourde pour le reste de l'équipe ce qui donne lieu à des tensions et parfois à du harcèlement.

La période de mon clinicat a été la meilleure de ma carrière mais aussi la plus intense. Le temps de travail consacré à l'hôpital est écrasant et ne laisse que très peu de temps à l'enseignement et à la recherche, pourtant prévus au contrat. Cela est dû au fait que beaucoup de tâches reposent sur les épaules du CCA, en

plus des gardes aux urgences pour lesquelles **le repos de sécurité m'a été initialement refusé !**

Lorsque j'ai quitté Robert Debré à la fin de mon clinicat, seul un poste de praticien attaché aux urgences m'a été proposé, ce qui représentait une perte de salaire de plus de 1000 € par mois et ne correspondait pas à mon plan de carrière.

De surcroît, les gardes aux urgences étaient particulièrement difficiles : **un seul senior de garde pour la nuit, plus de 400 passages par 24h durant les périodes épidémiques**, des lits portes pleins dès le début de la garde. Des échanges de patients entre les lits portes (1 seule IDE) et la réanimation.

Les équipes paramédicales étaient en sous-effectif et les nouvelles recrues n'étaient pas toujours formées à la pédiatrie, ce qui occasionnait une perte de temps pour les collègues et parfois pour les patients.

Le directeur de l'hôpital et l'administrateur de garde passaient parfois constater l'affluence de patients et l'état du service en période épidémique (qui allait de septembre à juin) **mais aucune solution concrète, efficace et pérenne n'a pu être trouvée.** Dans les services d'aval et de spécialité, la gestion des lits était particulièrement difficile et donnait lieu parfois à une perte de chance pour les patients (par exemple, un jeune patient sous oxygène pouvait être « sevré » 2h avant sa sortie et revenir aux urgences 24h après, un autre, relevant de la surspécialité, se voyait reporter son hospitalisation en semi-urgence faute de lit).

J'ai quitté l'IDF car aucun poste temps plein n'était disponible dans les services de

pneumologie pédiatrique de la région. Un poste de PHC m'a été proposé dans le service de pédiatrie du CH d'Antibes avec à la clé un poste de PH au bout de 2 ans. Je voulais y développer la pneumologie pédiatrique car la demande était croissante et importante dans la région. **J'ai démissionné au bout de 6 mois devant le manque d'organisation et de motivation dans le service, l'absence totale de considération de la part de la direction et la mise en danger des patients à plusieurs reprises à cause de**

dysfonctionnements humains (formation défailante de certains médecins et sage-femmes, manque de motivation, mauvaise coordination avec l'équipe paramédicale en sous-effectif, temps de soins amputé au profit de consultations privées de certains PH, pourtant aussi en sous-effectif).

J'ai décidé de quitter l'hôpital public écœurée. Je pensais même faire une reconversion professionnelle tant la réalité ne correspondait absolument pas à l'idée que je me faisais de la médecine en France.

Aujourd'hui, je suis installée dans une zone sous-dotée en pédiatres et les parents me disent chaque jour à quel point il est difficile d'obtenir un rdv pour soigner leur enfant. Je suis actuellement en congé maternité, la maternité privée dans laquelle je travaille a menacé de fermer faute de pédiatres pour la continuité des

soins."

Témoignage n°3

Témoignage d'un médecin généraliste souhaitant rester anonyme

" Je suis *Médecin généraliste thésée depuis fin 2017.*

J'ai effectué mon Internat de médecine générale (MG) principalement dans le secteur hospitalier.

Après un 1^{er} semestre en biologie médicale, j'ai utilisé mon droit au remord pour la médecine générale.

Ensuite, j'ai réalisé les 6 semestres de la maquette de MG dont un seul en médecine de ville.

Après quelques mois de remplacement en cabinet libéral, j'ai exercé durant 5 mois en tant que faisant fonction d'interne en CHU dans un service de post urgences – médecine polyvalente.

Puis j'ai fait un bref remplacement de 7 mois en SSR privé.

Deux ans de PHC (praticien contractuel dans un centre hospitalier) en médecine.

Je suis partie devant l'absence de prise en compte des problématiques évoquées à de multiples reprises avec le chef de service et le directeur de l'hôpital ainsi que le directeur des affaires médicales.

En 2 ans, je n'ai réalisé que très peu d'astreintes, hésitant à chaque renouvellement de

contrat à poursuivre mon travail au sein de cet établissement. Les médecins absents pendant les congés n'étaient pas remplacés

Il y avait une charge de travail importante, avec des amplitudes horaires d'environ 11-12h tous les jours, une pause déjeuner très souvent éclair, des hébergements l'hiver dans une unité surnuméraire (ouverture seulement dans les mois d'hiver) sans personnel médical supplémentaire.

Une permanence des soins du samedi matin avec impossibilité de partir du service avant 15-16h, sachant que très souvent, je restais jusqu'à 17h voire plus pour finir la correction des courriers en retard.

Des patients polypathologiques, âgés, à prendre en charge dont des prises en charge de soins palliatifs, un manque de temps IDE ou AS pour une prise en charge optimale notamment en fin de vie.

Absence de prise en compte de toutes les heures supplémentaires, etc...

Le directeur du centre, le directeur des affaires médicales (DAM) et le chef de service ont été rencontrés à de multiples reprises mais absence de modification des conditions de travail, ...

Lors de mon dernier entretien avec le DAM, jour où je lui ai remis ma lettre de démission,

celui-ci m'a dit que je n'avais pas su concilier « vie professionnelle et vie personnelle », phrase bateau entendue à de multiples reprises...

Après, j'ai pris un poste de médecin en USLD dans un établissement privé non lucratif, devant l'absence de rémunération des astreintes, le manque de prise en compte des heures supplémentaires, je suis partie à l'issue de ma période d'essai car là aussi la rémunération n'était pas en adéquation avec la qualité de mon travail et mon investissement.

Puis j'ai réalisé 11 mois de remplacement en intérim dans diverses structures dans toute la France.

L'année dernière, j'ai débuté en tant que médecin généraliste dans une clinique au sein d'un service de médecine polyvalente-post urgences. Les conditions de travail sont globalement similaires concernant la charge de travail qui est importante mon salaire étant toutefois plus attractif (un peu plus de 5000 €) et arrivant à respecter 9-10h de travail

journalier."

Témoignage n°4

Dr Matthieu JAMME, médecin titulaire du DESC de Néphrologie et du DESC de Réanimation (ancien DESC Réanimation médicale).

"Mon parcours est un parcours relativement classique avec un externat réalisé au CHU d'Angers, l'internat de spécialité au sein de la subdivision Paris – Île de France et un double clinicat réalisé en Médecine intensive - Réanimation au CHU Cochin (APHP) puis dans le service d'Urgences Néphrologiques et Transplantation Rénale (UNTR) au CHU Tenon (APHP).

La principale critique que j'aurais à faire de cette période était principalement liée à la **charge de travail imposée par la place prépondérante des internes et chefs de clinique-assistant** dans le fonctionnement des services hospitaliers non compensée par les autres praticiens en place (universitaires et non universitaires).

Ainsi il m'est arrivé d'avoir dû faire **27 journées de présence consécutives en Cardiologie** à l'hôpital Ambroise Paré en janvier 2012 ou encore **13 gardes en Réanimation** à l'hôpital Lariboisière au cours du mois d'août 2012.

Durant mes clinicats, la différence d'investissement lié à la part d'activité clinique reste très importante comparé aux médecins titulaires.

En UNTR, service de soins critique, le CCA était chargé d'assurer la visite quotidienne avec 2 internes (4 jours sur 5) et l'encadrement des externes en stage dans le service durant les matinées.

Les après-midis étaient quant à elles consacrées à la bonne tenue des protocoles de recherche réalisés dans le service, la rédaction des comptes-rendus d'hospitalisation à partir du dossier informatisé ORBIS, la

dispensation des cours aux étudiants en médecine de 2^{ème} cycle, les avis téléphoniques via le téléphone d'avis du GH et nos demi-journées de consultation.

A cette activité s'ajoutait les gardes de 24h du fait du caractère « soins intensifs » de l'unité. En sus des CCA, le service était constitué de 3 PUPH, 1 MCU-PH et 3 PH.

Aucun des PH ne participait à l'activité de garde.

2 PH participaient aux soins hospitaliers avec la réalisation d'une visite hebdomadaire avec les internes sans avoir d'activité de consultation supérieure au CCA. Quant au 3^{ème} PH, son rôle était essentiellement une activité de consultation et d'organisation.

Parmi les universitaires, si tous participaient à l'encadrement des étudiants du service, seuls deux d'entre eux participaient à la liste de garde et tous avaient la même activité de consultation que nous.

Néanmoins, hormis cette forte intensité, je ne garde pas un mauvais souvenir de cette période, me souvenant même, sur le moment, de passer par une « étape obligatoire » à laquelle l'ensemble des mes aînés s'étaient confrontés.

Après mon clinicat, j'étais désireux de rester dans la région IDF pour des contraintes familiales (la profession de mon épouse nous contraignant à vivre à proximité de Paris) au sein d'un service à vocation de soins critiques, les conditions qui m'étaient proposées par l'APHP à la sortie de mon 2^{ème} clinicat n'étaient pas celles attendues. Parmi les offres reçues, l'UNTR ne disposant pas de poste de titulaire disponible, l'hôpital Tenon m'a proposé de rester sur un poste

de PHC (contractuel) rémunéré échelon 1, au sein d'un service orienté dans la prise en charge des patients chroniques très loin des compétences acquises durant mon post internat.

J'ai aussi refusé une offre du service de Réanimation de l'hôpital Bichat, me proposant un poste d'attaché. **Dans les 2 cas, cela représentait une perte de salaire**, comparée à mon statut de CCA, **d'environ 1000€ mensuel** en ajoutant les gardes et astreintes de service **sans assurance de titularisation** sur un poste de PH au décours.

Après plusieurs prospections, l'hôpital du CHIPS ayant des besoins en réanimation et en néphrologie m'a proposé un poste de PHC rémunéré échelon 4 + 10% pour un poste temps plein en réanimation avec une activité de consultation hebdomadaire en Néphrologie.

J'ai donc débuté ce poste dans la foulée en novembre 2018. Titulaire d'un master 2 en biostatistiques et rencontrant à Poissy une diminution de ma charge de travail comparé à celles de mon clinicat, j'ai pu conduire plusieurs activités de recherche en sus de mon activité clinique me permettant une collaboration riche.

J'ai même été surpris de constater une certaine procrastination dans le service avec pour certains jours **la présence de 4 séniors et 8 internes pour 16 patients de soins critiques**.

Début 2020, le CHIPS, devant le départ du seul Néphrologue assurant l'activité clinique du service, m'a proposé un contrat de praticien clinicien sur un poste mi-temps en Réanimation et mi-temps en Néphrologie sur des périodes de 15 jours en

alternance. Le principal avantage de ce nouveau contrat a été une augmentation importante de salaire et la diversification de mon activité clinique. Les inconvénients ont été toutefois assez importants. Si sur le plan administratif, j'étais à mi-temps dans les 2 services, la **réalité était une nette augmentation de mes journées de présence hospitalières (en moyenne 25 jours par mois malgré 4 gardes mensuelles, 3 week-ends sur 5), la non possibilité de prise de repos de garde, la non accumulation de temps additionnel** permise par le contrat de clinicien et enfin **une différence nette observée du temps de travail comparé aux autres cliniciens de l'hôpital** (anesthésiste ou urgentiste).

En effet, si les autres cliniciens avaient un contrat de travail de 48h hebdomadaire, mon contrat stipulait une durée hebdomadaire de travail de « 10 demi-journées » à laquelle s'ajoutent « 2 demi-journées supplémentaires en cas de la réalisation d'une vacation de garde permettant la permanence des soins » posant ainsi une durée maximale à 12 demi-journées.

C'est pourquoi après 1 année sous ce statut **j'ai pris la décision de quitter l'hôpital public pour m'installer au sein de la structure privée de l'hôpital privé de l'Ouest parisien** (Trappes). A noter que lors de la remise de ma lettre de démission (en juin 2021), la direction de l'hôpital m'a remis une note me

signifiant du nombre de **42 journées de travail en trop** sur l'année 2021 témoin de l'excès de travail accumulé.

Au total, j'ai passé presque 3 années au CHIPS au cours desquelles j'ai participé à l'activité de soins de réanimation dans l'intégralité de la période et autant que les autres PH en termes de journées de présence y compris pendant mon « mi-temps rea/nephro », j'ai en moyenne réalisé 4 gardes mensuelles en réanimation, suivi entre 250 et 300 patients en consultations de Néphrologie, assuré le maintien de l'activité hospitalière au départ du néphrologue à partir de 2020, réalisé une soixantaine de biopsie rénale en 2 ans et participé à la publication de > 50 articles dont un essai clinique thérapeutique randomisé (Etude ICAR). J'ai aimé l'ambiance avec mes collègues et n'ai jamais eu ou peu de conflit. J'ai quitté l'hôpital en « donnant » des journées de CA au maximum de ce qui était autorisé à savoir 8 jours.

Mon départ de l'hôpital public est principalement lié toutefois au fait que le système actuel ne permet pas : (1) de faciliter l'exercice non clinique. Aucune de mes publications n'ont été financées par l'hôpital de Poissy y compris concernant les frais de publications ou d'english editing que j'ai dû avancer de mes propres fonds (alors que je n'ai touché aucun bénéfice des points SIGAPS cumulés par

cette activité). Rien n'est dispensé pour organiser les formations dans les services.

(2) le système actuel ne permet pas de retenir le personnel de qualité et facilite la présence de PH « fantômes » assurant des plages de consultations < 6 malades.

On parle beaucoup des conséquences liées à la gouvernance sur les structures hospitalières mais pas assez de la responsabilité de certains acteurs de l'hôpital.

J'ai trouvé au sein de l'HPOP un service où j'assure du soin de qualité équivalente avec certes une intensité plus importante les jours de travail (1 médecin pour 10 patients de soins critiques) mais au final une réduction de la durée de présence hospitalière de 30% pour un salaire certes inférieur à celui de clinicien mais supérieure à celui de PH pour lequel j'aurai pu aspirer à la vue de mon ancienneté.

A cela s'ajoute un véritable **encouragement à la poursuite des activités de recherche** avec une mise à disposition d'outils, de moyens humains et financiers.

Au final, dans l'ordre des avantages, je classerai : **plus de temps personnel, moins de procrastination, un meilleur salaire et un véritable encouragement à l'activité extra**

clinique."

Témoignage n°5

Témoignage d'un praticien hospitalier, psychiatre, souhaitant rester anonyme.

"Ce praticien a quitté le CHU où il exerçait car les conditions d'exercice n'étaient plus satisfaisantes et la sécurité des patients problématique. Il avait une activité de consultation aux urgences et travaillait au sein d'une unité de crise en psychiatrie. Plusieurs médecins de l'unité ont déjà quitté le service avant lui, ainsi que de nombreux infirmiers.

L'unité dans laquelle il exerçait était en **sous-effectif constant**, avec une acutisation de cette crise par épisodes, allant jusqu'à l'obliger à assurer pendant une période de plusieurs jours l'équivalent de 9 ETP seul. En effet, une série d'évènements avait entraîné l'absence en cascade de plusieurs médecins, mais le **CHU avait alors préféré laisser ces conditions de travail en mode dégradé** plutôt que d'embaucher des intérimaires qui auraient permis de redresser cette situation, même ponctuellement, et éviter ainsi un épuisement majeur des praticiens en poste (ou revenant en poste après arrêt). **Cela a mené au départ en cascade de tous ces médecins après de nombreuses années passées à alerter et proposer des solutions concrètes à la direction des affaires médicales.**

Ce manque de personnel non remplacé a eu pour conséquence une agression d'un médecin et d'une infirmière par un patient, de nombreux épisodes de passage à l'acte suicidaire de patients par manque d'effectif pour la surveillance, ainsi qu'une dégradation majeure des conditions d'accueil des patients aux urgences, jusqu'à

des situations de maltraitance par défaut (nombreux évènements indésirables graves déclarés).

Pendant plusieurs semaines, il a dû assurer quasiment seul la gestion des infirmiers et des internes.

Ce praticien est complètement épuisé professionnellement et travaille plus de 60 heures /semaine sans compter les gardes et astreintes.

Toutefois, il tente de construire en parallèle un projet de service pour développer l'activité de service. **Le CHU n'a pas voulu financer le projet** qu'il proposait lors de sa présentation, sans justification particulière malgré un dossier solidement construit en termes de chiffre d'activité, de rendement et de soutien des différents pôles (au niveau médical) du CHU. Face à ce constat, ce fut la goutte d'eau de trop. **Ce praticien a été en arrêt maladie plusieurs mois. La direction des affaires médicales n'a jamais été soutenante, et n'a jamais donné suite aux nombreuses propositions pour « redresser » le service.** Il n'y a jamais eu de dialogue constructif entre les services administratifs et les professionnels de santé malgré les sollicitations répétées de la part des médecins.

Les services administratifs n'ont pas tenu compte des nombreuses alertes qui ont été faites et des solutions proposées pour mettre fin aux nombreux dysfonctionnements et rendre le service plus attractif. Les promesses à chaque fois avancées n'ont jamais été tenues, avec une communication inexistante et opaque.

Après son arrêt maladie, ce praticien est revenu sur son poste, mais se heurte une nouvelle fois à la direction des affaires médicales qui n'entend pas les propositions des professionnels de santé pour améliorer les conditions de travail et d'accueil des patients.

Cette succession d'évènements et d'absence totale de dialogue a conduit au départ progressif des médecins et infirmiers, venant majorer la situation de crise dans ce service de psychiatrie. **Face à cette « fuite » des professionnels, le CHU a dû fermer des lits et recruter des intérimaires, parfois 3 à 4 par jour, à raison de 600 à 800 euros net/jour.**

C'est dans ce contexte très délétère que ce praticien a

littéralement fui le **CHU.**

Témoignage n°6

Témoignage d'un médecin neurologue souhaitant rester anonyme

"Je suis *médecin*

neurologue titulaire du DES de neurologie.

Mon parcours est relativement classique : études de médecine et internat dans ma région d'origine. Au cours de l'internat, j'ai validé un master 2 biologie santé.

Par la suite j'ai été quatre ans chef de clinique dans un service spécialisé de cette période je garde une excellente formation professionnelle mais j'y ai connu des difficultés, la triple valence du chef de clinique : soins, enseignement et recherche est difficile à tenir.

Les durées de congés ne sont pas alignées sur le PH devant l'absence de RTT. Par ailleurs la permanence des soins en neurologie n'était imposée que jusqu'à un âge de 45 ans et les chefs de clinique assuraient des gardes aux urgences.

D'un point de vue salarial les fonctions sont surtout valorisées par la permanence des soins en sus de deux salaires distincts, cela m'avait posé problème lors de la rencontre avec la banque pour un crédit immobilier car ils s'y perdaient entre le salaire universitaire et les émoluments hospitaliers ne comprenant pas bien le statut.

J'ai un bon souvenir de cette période où j'ai développé mes compétences mais je garde quand même le souvenir d'une période assez chargée avec du travail de préparation de cours et de bibliographie se reportant

inexorablement sur le temps non passé à l'hôpital, c'est-à-dire le samedi, le dimanche et le soir.

Dans l'hypothèse éventuelle d'une carrière en CHU, j'ai soutenu une thèse d'université.

Par la suite j'ai pu devenir praticien hospitalier dans la région et devenir praticien contractuel en neurologie puis titularisé en post Ségur. J'ai gardé un temps partiel au CHU (15% de mon temps) pour des activités de neurologie très spécialisées et encore un peu de recherche et d'encadrement de mémoires ou thèses. J'ai actuellement une bonne qualité de vie professionnelle.

Un certain nombre de difficultés que j'ai constatées tout au long de mon parcours sont :

➤ **L'inégalité salariale post Ségur entre les nommés sur l'ancienne grille et la nouvelle, source de tension entre médecins**, à titre personnel je suis un échelon au-dessus de personnes qui ont deux ans d'ancienneté de plus que moi.

➤ **Le temps non clinique n'est pas valorisé** dans les missions d'enseignement et de recherche et ne permet pas de développer ces axes suffisamment.

➤ **Un pied d'égalité sans valorisation quelconque entre des praticiens investis et ne comptant pas leur temps et d'autres praticiens ayant une activité médicale beaucoup plus minimaliste.**

➤ **Une difficulté à freiner la fuite des médecins de l'hôpital *public*"**



Annexe 1 - LIVRE BLANC DE JEUNES MÉDECINS

Stratégie nationale de transformation du système de santé

20 Propositions des Jeunes médecins

Sommaire

Introduction 3.

I.

Les chantiers de transformation du système de santé 5.

I.A « Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques » 6.

I.B « Accompagner la transformation du travail et des métiers dans le secteur public hospitalier » 9.

I.C « Financement et rémunération » 14.

I.D « Accélérer le virage numérique » 17.

I.E « Adapter les formations aux enjeux du système de santé » 20.

I.F « Repenser l'organisation territoriale de soins » 25.

II.

Les propositions des "Jeunes médecins" 28.



Introduction

Les « Jeunes médecins » entendent s'impliquer fortement dans la stratégie de transformation du système de santé dont le Ministère des solidarités et de la santé a lancé les travaux en mars dernier.

Le système de santé est inadapté face aux enjeux actuels (démographiques, épidémiologiques et technologiques). Les « Jeunes médecins » proposent des mesures réellement novatrices et pour certaines disruptives sans lesquelles la situation ne fera que s'aggraver tant pour la population que pour les conditions de travail des médecins. Les « Jeunes médecins » sont ceux qui vont exercer dans les quarante prochaines années. Ils se mobilisent pour que la transformation du système de santé ne soit pas un énième colmatage mais le levier d'une profonde adaptation pour que la qualité des pratiques et l'accès aux soins soient garantis tout en assurant la soutenabilité financière et l'épanouissement des personnels de santé et des médecins en particulier.

Le levier majeur des réformes portées par les « Jeunes médecins » qui irriguera en fait l'ensemble du système de santé et les transformations en cours repose sur une meilleure répartition des médecins (et en fait de l'ensemble des professionnels de santé) entre les soins ambulatoires de proximité, le second recours et le second recours expert, ce qui supprimera en outre de facto les « déserts médicaux » en offre de soins de premiers recours. Cette meilleure répartition est capitale car toutes les politiques mises en œuvre pour favoriser le fameux virage ambulatoire sont des échecs. Les soins de proximité – le premier recours – ne cessent de s'amoindrir malgré les promesses et plans de réforme du système de soins au profit des autres types de prises en charge. Il est frappant de constater l'abîme entre les intentions de mieux équilibrer les différentes prises en charge et les mesures prises qui ne permettent pas d'inverser la tendance. Même l'augmentation notable du numérus clausus à l'entrée des études de médecine depuis le début des années 2000 ne parvient pas à développer le premier recours. Les effectifs des médecins généralistes libéraux fondent et vont continuer à le faire jusqu'à au moins 2025. Le nombre de médecin augmente, celui des praticiens de premiers recours diminue. Cherchez l'erreur !

Le vieillissement de la population va s'accélérer avec le passage du baby-boom de l'après-guerre au papy-boom actuel et à venir. Les plus de 85 ans aujourd'hui au nombre de 1,5 millions seront 5 millions dans trente ans. A cette révolution démographique s'ajoute une révolution épidémiologique bien décrite avec le développement des pathologies chroniques et multiples chez une même personne qui nécessitent l'ardente obligation d'en développer la prévention, de mieux les accompagner et de coordonner

de manière plus efficace les différentes prises en charge en associant étroitement le médico-social.

L'enjeu est colossal car sans une réelle prise en compte des bouleversements actuels, le système de soins sera dans l'incapacité de répondre à ces nouveaux besoins. Il sera paralysé par une forte demande qui ne trouvera pas de solutions adaptées. Les difficultés d'accès à un médecin ne feront que s'accroître. De même que les tensions dans les services d'urgence (embouteillés par exemple du fait qu'une décompensation chez une personne âgée n'aura pas été anticipée) et les contraintes dans les Ehpad par un afflux de patients à l'état de santé plus précaire. La régulation économique aggravera la situation faute de réformes de structure, la technique du raboutage perdurera entraînant par là même des surcoûts par l'impossibilité d'adapter les réponses à la nouvelle donne. Le cercle vicieux déjà engagé prendra de l'ampleur.

Les « Jeunes médecins » proposent de développer franchement la médecine ambulatoire de proximité (le premier recours) par une mesure forte. Car depuis plus de dix ans, répétons-le, cet objectif revendiqué par les pouvoirs publics tant de droite que de gauche s'est soldé par un échec.

Cette mesure est simple. Que 70% des choix au moment de la formation des étudiants en médecine soient affectés à la médecine ambulatoire de proximité (le premier recours) dont l'organisation et le périmètre d'action seront efficacement adaptés à cette nouvelle donne. La médecine ambulatoire ne se résumera pas à une médecine générale « ancien modèle » mais élargira considérablement le domaine d'expertise de cette dernière à tous les soins ne nécessitant de plateau technique. Les 30% autres seront affectés au second recours en établissement avec plateau technique.

Il s'agit d'inverser réellement la tendance car comme le note la Drees, depuis 2012, le nombre total de médecins a certes progressé de 4,5 % pour atteindre 226 000 médecins en activité au 1^{er} janvier 2018 mais au cours de cette période, le nombre de médecins de la spécialité de médecine générale a stagné (+0,7 %) tandis que le nombre des autres spécialistes a progressé de 7,8 %. Quant aux médecins généralistes libéraux, leur nombre a régressé de 2% alors que les autres spécialistes libéraux ont augmenté de 2,4% si bien que globalement le nombre de médecins libéraux n'a pas évolué (+0,04 %). En revanche, le nombre de salariés et particulièrement en spécialités autres que la médecine générale a lui fortement augmenté (respectivement +11,1 % et +13,9 %). L'augmentation du nombre de ces spécialistes et notamment salariés explique ainsi la hausse des effectifs de médecins au cours des six dernières années.

Le projet global défini par les « Jeunes médecins » dans ce document vise donc à orienter l'offre de soins prioritairement vers l'offre ambulatoire dont le périmètre serait redéfini. Ainsi, les « Jeunes médecins » déclineront des propositions dont le but sera d'atteindre cet objectif.

I.

Les chantiers de transformation du système de santé

I.A

« Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques »

Enjeux pour les pouvoirs publics

« Prescrire les bons traitements et les bonnes prises en charge au bon moment »

« Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques »

« Prescrire les bons traitements et les bonnes prises en charge au bon moment »

« Lutter contre les gaspillages et intégrer les nouvelles technologies », c'est ce que préconise l'OCDE en termes de réformes en santé. Une proportion importante des dépenses de santé est en effet au mieux inefficace au pire constitue un véritable gaspillage dans les pays de l'OCDE.

L'institution internationale estime qu'un cinquième des dépenses de santé pourraient être utilisé à de meilleurs fins.

Le gaspillage est de trois ordres. Premièrement les patients ne reçoivent pas les bons soins. Cela peut concerner la redondance d'examen, la pratique de soins à faible valeur, non efficaces, administrés hors des recommandations cliniques ou encore les événements indésirables évitables. Deuxièmement les résultats pourraient être obtenus en dépensant moins en utilisant des produits moins coûteux. Enfin trop de ressources sont détournées de la production de soins : gaspillage administratif et bien sûr les abus, fraudes et corruptions.

Les causes sont multifactorielles de même que les solutions. Tout d'abord reconnaître l'existence du problème, ce qui est fait aujourd'hui en France par la forte implication et volonté de la ministre des Solidarités et de la santé. Ensuite développer une meilleure connaissance par le développement d'indicateurs de santé à condition que ceux-ci soient simples, adaptés à la réalité du soin dans sa complexité, non chronophages et non dispendieux et ainsi permettent aux professionnels d'avoir un regard sur leurs pratiques et de les comparer. Enfin convaincre patients et soignants et surtout instaurer des systèmes de financement qui favorisent la fourniture de soins les plus appropriés par les professionnels les plus pertinents.

C'est donc un ensemble de mesures qui permettra d'inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques. Au centre de cette démarche se trouve la formation continue des professionnels de santé et des médecins en particulier à un moment où les besoins de santé évoluent de façon marquée avec le vieillissement de la population et la transition épidémiologique, où les innovations tant pharmaceutiques que technologiques et numériques bouleversent les habitudes et les concepts et alors que les exigences de patients sont de plus en plus prégnantes.

C'est pourquoi les « Jeunes médecins » sont favorables sans aucune ambiguïté à une recertification organisée tous les cinq ans et labellisée par les Conseils nationaux professionnels (CNP) qui regroupent les sociétés savantes, les syndicats de la profession et l'université.

La certification devra s'appuyer sur des données d'analyse de pratique réelle, s'inscrire dans une logique d'uniformisation européenne et se placer en étroite articulation avec la formation continue. L'accès de cette dernière doit être simplifié et ne plus dépendre du mode d'exercice. Les jeunes médecins souhaitent la création d'un compte personnel de formation (CPF) en euros pour chaque médecin quel que soit son mode d'exercice, libéral ou salarié, ville ou hôpital, et facilement mobilisable, par exemple via une application mobile comme c'est prévu dans la réforme actuelle des CPF des salariés des entreprises. Un fonds commun de financement gagnerait à être créé pour instaurer la transparence et mettre sur le même pied d'égalité tous les médecins.

PROPOSITION 1

Instaurer un processus de recertification labellisé par les Conseils nationaux professionnels (CNP) et l'Université, s'inscrivant dans une logique d'uniformisation européenne.

PROPOSITION 2

Création d'un Compte personnel de formation (CPF) en euros mobilisable simplement via une application mobile comme le prévoit la réforme actuelle pour les salariés des entreprises. Tout en assurant un financement

I.B

« Accompagner la transformation du travail et des métiers dans le secteur public hospitalier »

Enjeux pour les pouvoirs publics

« Proposer un nouveau contrat social aux professionnels de santé, en cohérence avec les orientations du comité interministériel de la transformation publique »

« Accompagner la transformation du travail et des métiers dans le secteur public hospitalier »

« Proposer un nouveau contrat social aux professionnels de santé, en cohérence avec les orientations du comité interministériel de la transformation publique »

Pour transformer le travail et les métiers dans le secteur hospitalier en cohérence avec les orientations du comité interministériel de la transformation publique, il faut concevoir les métiers des professionnels de santé et des médecins en particulier dans une perspective globale.

Il est intéressant de noter que le Gouvernement s'est récemment « engagé à bâtir un nouveau modèle de conduite des politiques publiques qui, en redonnant sens et cohérence à l'action publique, doit mettre fin à une vision décliniste et résignée de l'intervention publique. Le Gouvernement a pour ambition de renouer les fils de la confiance entre les agents et les usagers en redonnant à chacun les moyens et outils pour agir à son échelle.

« Cette ambition est aussi un impératif pour répondre aux transformations profondes qui traversent notre société et vont bouleverser les métiers et les modes d'action publique. L'irruption du numérique, le développement des nouveaux usages collaboratifs, l'évolution des attentes des usagers vers plus de proximité, les ruptures attendues de l'intelligence artificielle et des données de masse.

« Cette ambition s'est traduite dans la conception innovante de la démarche « Action publique 2022 » qui responsabilise les ministères pour construire leur programme de transformation, en dialogue étroit avec le comité « Action publique 2022 » et le comité Jeunes « J22 ».

« Sans attendre, des chantiers transversaux ont été engagés pour agir sur les facteurs clefs de la transformation qui concernent le cadre quotidien de l'intervention des agents et constituent les conditions du succès des réformes qui suivront : ressources humaines, simplification et qualité de service, transformation numérique des services publics.

« Ces mesures s'adressent en premier lieu aux agents publics, qui se verront proposer un nouveau contrat social pour accompagner l'évolution de leurs métiers et libérer leurs initiatives » concluent les pouvoirs publics.

En ce qui concerne le système de soins et notamment l'hôpital, il faut redonner de la cohérence aux interventions et missions des professionnels de santé et en particulier aux médecins pour qu'ils retrouvent le sens de leurs actions sans dilution et incertitudes quant aux caractéristiques de leurs périmètres.

Offre ambulatoire.

Les « Jeunes médecins » considèrent qu'il faut sanctuariser la spécialité ambulatoire de premier recours dont le mode d'exercice sera exclusivement ambulatoire et regroupera l'ensemble des soins de premiers recours. Dans le cadre de l'allongement de la durée de la maquette du DES de Médecine Générale, il sera donné la possibilité de réaliser une option de spécialisation de 1 an. Cette option offrira la possibilité, dans le cadre de sa pratique quotidienne, d'orienter ses consultations vers des pratiques de premier recours appartenant aujourd'hui à une partie du champ de compétences des spécialités de ville (pédiatrie, gynécologie médicale, ophtalmologie, psychiatrie...). Ceci renforcera à la fois le lien ville-hôpital dans le cadre de la formation (réalisation de stages couplés ville-hôpital en lien avec l'option choisie) et garantira l'acquisition de compétences pratiques qui fait aujourd'hui défaut au support de formation que représentent les Diplômes Universitaires (DU). Cette option pourrait être réalisée soit durant le troisième cycle des études de médecine (TCEM) soit tout au long de la carrière pour permettre des évolutions de carrière. Cette recommandation est renforcée par le résultat de l'enquête réalisée récemment par l'Intersyndicale Nationale des Internes (ISNI) auprès de 644 internes de la spécialité de médecine générale. Cette enquête, parue le 7 juin 2018, rapporte que dans le cadre d'un allongement d'une année du DES de médecine général, les internes de cette spécialité privilégient une vision optionnelle de cette année supplémentaire avec la volonté de se former au sein des autres spécialités appartenant à ce jour aux spécialités dites de ville. La réalisation d'un deuxième DES permettra également de passer d'une pratique de premier recours vers une pratique de second recours, et vice versa, si le praticien en émet le souhait. L'acquisition de compétences managériales est aussi clé pour les médecins du premier recours, notamment dans le cadre de l'exercice regroupé.

Hôpitaux locaux.

Les « Jeunes médecins » recommandent la reconversion des hôpitaux locaux : soit en structures pré-hospitalières, gérées par la médecine ambulatoire de premier recours, visant à limiter le recours systématique aux centres hospitaliers de second recours tout en permettant une surveillance médicale sécurisée (durée de séjour limitée à 48h), et la prise en charge des urgences « ambulatoires » soit en SSR et structures d'accueil médico-sociales visant à désengorger les occupations de lits dans les structures de second recours pour les situations qui ne nécessitent plus un plateau technique expert.

Offre de second recours.

Le second recours doit être assuré par deux types d'établissement.

Le second recours proprement-dit par les établissements privés (à but lucratif ou non) et le second recours expert par les établissements publics.

Des ponts doivent être créés pour les médecins entre ces deux types d'établissement. Les « Jeunes médecins » proposent de créer pour tous les médecins de second recours un statut unique de praticien hospitalier public titulaire que chaque médecin en fonction de son exercice privé ou public pourra moduler de 0% (plein temps privé lucratif ou non lucratif) à 100% (plein temps public) tout en permettant des activités mixtes. Un médecin pourra ainsi plus facilement passer de l'un à l'autre et conservera les avantages acquis dans le public au prorata du temps passé. Le passage de l'un à l'autre se fera en fonction des postes disponibles pour une durée déterminée ou non. Ce système facilitera les liens entre ces deux secteurs et les évolutions de carrière.

Aujourd'hui le principal statut des médecins exerçant dans les établissements publics de santé (EPS) est celui de praticien hospitalier (PH). Pour acquérir ce statut, il faut passer le concours national (CNPH) organisé une fois par an par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) au prix, dans certains cas, de devoir subir des situations d'attente sur des postes contractuels et précaires. Les jeunes médecins proposent que ce statut soit automatiquement octroyé à tout médecin ayant obtenu son diplôme d'État de docteur en médecine délivré par une Faculté européenne et exerçant une spécialité de second recours.

Revoir la gouvernance hospitalière.

La gouvernance hospitalière n'est pas aujourd'hui satisfaisante. Il existe certes une grande diversité de méthodes de management mais globalement les médecins considèrent qu'ils ne sont assez associés aux décisions. Les praticiens souhaitent être responsabilisés et ne plus être placés sous l'autorité d'un directeur qui est devenu un chef d'entreprise, l'œil rivé sur la régulation économique, la recherche de croissance et la réduction des déficits. Les médecins comme les personnels de santé ont le sentiment d'être perçus comme des agents économiques auxquels on assigne la production de richesse. Il faut redonner une véritable coresponsabilité entre les directeurs et le corps médical, mutation urgente et mobilisatrice qui peut passer par différentes voies.

Les « Jeunes médecins » proposent la création de directeurs médicaux à l'instar de ce qui se fait dans les Centres de lutte contre le cancer (CLCC) et d'autres pays européens. Les directeurs des Centres de lutte contre le cancer sont nommés par arrêté ministériel

suite à l'avis (favorable) du conseil d'administration des Centres de lutte contre le cancer concernés et de la Fédération française des Centres.

Un renforcement urgent et significatif des moyens des Commissions médicales d'établissement (CME) et du management médical est également nécessaire. Les présidents des Conférences nationales des CME des Centres hospitaliers (CH), des centres hospitaliers spécialisés (CHS) et des Centres hospitaliers universitaires (CHU) déploieraient récemment malgré une « coresponsabilité avec le Directeur sur la politique de la qualité et la sécurité des soins et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers » que les moyens reconnus réglementairement « peinent à se traduire sur le terrain ». Il en va de même pour la formation des chefs de service et des chefs de pôle. Ceci est particulièrement préjudiciable alors que « leur exercice quotidien s'intensifie dépassant les compétences réglementaires : gestion des conflits, animation des équipes

PROPOSITION 3

Mieux définir les missions et rôles de chacun et redonner du sens à tous grâce la structuration de l'offre de soins des médecins (70% pour l'ambulatoire de premier recours et 30% pour le second recours).

PROPOSITION 4

Distinguer deux types de structures de second recours, l'une assurée par les acteurs du privé pour les soins de routine et l'autre assurée par le secteur public pour les prises en charges lourdes et complexes.

PROPOSITION 5

Développer largement les structures médico-sociales permettant de désengorger le second recours et fluidifier les prises en charge.

PROPOSITION 6

Créer un statut unique de praticien hospitalier public titulaire permettant d'exercer sur les deux types de second recours public et privé que chaque praticien pourra faire moduler en fonction de son aspiration professionnelle et de ses priorités personnelles et familiales.

PROPOSITION 7

Revoir la gouvernance hospitalière avec la création de directeurs médicaux et renforcer les moyens octroyés aux CME.

I.C

« Financement et rémunération »

Enjeux pour les pouvoirs publics

« Traduire les nouvelles organisations de soins et l'effort de prévention dans l'adaptation et l'évolution des modes de rémunération et de régulation »

« Financement et rémunération »

« Traduire les nouvelles organisations de soins et l'effort de prévention dans l'adaptation et l'évolution des modes de rémunération et de régulation »

Le financement, la régulation et les rémunérations doivent traduire l'objectif de mieux prévenir et prendre en charge les maladies chroniques au plus près des citoyens. La volonté de développer une médecine de proximité s'est pour le moment heurtée à la lourdeur des structures et l'insuffisance de la régulation. Il convient donc de mieux distinguer les soins de premier recours des soins de deuxième recours voire de second recours expert en graduant l'offre de soins. Et en adaptant le financement et les rémunérations en conséquence.

Les modalités de financement seront adaptées à chaque niveau de parcours :

- 1^{er} recours ambulatoire : panachage de paiement à l'acte en lien avec la pertinence des actes et de paiement forfaitaire en lien avec des missions de santé publique et l'aide au renouvellement d'équipement. Diversification des activités rémunératrices via la possibilité d'accéder à des outils de dépistage et de prise en charge ambulatoire (fond d'œil, réfraction, spirométrie, etc. .)
- Second recours : assuré par les établissements privés (à but lucratif ou non) sur le modèle du paiement à l'acte avec une part forfaitaire valorisant et favorisant la qualité des soins (complications post-opératoires) et centré uniquement sur des activités standardisées avec des durées de prises en charge raccourcies.
- Second recours expert : assuré par l'institution publique avec une approche régaliennne et un mode de financement forfaitaire (ou global) permettant une prise en charge longue pour des pathologies complexes avec la nécessité de regroupement en plateaux techniques experts.
- Médicosocial : donner de véritables moyens au monde médicosocial. Faciliter l'accès au financement via un flux unique avec les ARS. Création d'un statut de l'aidant permettant le maintien des personnes avec handicap dans leur environnement.

Les « Jeunes médecins » revendiquent aussi pour tous les médecins libéraux, de premier comme de second recours, la possibilité d'accéder au secteur 2 (secteur conventionné à honoraires libres) avec des engagements de modération tarifaire pour supprimer cette organisation à deux vitesses. Sera alors venu le temps d'engager des négociations avec la représentation « Jeunes médecins » visant à réévaluer certains

actes aujourd'hui insuffisamment valorisés pour celles et ceux installés et pratiquant des honoraires au tarif opposable. C'est cette juste valorisation des actes en secteur 1 qui rendra ce secteur attractif et permettra ainsi la mise en place d'un tiers payant généralisé (TPG) sécurisé pour l'ensemble des acteurs.

Afin d'encourager l'installation des jeunes médecins en libéral, les « Jeunes médecins » proposent une exonération des cotisations à la Carmf (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) de cinq ans, quelle que soit la zone d'installation, sans pour autant décaler le point de départ des droits et sans qu'y soit associées des contreparties quant au lieu d'installation.

PROPOSITION 8

Adapter les modalités de financement à chaque niveau de parcours, ambulatoire de premier recours, second recours et second recours expert.

PROPOSITION 9

Donner accès à l'ensemble des praticiens au secteur 2 dans une vision visant à réinventer la distinction qui existe actuellement entre les deux secteurs tarifaires sans gager l'accessibilité financière de l'accès aux soins par la population.

PROPOSITION 10

Libérer les forces vives et favoriser une installation précoce en exonérant les jeunes installés de la cotisation à la Carmf pendant les cinq premières années tout en leur garantissant la couverture sociale qui est associée.

I.D

« Accélérer le virage numérique »

Enjeux pour les pouvoirs publics

« Adopter pour notre système de soins une stratégie pour engager son virage numérique qui positionne le patient au cœur de l'organisation »

« Accélérer le virage numérique »

« Adopter pour notre système de soins une stratégie pour engager son virage numérique qui positionne le patient au cœur de l'organisation »

Les « Jeunes médecins » veulent et doivent s'impliquer dans le développement de solutions innovantes en santé intra et extra hospitalière. C'est à la fois leur volonté, et une nécessité pour que ces solutions soient pertinentes et adressent de vrais besoins du terrain. L'avènement de la « French Tech » chez les jeunes médecins passe par plusieurs leviers :

- Encourager les doubles cursus au cours : tant dans des secteurs technologiques (bio-informatique, informatique, datascience) que pour l'entrepreneuriat (MBA, MSc Business) afin de fournir les organisations de soins tant ambulatoires (maisons de santé ambulatoire, hôpitaux locaux reconvertis) que de second recours en Directeurs Médicaux
- Introduction à l'entrepreneuriat, et à l'écosystème de l'innovation en général, au même titre que les étudiants ingénieurs
- Terrains de stages dédiés
- Transfert de technologies et statut juridique clairs permettant la création de structure type Start-up avec rôle exécutif au cours de la formation initiale et continue

La formation initiale et continue des jeunes médecins dans le champ du numérique doit être développée en s'inscrivant dans un objectif de multidisciplinarité. En effet, l'innovation numérique et technologique en Santé implique impérativement la coopération de professionnels issus de formations initiales différentes : ingénieurs, développeurs informatiques, profils commerciaux et, bien sûr, médecins.

Le rôle des jeunes médecins est central. En effet, les nouvelles solutions technologiques exploitent ou génèrent toutes des données de santé concernant des patients. Seuls des médecins sont habilités, aptes et légitimes à traiter de telles données et à garantir de leurs utilisations dans l'intérêt des patients. A ce titre, il est essentiel et indispensable que les médecins prennent une place active et centrale dans la révolution numérique en cours.

L'une des principales barrières sur la route des jeunes médecins souhaitant s'impliquer dans cette révolution, à l'heure actuelle, est leur manque total de contact avec l'écosystème « French Tech ». Une solution simple, efficace, et ayant fait ses preuves

(notamment dans les pays anglo-saxon) est de permettre aux étudiants en médecine, très tôt dans leur cursus, de suivre quelques cours en communs avec des ingénieurs. Ces cours en commun ont la double vertu d'enseigner des bases technologiques et entrepreneuriales aux étudiants en médecine, mais aussi de leur créer des contacts « en dehors de l'hôpital » et des opportunités de collaboration.

Reprises dans le document de l'Ordre des médecins : « Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle », les propositions du Centre canadien aux médias et de littératie numérique doivent être incluses dans la formation des médecins. Elles décrivent les compétences clés en trois mots : utiliser, comprendre et créer.

- Utiliser fait référence aux connaissances techniques permettant d'utiliser aisément l'ordinateur et Internet.
- Comprendre, c'est acquérir un ensemble de compétence pour analyser, évaluer et utiliser à bon escient l'information disponible sur le web. Ces compétences participent au développement de l'esprit critique.
- Créer, c'est savoir produire des contenus et communiquer efficacement en utilisant divers outils et médias numérique.

C'est ainsi que le dialogue pourra s'accroître avec les patients dans toutes ses facettes : information et implication de ces derniers, qui sont également des acteurs important dans l'innovation.

PROPOSITION 11

Les nouvelles solutions technologiques exploitent ou génèrent les données de santé des patients. Donner aux médecins les moyens de prendre une place active et centrale dans la révolution numérique en cours.

PROPOSITION 12

Inclure dès la deuxième année d'études, des cours en commun avec des cursus ingénieurs, concernant les bases de l'innovation.

PROPOSITION 13

Favoriser et faciliter les double cursus avec des filières non « médicales » : technologiques et management.

I.E

« Adapter les formations aux enjeux du système de santé »

Enjeux pour les pouvoirs publics

« Réinterroger les formations des professionnels de santé pour qu'elles s'adaptent au système de santé de demain : la prévention, les parcours de santé, les coopérations interprofessionnelles. Les futurs professionnels en seront les principaux acteurs, et ils doivent y être sensibilisés »

« Adapter les formations aux enjeux du système de santé »

« Réinterroger les formations des professionnels de santé pour qu'elles s'adaptent au système de santé de demain : la prévention, les parcours de santé, les coopérations interprofessionnelles. Les futurs professionnels en seront les principaux acteurs, et ils doivent y être sensibilisés »

Les « Jeunes médecins » partagent le diagnostic de la Conférence des Doyens des facultés de médecine mais divergent sur certains points clé des propositions des Doyens.

Ainsi, les propositions des « Jeunes médecins » sont les suivantes.

Suppression du numérus clausus, dans le cadre exclusif d'une réforme globale des études santé pour instaurer davantage de souplesse entre les différentes filières de type licence - master - doctorat. Le numérus clausus a été créé en 1971 après le boom des étudiants en médecine post 1968. Près de 13 000 étudiants ont été admis en deuxième année de médecine en 1969, soit plus de 20% du nombre de médecins en exercice à l'époque (60 000). En 1972, le numerus clausus a été fixé à 8 588 et a atteint son plus bas niveau en 1993 à 3 500 pour remonter à 8 124 en 2017. Ainsi 110 000 médecins ont été formés entre 1970 et 1979, 53 000 entre 1980 et 1989, 33 000 entre 1990 et 1999 et 54 400 de 2000 à 2009. Ces variations montrent la valse-hésitation troublante des pouvoirs publics et au-delà expliquent les problèmes de la démographie médicale d'aujourd'hui. Il convient aujourd'hui d'adapter la formation des médecins aux besoins du pays et aux capacités de formation des facultés.

1^{er} cycle universitaire (parcours Licence) :

- Permettre l'entrée en Master Médecine via un parcours Licence indifférencié avec réalisation de modules optionnels (anatomie, physiologie, etc.) à validation obligatoire. Ceci devrait favoriser une vraie inclusion au sein de l'université, une diversification des profils et une vraie reconnaissance du parcours universitaire si l'étudiant se trouve dans l'impossibilité de rentrer dans un parcours médecine.
- Regrouper les différentes UFR sur un modèle d'une UFR par région avec possibilité pour l'ensemble des étudiants ayant validés un parcours Licence plus option d'y concourir

2^{ème} cycle universitaire (parcours Master) :

- Instauration d'un Master Médecine différencié proposant différentes possibilités : médecine ambulatoire de premier recours (avec options) pour 70% des effectifs, sciences chirurgicales, sciences de l'imagerie, sciences immunologiques, pathologies tumorales, etc. Des options transversales à l'ensemble des masters seront créées pour favoriser les passerelles. Il sera possible ainsi de changer de master. Il s'agit d'un processus actif et choisi.

- Favoriser la réalisation du doubles cursus MD-Msc, MD-MBA...

- Chaque Master Médecine donnera accès à un troisième cycle différencié offrant accès pour chacun à un ou plusieurs DES dont les compétences auront été acquises lors du parcours Master. L'accès à ces différents DES se fera via un examen national classant permettant de concourir pour l'ensemble des UFR régionales et déterminant ainsi le choix du DES et le parcours de formation.

3^{ème} cycle universitaire :

- Maintien de la réforme telle qu'elle est engagée pour les phases 1 et 2 avec nouvelle répartition entre spécialité ambulatoire de premier recours et autres spécialités de second recours.

- Passer le DES de Médecine Générale (devenant Spécialité ambulatoire de premier recours) à 4 ans avec possibilité de réaliser une option de 1 an de médecine de ville (ophtalmo, gynéco, pédiatrie, psychiatrie...) avec un exercice exclusivement en ambulatoire

- Révision de la phase 3 avec un statut calqué sur celui d'assistant plein et entier et un choix selon un modèle de big matching national sur l'ensemble du territoire et pour l'ensemble des offreurs de soins (public/privé). C'est à l'interne de démarcher son futur terrain de stage agréer phase 3.

Accès aux valences universitaires.

Redonner à l'Université la pleine possession de ses moyens universitaires notamment sur la composante médecine/santé (sortir du statut dérogatoire) en l'incitant fortement à créer de façon autonome des postes à valence universitaire via des partenariats public/privé ou institution/université orientés sur la santé.

Abroger les ordonnances Debré 1958 qui avaient leur justification à l'époque (fort investissement sur l'hôpital et la recherche) et qui ont créé le plein temps hospitalier avec la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Il s'agit aujourd'hui de dissocier le U (valence Universitaire) du H (praticien obligatoirement rattaché à un CHR-U) et de permettre à l'Université de contractualiser avec l'ensemble des offreurs de soins du premier comme du second recours sur des objectifs d'enseignement et/ou de recherche. Maintenir la double appartenance Soins et Universitaire.

Harmoniser le support statutaire des postes universitaires non titulaires en ne gardant que le statut de PHU (en y reversant le contingentement actuel des postes de CCU-AH et AHU actuels) devenant Praticien Universitaire Contractuel (PUC). Transformer les postes universitaires titulaires de PU-PH en PU-PC (Professeurs des Universités – Praticiens Cliniciens) permettant tous les modes d'exercice. Réévaluer les postes de titulaires tous les 5 ans en fonction de leur production universitaires tant dans le champ de l'enseignement que de la recherche.

Accès aux valences managériales.

Alors que les Directeurs Médicaux, tout comme les chefs de pôles et de services occuperont des rôles décisionnaires dans l'élaboration des projets médicaux et du recrutement des personnels soignants, il ne semble plus concevable que ce type de responsabilités puisse être confié sans prérequis en terme de compétences managériales. Ainsi, les « Jeunes médecins » considèrent comme un nécessaire absolu l'obligation de valider un cycle de formation en management (Master, MBA...) réaliser dans le cadre de la formation initiale ou continue.

PROPOSITION 14

Instaurer un parcours Licence indifférencié avec réalisation de modules optionnels (anatomie, physiologie, etc.) à validation obligatoire pour favoriser une vraie inclusion au sein de l'université, une diversification des profils et une vraie reconnaissance du parcours universitaire si l'étudiant se trouve dans l'impossibilité de rentrer dans un parcours médecine.

PROPOSITION 15

Instaurer un Master Médecine différencié pour les grandes branches de la médecine et en particulier la médecine ambulatoire de premier recours qui absorbera 70% des effectifs, avec des options transversales à tous les master pour permettre des passerelles. Chaque master orienté vers une pratique de second recours pourra donner accès à un ou plusieurs DES.

PROPOSITION 16

Passer le DES de Médecine Générale à 4 ans avec possibilité de réaliser une option de 1 an de médecine de ville (ophtalmo, gynéco, pédiatrie, psychiatrie...) avec un exercice exclusivement en ambulatoire.

PROPOSITION 17

Abroger les ordonnances Debré en remplaçant la double appartenance Hospitalo-Universitaire par une double appartenance Soins et Université. Sortir les UFR de Médecine/Santé du statut dérogatoire en renforçant leur prérogative sur les postes universitaires.

PROPOSITION 18

Donner accès à l'acquisition de compétences managériales nécessaire indispensable comme prérequis à l'accès de fonctions de Directeurs Médicaux, Chefs de pôles, Chefs de Service.

I.F

« Repenser l'organisation territoriale de soins »

Enjeux pour les pouvoirs publics

« Faire évoluer l'organisation territoriale de la santé pour décroiser les acteurs »

« Repenser l'organisation territoriale de soins »

« Faire évoluer l'organisation territoriale de la santé pour décloisonner les acteurs »

La régulation 70%-30% (entre le premier et le second recours) permettra un maillage plus étroit des soins ambulatoires et ainsi de renforcer l'accès territorial aux soins. Accès qui bénéficiera aussi de la réduction de la fracture numérique et du développement de la télémédecine.

Les structures de soins ambulatoires de 1^{er} recours doivent pouvoir bénéficier d'un accès simple et rapide aux examens de radiologie et de biologie les plus fréquents, notamment pour les pôles ou centres de santé et les maisons de garde qui disposeront ainsi d'un plateau médico-technique et assureront la permanence des soins associée à la dispense d'avance de frais pour les patients (tiers payant). Cette organisation permettra de désengorger les services d'urgence hospitalière. C'est par une offre médicale ambulatoire de proximité de premier recours attrayante et simple que les patients cesseront de privilégier les urgences hospitalières pour des motifs qui n'en relèvent pas dans près de la moitié des cas.

Les « Jeunes médecins » sont favorables aux transferts de compétences (et de responsabilité) aux infirmières/infirmiers en pratique avancée et autres professionnels de santé, sous réserve d'une formation adaptée et de conditions d'exercice bien définis. Les « Jeunes médecins » sont opposés à toute mesure coercitive.

Les « Jeunes médecins » sont prêts à prendre toute leur part dans la nécessaire responsabilisation territoriale des professionnels de santé pour que l'offre de soins et de santé soit adaptée aux besoins de la population, pour autant qu'un cadre et une organisation soient définis par les pouvoirs publics avec l'objectif à la fois de respecter et encourager les initiatives locales et de privilégier l'efficacité par une structuration de la démarche. Cela doit également passer par la création de Directeurs Médicaux ayant à la fois la charge d'un centre de santé ambulatoire, mais également de la coordination des soins ambulatoires de premiers recours sur un territoire en lien avec les instances tutélaires (ARS, CPAM...)

PROPOSITION 19

Assurer une meilleure organisation territoriale des soins par la régulation 70%-30% (entre le 1^{er} et le second recours). Faciliter pour les soins ambulatoires de premier recours la réalisation d'examens de radiologie et de biologie. Favoriser le transfert de compétences aux infirmières/infirmiers en pratique avancée et autres professionnels de santé. Les « Jeunes médecins » sont opposés à toute mesure coercitive.

PROPOSITION 20

Structurer la démarche de responsabilisation territoriale des professionnels de santé pour en favoriser l'efficacité à travers la création de Directeurs Médicaux de l'offre ambulatoire.

II.

Les propositions des «Jeunes médecins »

Les propositions des «Jeunes médecins»

Proposition 1

Instaurer un processus de recertification labellisé par les Conseils nationaux professionnels (CNP) et l'Université, s'inscrivant dans une logique d'uniformisation européenne.

Proposition 2

Création d'un Compte personnel de formation (CPF) en euros mobilisable simplement via une application mobile comme le prévoit la réforme actuelle pour les salariés des entreprises. Tout en assurant un financement transparent.

Proposition 3

Mieux définir les missions et rôles de chacun et redonner du sens à tous grâce la structuration de l'offre de soins des médecins (70% pour l'ambulatoire de premier recours et 30% pour le second recours).

Proposition 4

Distinguer deux types de structures de second recours, l'une assurée par les acteurs du privé pour les soins de routine et l'autre assurée par le secteur public pour les prises en charges lourdes et complexes.

Proposition 5

Développer largement les structures médico-sociales permettant de désengorger le second recours et fluidifier les prises en charge.

Proposition 6

Créer un statut unique de praticien hospitalier public titulaire permettant d'exercer sur les deux types de second recours public et privé que chaque praticien pourra faire moduler en fonction de son aspiration professionnelle et de ses priorités personnelles et familiales.

Proposition 7

Revoir la gouvernance hospitalière avec la création de directeurs médicaux et renforcer les moyens octroyés aux CME.

Proposition 8

Adapter les modalités de financement à chaque niveau de parcours, ambulatoire de premier recours, second recours et second recours expert.

Proposition 9

Donner accès à l'ensemble des praticiens au secteur 2 dans une vision visant à réinventer la distinction qui existe actuellement entre les deux secteurs tarifaires sans gager l'accessibilité financière de l'accès aux soins par la population.

Proposition 10

Libérer les forces vives et favoriser une installation précoce en exonérant les jeunes installés de la cotisation à la Carmf pendant les cinq premières années tout en leur garantissant la couverture sociale qui est associée.

Proposition 11

Les nouvelles solutions technologiques exploitent ou génèrent les données de santé des patients. Donner aux médecins les moyens de prendre une place active et centrale dans la révolution numérique en cours.

Proposition 12

Inclure dès la deuxième année d'études, des cours en commun avec des cursus ingénieurs, concernant les bases de l'innovation.

Proposition 13

Favoriser et faciliter les double cursus avec des filières non « médicales » : technologiques et management.

Proposition 14

Instaurer un parcours Licence indifférencié avec réalisation de modules optionnels (anatomie, physiologie, etc.) à validation obligatoire pour favoriser une vraie inclusion au sein de l'université, une diversification des profils et une vraie reconnaissance du parcours universitaire si l'étudiant se trouve dans l'impossibilité de rentrer dans un parcours médecine.

Proposition 15

Instaurer un Master Médecine différencié pour les grandes branches de la médecine et en particulier la médecine ambulatoire de premier recours qui absorbera 70% des effectifs, avec des options transversales à tous les master pour permettre des passerelles. Chaque master orienté vers une pratique de second recours pourra donner accès à un ou plusieurs DES.

Proposition 16

Passer le DES de Médecine Générale à 4 ans avec possibilité de réaliser une option de 1 an de médecine de ville (ophtalmo, gynéco, pédiatrie, psychiatrie...) avec un exercice exclusivement en ambulatoire.

Proposition 17

Abroger les ordonnances Debré en remplaçant la double appartenance Hospitalo-Universitaire par une double appartenance Soins et Université. Sortir les UFR de Médecine/Santé du statut dérogatoire en renforçant leur prérogative sur les postes universitaires.

Proposition 18

Donner accès à l'acquisition de compétences managériales nécessaire indispensable comme prérequis à l'accès de fonctions de Directeurs Médicaux, Chefs de pôles, Chefs de Service.

Proposition 19

Assurer une meilleure organisation territoriale des soins par la régulation 70%-30% (entre le 1^{er} et le second recours). Faciliter pour les soins ambulatoires de premier recours la réalisation d'examens de radiologie et de biologie. Favoriser le transfert de compétences aux infirmières/infirmiers en pratique avancée et autres professionnels de santé. Les « Jeunes médecins » sont opposés à toute mesure coercitive.

Proposition 20

Structurer la démarche de responsabilisation territoriale des professionnels de santé pour en favoriser l'efficacité à travers la création de Directeurs Médicaux de l'offre ambulatoire.

Contact

Emanuel LOEB

Président de Jeunes Médecins

president@isncca.org

06 50 93 64 60

Franck Verdonk

Vice-président de Jeunes Médecins

president@snjar.fr

06 77 78 38 77





Annexe 2 - LIVRE VERT DE JEUNES MÉDECINS ÎLE-DE-FRANCE

28/06/2020

Livret vert

30 Propositions de Jeunes Médecins Île-de-France



Sommaire

I.	Transition écologique en santé	3
II.	Habitat et mode de vie	9
III.	Question de l'égalité femme-homme	13
IV.	Libéraux	17

I. Transition écologique en santé

Constats

L'urgence d'une transition écologique dans tous les domaines de notre société a été une fois de plus illustrée par la récente pandémie liée à l'infection par le coronavirus.

Les mesures de confinement mises en place à travers le monde ont permis d'illustrer à quel point l'arrêt de l'activité humaine permettait à la nature de reprendre ses droits. De même, la diminution drastique des transports et la réduction de l'activité industrielle ont entraîné en avril 2020 une réduction d'environ 17 % des émissions journalières de CO₂ par rapport aux taux moyens de 2019, selon une étude publiée en mai dans la revue Nature Climate Change (3). Or, la diminution de la pollution est un facteur d'amélioration de la santé des populations et fait partie des grands axes de prévention primaire.

La consommation d'énergie représente environ 7% des dépenses des établissements de santé. Le bilan d'émission de gaz à effet de serre, les audits énergétiques sont rendus obligatoires pour les établissements de santé tous les 4 ans depuis la loi Grenelle. Pourtant, ils ne sont que 32% à avoir effectivement réalisé leur bilan carbone. Seuls certains établissements de santé commencent à peine à envisager de diminuer leurs émissions de CO₂, souvent sous l'impulsion des professionnels de santé eux-mêmes qui ont compris l'importance de rationaliser l'impact carbone de leurs établissements (2). Ceci est la preuve que faute de financements adaptés, la plupart des établissements ne se lancent pas dans la transition énergétique.

La diminution de l'impact carbone passe par la diminution de la quantité de plastique consommée par le monde de la santé. En effet, avec l'avènement du tout usage unique plus motivé par des raisons économiques qu'hygiénique, la production de déchets plastiques par les hôpitaux et les acteurs de la santé a explosé au cours des dernières années. Les établissements de santé produisent environ 700 000 tonnes de déchets par an (3,5% de la production nationale), soit plus d'une tonne par lit, pour un coût de traitement représentant de 2 à 5 euros par jour et par patient (2). Depuis dix ans, les consommations énergétiques du secteur se situent en moyenne à 450 kilowattheures par mètre carré par an, soit dix fois la consommation qu'il faudrait atteindre pour rentrer dans les objectifs fixés par le Grenelle de l'environnement. Une étude du Comité Développement durable santé estime à 54 millions d'euros par an le potentiel d'économies d'énergie dans les hôpitaux privés de France, et le double dans le secteur public (4).

Bien sûr, l'usage unique a permis une meilleure maîtrise du risque de transmission de la maladie de Creutzfeld-Jacob (ophtalmologie, ORL, neurochirurgie). Néanmoins, dans bien

des cas, l'usage unique s'est imposé dans une logique comptable : lorsque l'on diminue la quantité de matériel à stériliser, on diminue le nombre de personnels dédiés à la stérilisation. A tel point que du matériel réutilisable est utilisé en usage unique. Certains expliquent qu'en termes d'émission de CO₂, l'usage unique fait aussi bien que le réutilisable. Cela est peut-être vrai pour certains matériels, mais cela revient à nier une grande partie des autres indicateurs d'impact écologique de nos pratiques, telles que la pollution des eaux et des sols, le relargage par les plastiques d'un grand nombre de perturbateurs endocriniens et de contaminants chimiques, les émissions de dioxyde de soufre, d'ozone...

Par ailleurs, la crise de la COVID-19 a montré les limites de l'usage unique avec des ruptures de stocks en matériels de protection individuelle pour les soignants (comme les surblouses) qui auraient pu être évités avec du réutilisable, tout en diminuant l'impact écologique de ces matériels sur l'environnement.

Ainsi, nous proposons de diminuer drastiquement les déchets des établissements de santé à travers un plan national à plusieurs volets évalué tous les 2 ans et avec la mise à disposition d'une enveloppe supplémentaire pour les établissements qui atteindraient l'objectif en 1 an.

Les moyens de diminuer l'empreinte carbone sont connus et peuvent être mis en place rapidement si l'on s'en donne les moyens :

- Réduction des déchets plastiques avec un objectif de réduction des déchets de 50 % à 2 ans (objectif atteignable ne serait-ce qu'en supprimant l'usage des bouteilles en plastique) (4) ;
- Création de plateforme de compostage intra-hospitalière afin de réduire le transport (évitable) de déchets organique (composé de 60 à 90 % d'eau) (4) ;
- Réduction de la quantité de déchets consommables (papiers plus fin et impression recto/verso paramétrée par défaut) (4) ;
- Réduction de la quantité de produit DASRIA par l'achat de matériel qui en génèrera le moins possible (4) ;
- Revalorisation des 4 matières composant les DASRI (plastique, métaux, verre, non tissé) en créant des filières locales de revalorisation des matières résiduelles et générer ainsi de l'économie circulaire
- Partenariat avec des entreprises locales existantes ou création d'entreprises au niveau local pour la revalorisation et le « reprocessing » des déchets résiduels des hôpitaux
- Favoriser les initiatives locales de développement durable des personnels soignants en simplifiant les procédures de mise en place de protocoles

- Favoriser les moyens de transports alternatifs, les transports en commun et le covoiturage ; étendre la Loi relative au forfait mobilité à l'ensemble de la Fonction publique Hospitalière ; repenser les moyens de transport au sein des hôpitaux

La prise en charge a énormément évolué au cours des dernières années avec l'explosion de la prise en charge ambulatoire, notamment pour les chimiothérapies qui sont réalisées à ce jour à près de 80 % en ambulatoire et à domicile. Demain, 100% de cette activité sera au domicile. La pollution liée aux excréta diffus est dangereuse (la chimiothérapie animale est interdite en ambulatoire tant les excréta sont émissifs). Il semble donc nécessaire de proposer de collecter les excréta au domicile des patients sur le même modèle que la collecte des DASRI à domicile.

Par ailleurs, de nombreuses molécules médicamenteuses sont présentes dans l'eau (rapport de l'Académie de Pharmacie de décembre 2008 et de 2019). Pour réduire leur impact environnemental et sur la santé humaine, il faut étendre l'agrément de l'éco organisme CYCLAMED aux hôpitaux publics et privés.

Les réformes du monde « d'après » la pandémie du SARS-Cov2 doivent permettre un changement du mode consommation. Nous devons revenir à l'emploi de matériel réutilisable et une consommation plus locale, le surcoût que cela représente est celui de nos écosystèmes et des droits sociaux dont nous disposons en Europe et de manière encore plus privilégiée en France (éducation, sécurité sociale et autres mesures de solidarité nationale). En tant qu'acteur de santé l'hôpital se doit d'être de montrer le chemin de cette transition écologique afin de prévenir les conséquences sanitaires néfastes de l'activité humaine (maladies liées à la pollution, maladie infectieuses émergentes...).

Les professionnels de santé sont insuffisamment formés sur les risques émergents, ni sur les risques environnementaux. Les formations initiale et continue doivent intégrer ces notions. Ainsi les jeunes médecins souhaitent prendre part à la transition écologique que ce soit dans le cadre de la vie hospitalière ou dans le cadre du soin.

PROPOSITION 1

Remettre la prévention au cœur de notre système de soin en y affectant une dotation spécifique et en intégrant le Plan National Santé Environnement (PNSE) 4 au cœur du plan santé 2030 pour que les facteurs environnementaux soit pris en compte dans les décisions de santé et ce sur le long terme. Le PNSE4 doit faire l'objet d'un financement spécifique et d'un pilotage co-animé par une cellule composée de professionnels de terrain et d'acteurs des ministères de la santé et de l'environnement.

PROPOSITION 2

Créer un fonds pour la rénovation énergétique hospitalière pour permettre au secteur sanitaire et médico-social de réduire durablement son empreinte carbone.

PROPOSITION 3

Limiter l'usage unique, le plastique jetable et de remettre en œuvre dans nos organisations des dispositifs à usage multiple (tenues en tissus, instruments métalliques, ...) et favoriser le « reprocessing ».

PROPOSITION 4

Créer les filières locales de revalorisation des matières résiduelles et générer ainsi de l'économie circulaire dans les territoires pour créer des emplois locaux non délocalisables et réduire la production de déchets dangereux.

PROPOSITION 5

Intégrer les concepts du Développement Durable, de l'éco conception des soins, de la prévention de l'exposition aux perturbateurs endocriniens dans la formation initiale et continue des soignants et professionnels de santé.

PROPOSITION 6

Appliquer l'indice PBT au choix, à la délivrance de l'AMM, à la prescription et à la délivrance des médicaments en France pour réduire l'impact des médicaments sur l'environnement et la santé humaine. Les médicaments périmés des ménages bénéficient d'un éco-organisme pour les détruire, tel n'est pas le cas pour le secteur de la santé... Il faut étendre l'agrément de l'éco organisme CYCLAMED aux hôpitaux publics et privé.

PROPOSITION 7

Collecte des excréta au domicile, organisée et financée, pour réduire la pollution des eaux aux résidus de médicaments toxiques (chimiothérapies...).

PROPOSITION 8

Créer une plateforme de ressources financée et mise à la disposition du secteur pour optimiser les dépenses de santé, dans une éco conception des soins.

PROPOSITION 9

Favoriser les moyens de transports alternatifs, les transports en commun et le covoiturage ; étendre la Loi relative au forfait mobilité à l'ensemble de la Fonction publique Hospitalière ; repenser les moyens de transport au sein des hôpitaux.

PROPOSITION 10

Animer un plan national de Sécurité, la Sureté, la Cyber Sécurité pour financer la mise en œuvre et le suivi des violences hospitalières, assurer la sécurité numérique des données de santé.

Références

- (1) Jones, K. E. et al. Nature 451, 990–993 (2008).
- (2) <https://www.actu-environnement.com/ae/news/c2ds-energie-dechets-transition-hopitaux-28255.php4>
- (3) Le Quéré C. et al. Nature Climate Change May 2020
- (4) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/reduction_dechets_hospi.pdf

II. Habitat et mode de vie

Constats

L'Île-de-France souffre d'un coût de la vie rédhibitoire pour les jeunes praticiens qui finissent par désertier la Région. Le coût de la vie est en grande partie lié au coût de l'immobilier, que soit en termes d'accès à la propriété que de la location qui sont dans les 2 cas impossibles pour les Jeunes Médecins sans soutien familial. Il semble alors opportun de rappeler que de nombreux jeunes médecins n'ont pas un niveau de rémunération suffisant et/ou un contrat suffisamment stable qui permette de louer un appartement sans l'aide de garants. Les jeunes médecins hospitaliers par exemple sont embauchés en CDD avec des rémunérations insuffisantes. Les jeunes médecins libéraux quant à eux souffrent de l'instabilité de leurs revenus pendant les premières années de leur installation. L'installation jeunes médecins dans leur bassin de vie passe par l'attractivité des mesures qui leur sont allouées pour les aider dans cette installation. La région Île-de-France étant un désert médical, il est temps de proposer aux jeunes médecins les mêmes mesures d'aide que dans les autres déserts médicaux français (facilités de logements, prêts à taux zéro...).

L'autre élément-clé du bien vivre concerne le problème de la garde d'enfants. Les crèches hospitalières, actuellement très difficiles d'accès aux enfants de médecins, sont pourtant les seules garantes d'un accès à une garde avec des horaires adaptés (6h-22h). En ville, le nombre de crèches municipales proposant des horaires élargis est extrêmement limité voire inexistant dans certaines villes. Ceci oblige notamment les médecins libéraux à adapter leurs horaires de consultation, diminuant ainsi l'offre de soins. Par ailleurs, les modèles familiaux évoluent chez les médecins au même titre que dans la population générale et le problème des familles monoparentales est très peu pris en compte dans les problématiques de disponibilité des soignants. Qui garde les enfants si un soignant doit assurer une permanence de nuit ? Souvent un changement de carrière doit alors être envisagé surtout si le tissu familial est déficient. A quand des crèches permettant l'accueil de nuit des enfants de soignants ?

Rappelons également la problématique de la garde de l'enfant malade. Les crèches et bon nombre d'assistantes maternelles refusent l'accueil d'un enfant malade. Hors, dans la fonction publique hospitalière, les médecins n'ont pas le droit à des jours enfants malades et doivent poser des congés pour s'occuper de leur enfant malade. Chez les libéraux, la garde de l'enfant malade se télescope avec la gestion d'un cabinet médical, et la perte de revenus qui s'y associe. Chez les médecins salariés, les médecins doivent demander un arrêt maladie pour pouvoir rester auprès de leur enfant et souffrir de 3 jours de carence quoi qu'il advienne... Le problème est encore plus criant de difficulté si l'on parle des parents et conjoints en situation de dépendance et d'invalidité avec des épisodes aigus dans leur

parcours de soin. Il devient urgent que l'on donne des garanties aux soignants pour leur permettre de prendre soin correctement de leur famille, enfants, parents, conjoints.

Autre gageure, le problème de l'assurance chômage. Comme tous les français qui travaillent, les médecins cotisent à l'assurance chômage. Or, lorsque les épisodes de vie le nécessitent, cette assurance ne leur est pas accordée. Pourtant, il est difficile, même en tant que médecin de trouver un poste au cours d'une grossesse, il est parfois difficile de trouver un contrat à l'issue d'un clinicat dans les surspécialités, il est parfois difficile de trouver du travail entre 2 contrats précaires chez une femme enceinte. De même, les médecins peuvent également avoir besoin d'une reconversion. En dehors des praticiens hospitaliers titulaires (avec l'aide du CNG) aucune aide, aucun dispositif ne sont prévus.

La santé des professionnels de santé n'est ni mesurée, ni suivie, ni accompagnée. La médecine du travail pour les professionnels de santé, du fait des faibles moyens qui y sont alloués dans les structures hospitalières, voire de leur inexistence en milieu libéral, est limitée dans ses actions. Il s'agit de changer la donne car la santé des professionnels de santé conditionne la qualité des soins administrés.

Enfin, le forfait mobilité, voté en 2020 pour l'ensemble de la fonction publique, est exclu de la fonction publique hospitalière. Or, il participe au bien-être des bénéficiaires et favorise la transition écologique du monde de la santé.

PROPOSITION 11

Créer un partenariat avec la Mairie de Paris et/ou la Région Île-de-France pour permettre aux JM aux revenus les plus faibles et n'ayant pas d'apport à accéder à la propriété privée (prêt à taux zéro) et leur donner les moyens de rester dans leur région.

PROPOSITION 12

Hôpital garant pour l'accès des jeunes médecins à un logement locatif

PROPOSITION 13

Assurer l'accès des jeunes médecins aux crèches hospitalières ou municipales à horaires élargis, et notamment avec des gardes de nuit pour faciliter la permanence des soins.

PROPOSITION 14

Pour garantir la permanence des soins, permettre aux médecins libéraux de déduire de leurs charges les frais liés à la garde de leur enfant pendant les horaires de la permanence des soins (à partir de 18h).

PROPOSITION 15

Etendre les indemnités pour enfant malade à l'ensemble du corps médical, quel que soit leur mode d'exercice, et instaurer des indemnités pour l'ensemble des accompagnants de patients avec dépendance.

PROPOSITION 16

Créer un Observatoire de la santé des professionnels de santé et animer un plan santé au travail.

PROPOSITION 17

Etendre la Loi relative au forfait mobilité à l'ensemble de la Fonction publique Hospitalière.

III. Question de l'égalité femme-homme

Constats

Les femmes médecins souffrent dans le privé, en libéral ou dans la fonction publique hospitalière d'une discrimination dans l'évolution de leur carrière. Alors qu'elles sont majoritaires dans les facultés de médecine, elles sont sous-représentées dans les postes universitaires et à responsabilités. Notre enquête menée en 2018 donne des pistes de réflexions pour une meilleure compréhension de ces inégalités.

Les femmes médecins, comme les autres femmes font les frais d'une inégale répartition des tâches domestiques au sein du couple. Pour répondre aux contraintes familiales elles occupent plus fréquemment des postes à temps partiel que leurs homologues masculins, ce qui entrave l'évolution de leur carrière professionnelle et impacte le montant leur retraite.

Les femmes médecins renonceraient rapidement à la formation continue en raison des charges familiales. La formation continue est cependant primordiale pour la mise à jour des connaissances, et pour l'intégration dans des équipes et des projets professionnels innovants.

Le repos de sécurité est utilisé, pour s'occuper des enfants ou des tâches domestiques majoritairement, mettant de côté la nécessité de se reposer ou d'étudier.

Au vu des résultats de notre enquête, 62% des jeunes femmes médecins sont en épuisement chronique.

Par ailleurs, le manque de modèle féminin à des postes-clés et le faible taux de mentor-féminins notamment dans le monde universitaire, tout comme les discriminations liées au genre et le sexisme quotidien, les conduisent plus fréquemment à douter de leur capacité à mener à bien la carrière de leur souhait. Ce qui les mène à une autocensure, entretenant la difficulté à briser le « plafond de verre ».

Le monde médical n'est pas indemne de cas de harcèlement sexuel et moral, dont les victimes sont majoritairement les femmes, les instances ordinales et hospitalières semblent insuffisamment sensibilisées à ces questions, et manquent de réponse à ces situations complexes.

La discrimination liée au genre en médecine est souvent sous-tendue par la question d'une grossesse potentielle et du congé maternité qui en découle.

Dans les milieux hospitaliers, les femmes en congés maternité ne sont quasiment jamais remplacées à leur poste, provoquant une augmentation de la charge de travail pour leurs collègues, pouvant à CV égal favoriser le choix de la nomination d'un confrère masculin. De plus la durée du congé maternité est décomptée du clinicat ou de l'assistantat, retardant l'accès à une titularisation. A âge égal les femmes médecins ont donc souvent un salaire inférieur à celui des hommes.

Le dispositif d'arrêt du travail de nuit au 3^{ème} mois de grossesse, ne serait majoritairement pas respecté et 77% des femmes médecins de notre étude n'auraient bénéficié d'aucun

aménagement de leur poste pendant leur grossesse. À noter également que 84% d'entre elles n'aurait pas bénéficié de visites de reprise après maternité effectuées par la médecine du travail.

En médecine libérale, du fait du faible montant des indemnités de grossesse, beaucoup de femmes médecins, sont contraintes d'écourter leur congés maternité et parfois à y renoncer.

Les hommes médecins souffrent, au même titre que les hommes de la population générale d'un problème d'accès à leur congé paternité et d'une trop courte durée de ce dernier. Ce qui altère leur capacité à créer un lien avec leur enfant et à participer à l'adaptation de l'équilibre familial. Il existe une discrimination du père par rapport à la mère qui n'est plus en adéquation avec la société actuelle.

PROPOSITION 18

Remplacement systématique des congés maternité dans la fonction publique hospitalière ainsi que chez les médecins libéraux.

PROPOSITION 19

Intégrer le congé maternité dans la durée de fonctions effectives lors des clincats / assistanats pour éviter les « retards » dans la carrière.

PROPOSITION 20

Assurer une protection sociale correcte lors des congés maternité des médecins libérales et remplaçantes.

PROPOSITION 21

Faciliter la prise du congé paternité et en allonger la durée.

PROPOSITION 22

Augmenter la visibilité des femmes présentes dans des postes à responsabilités que ce soit dans le milieu libéral, hospitalier, ou universitaire.

PROPOSITION 23

Prendre en considération les alertes qui peuvent être faites via la médecine du travail dans le cadre d'harcèlement moral / sexuel ; développer les comités de situation complexe indépendants (n'impliquant pas de professionnel de la même spécialité qui ont trop souvent des conflits d'intérêts) en lien avec la commission de vie hospitalière à l'ensemble des centres hospitaliers afin de pouvoir mener des enquêtes si des alertes sont faites et permettre de traiter au mieux les cas de harcèlement qu'ils soient moraux ou sexuels; renforcer la protection des victimes de harcèlement moral / sexuel vis-à-vis du chantage à l'emploi, de la poursuite de leur carrière et de l'effet sectaire du milieu médical.

PROPOSITION 24

Création d'un suivi par un médecin du travail pour les médecins libéraux, avec adaptation des barrières liées à l'exercice libéral. Mise en place d'un service de médecine préventive dont les principaux objectifs seraient de surveiller la santé, réaliser un dispositif d'écoute, prévenir les risques professionnels et contribuer à l'organisation du travail, l'hygiène du cabinet.

IV. Libéraux

Constats

Les médecins en Île-de-France peuvent bénéficier de 4 types d'aides : les aides de l'Etat (les dispositifs de praticien territorial de médecine générale et ambulatoire), les aides conventionnelles de l'assurance maladie (le contrat d'aide à l'installation des médecins), les aides fiscales et les aides de la Région Île-de-France.

Ces aides présentent souvent beaucoup de restrictions pour en bénéficier. Elles sont ciblées sur les médecins généralistes, primo installés ou jeunes diplômés, s'installant en groupe, avec des critères de zonage géographique (Zone d'Intervention Prioritaire/ Zone d'Action Complémentaire / Zone Franche Urbaine), un engagement en secteur 1 et/ou secteur 2 OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée).

L'aide de la région Île-de-France (Contrat Régional d'Exercice Sanitaire praticien) est plafonnée à 15 000 euros par praticien et pour l'immobilier avec obligation de maintenir pendant 25 ans l'usage des locaux.

Rédiger un projet de santé qui parte de l'analyse du territoire et des besoins d'une équipe se constituant, peut permettre, outre le fait de poser par écrit un cadre favorable à une équipe, de solliciter des aides. Les URPS Médecins ont mis en place avec l'ARS un dispositif permettant de financer des locaux ou travaux pour favoriser l'installation. Il n'y a pas d'exigence d'être en maison de santé, même si cela est possible et peut être mené en parallèle. Il y a deux dispositifs d'aide, un par les URPS Médecins et un par l'ARS, selon la taille et la nature du projet. Il faut se rapprocher de l'URPS médecins IDF ou la direction départementale de l'ARS pour avoir le cahier des charges de ces projets. A noter que l'ARS peut financer via le FIR (Fond d'Investissement Régional) un audit par un cabinet de conseil vous aidant à réaliser et rédiger ce projet de santé. Ces dispositifs sont insuffisamment connus et promus au sein des médecins libéraux.

La protection sociale des médecins libéraux est très insuffisante, qu'ils exercent en secteur 1 ou 2. La CARMF ne paie des indemnités journalières qu'au bout de 3 mois, et les assurances ont toutes une durée de carence de 15 jours (contre 3 jours pour les médecins salariés du public ou du privé). Le seul contrat permettant une couverture correcte, est le contrat Praticien Territorial de Médecine Générale, qui est exclusivement réservé aux médecins généralistes exerçant en ZIC/ZAC. Il est nécessaire d'améliorer la couverture santé des médecins libéraux pour éviter la précarisation des jeunes praticiens en cas d'arrêt maladie ou de congé maternité, et ce pour tous les jeunes médecins installés, quel que soit le secteur.

Par ailleurs, avec la féminisation de la profession, la question de la continuité des soins sur un territoire pendant la durée du congé maternité est centrale. L'accès à des médecins remplaçants est souvent une gageure pour les médecins libéraux, surtout lorsqu'ils sont récemment installés.

Concernant les médecins installés victimes d'actes de vandalisme, les assurances jouent leur rôle, mais les dégâts psychologiques ne sont bien souvent pas correctement pris en charge. Le facteur limitant à l'heure actuelle est la sous-déclaration de ces événements et l'impossibilité pour le Conseil de l'Ordre (lorsqu'il en est informé) de déposer une plainte au nom de la profession. Une prise en charge psychologique devrait être proposée systématiquement et que les actes reportés au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins fassent systématiquement l'objet d'une enquête.

La crise du covid-19 a fortement impacté notre pratique médicale et nous a clairement démontré l'intérêt de l'utilisation du numérique pour pallier la présence physique du médecin. Nous sommes dans une ère numérique, nous sommes témoins de l'avènement de l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé et nous sommes les mieux placés pour interroger ces innovations grâce à notre formation éthique et déontologique. Les jeunes médecins ne sauraient rester sur le quai dans ce domaine.

Enfin, il faut tirer les leçons de la pandémie actuelle de la COVID-19 pour que les médecins libéraux ne soient plus les oubliés du système et envoyés au front sans protection comme cela a été le cas au début de la pandémie. Les prix, non encadrés, des masques, équipements de protection individuelle comme les surblouses, la solution hydro-alcoolique, etc. se sont envolés et cela a rendu la gestion de la crise par les médecins libéraux extrêmement difficile. C'est pourquoi, nous demandons notamment que la gestion du stock stratégique d'Etat soit réalisée de manière transparente et que l'Etat assure l'accès aux équipements de protection individuelle et aux équipements de désinfection des locaux. Par ailleurs, les cliniques ont subi l'arrêt de l'activité non urgente, qui a mis à mal les revenus de tout l'écosystème médical privé, avec une reprise impactée par la pénurie en produits anesthésiques.

PROPOSITION 25

Concernant l'aide à l'installation :

- Une aide à l'installation à Paris / Île-de-France pour tous les jeunes médecins, secteur 1/ 2 avec ou sans OPTAM, qui souhaitent s'installer seuls ou en groupe, sans contrainte de zonage géographique tout en considérant la demande de soin,
- Une aide sous forme de subvention d'équipement permettant l'investissement immobilier avec une enveloppe beaucoup plus importante par médecin jusque 50 000 euros (proposition similaire dans l'Indre et l'Oise), cette demande est liée au prix élevé de l'immobilier parisien,
- Exonération des cotisations de la CARMF pendant les 5 premières années d'installation tout en garantissant la couverture sociale qui y est associée.

PROPOSITION 26

Concernant la protection sociale : un complément de revenus toute la durée du congé maternité ; un délai de carence de 3 jours pour percevoir les indemnités journalières en cas d'arrêt maladie.

PROPOSITION 27

Concernant la continuité des soins : créer un pool de remplaçants unique, régulé par les URPS permettant de remplacer au pied levé, les médecins libéraux en cas d'arrêt maladie ou de congé maternité.

PROPOSITION 28

Assurer une prise en charge psychologique (groupes de soutien/ locaux dédiés) des jeunes médecins libéraux victimes d'agression / actes de vandalisme dans le cadre de leur activité en lien avec les URPS / Ordre des Médecins.

PROPOSITION 29

Apporter un soutien et financement par la création d'un incubateur via les URPS pour tout médecin libéral qui présente un projet de e-santé ; projet qui aura pour objectif d'améliorer la pratique médicale et / ou de répondre à une demande de santé publique.

PROPOSITION 30

En cas de situation de crise sanitaire, assurer une base de revenus systématique pour tous les médecins installés en cas de diminution franche de l'activité due à une pandémie ; une prime forfaitaire ou un approvisionnement systématique permettant aux médecins de se fournir en matériel nécessaire pour la protection et désinfection des lieux de soins, assurant ainsi la continuité des soins.

Références

Cartographie des zones (ZIC/ ZAC) : <https://www.soignereniledefrance.org/sinstaller/zones-deficitaires-ars-2017-aides-a-linstallation-maintien/zones-deficitaires-selon-lars/>
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_augros_2019.pdf



Annexe 3 - RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE JEUNES MÉDECINS SUR L'ATTRACTIVITÉ DES CARRIÈRES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Résultats enquête “Attractivité des carrières hospitalo- universitaires”

D^R LAMIA KERDJANA, D^R FRANCK VERDONK, D^R CAMILLE HOURS



Sommaire

**1 CARACTÉRISTIQUES
DES RÉPONDANTS** **3**

2 LA CARRIÈRE DES HU **5**

- Entrée dans la carrière HU
- Poursuite dans la carrière HU
- Equilibre vie professionnelle /
vie privée en question
- Mobilité

**3 LA TRIPLE MISSION DES HU
ET LE RÔLE MANAGÉRIAL** **10**

- Valence clinique
- Recherche clinique
Recherche fondamentale
- Valence enseignement
- Management

4 LE STATUT HU **16**

- Le statut HU en question (1)
- Le statut HU en question (2)



**5 L'ÉGALITÉ FEMME-HOMME
EN QUESTION** **19**

**6 LA BI-APPARTENANCE
EN QUESTION** **21**

- Lien UFR/Hôpital

**7 PROPOSITIONS
DE JEUNES MÉDECINS** **23**

- Propositions de modernisation
du statut HU faites par
les Jeunes Médecins
- Les autres propositions de Jeunes
Médecins

1

Caractéristiques des répondants

Caractéristiques des répondants

250
répondants
de toutes
spécialités et
de tous
statuts

Moyenne
pondérée
de l'âge
34 ans

55,6%
hommes
vs **43,1%**
femmes

Statuts

• CCA	26,6%
• PH	25,4%
• AHU	12,1%
• PHC	8,8%
• PHU	4,8%
• PU-PH	3,2%
• AS	3,2%
• MCU-PH	2,8%
• LIBÉRAUX	4,3%

Rattachement universitaire

• PARIS	14,9%
• LYON	11,7%
• LILLE	9,3%

Lieu d'exercice

- ILE-DE-FRANCE
- AUVERGNE
RHÔNE-ALPES
- HAUTS-DE-FRANCE
- GRAND EST

Temps de
travail
médian par
semaine

55 h



Le questionnaire a été diffusé du 3 au 27 mars 2021.

2

La carrière des HU

Entrée dans la carrière HU

72,6%

ont été CCA dans leur carrière (n = 181)

OBJECTIFS DU CLINICAT

- Entrée dans la carrière HU : **57,4%**
- Accéder au secteur 2 : **21,5%**
- Parfaire la formation initiale : **8,3%**
- Intérêt pour l'enseignement : **2,8%**
- **2,8%** déclarent ne pas avoir eu le choix

44,5%

des anciens CCA sont actuellement engagés dans une carrière universitaire.



MOTIVATION INITIALE POUR

POURSUIVRE DANS LA CARRIÈRE

UNIVERSITAIRE APRÈS LE CLINICAT

43%

Attrait pour la recherche dont **22,4%** pour la recherche fondamentale

4%

Attrait pour le management

4%

Attrait pour le prestige du titre

76,5%

ne connaissaient pas le mode de sélection au début de leurs études

74,5%

ne sont pas satisfaits du mode de recrutement actuel des HU titulaires (MCU / PU)

Poursuite dans la carrière HU

CAUSES DE RENONCEMENT

Carrière non valorisée
41%

Absence d'intérêt
13,1%

Durée de la carrière
12%

71,4%
sont insatisfaits de la protection sociale des HU ainsi que de la grille de rémunération des hospitalo-universitaires

Du fait des projets du conjoint
2%

Suite à un problème de financement
2,7%

Projet de parentalité
10%



PAR AILLEURS, D'AUTRES CAUSES SONT INVOQUÉES

- Ambiance et flexibilité moins bonnes en CHU
- Contraintes administratives fortes au détriment de l'activité diagnostique
- Carrière jugée trop contraignante (mobilité ++)
et trop politisée, absence d'attractivité : **30,3%**
- Absence de débouchés : **10%**
et refus de la hiérarchie : **11%**
- Absence d'équilibre vie privée - vie pro : **9%**
- Dégoût du service : **6%**
- Impossibilité de mener à bien une quadruple mission : **4%**
- **1** cas de harcèlement moral et sexuel

Equilibre vie professionnelle vie privée en question

ENFANTS
54%

des répondants
ont des enfants.

LOGISTIQUE
En moyenne
45.5%

s'occupent à part égale
de la logistique pour
les enfants.

PAS
SATISFAITS
40%

ne sont pas satisfaits
de l'équilibre.

ONT
INTERROMPU
LEUR VIE
PROFESSIONNELLE
6,5%

ont interrompu leur
vie professionnelle
pour des raisons
personnelles.

CONGÉ
MATERNITÉ
40%

ne sont pas satisfaits
des modalités du
congé maternité
en tant que HU et...

PROJET DE
PARENTALITÉ
81%

n'ont pas renoncé
à leur projet de
parentalité pour
poursuivre leur
carrière HU.

ÊTRE
PARENT N'A
PAS ÉTÉ UN
FREIN
62%

estiment que le fait
d'être parent n'a pas été
un frein à leur carrière
(mais 54 hommes
sur 74 répondants
soit **72%**).

CONGÉ
PATERNITÉ
82%

sont favorables à une
prolongation du
congé paternité
afin qu'il soit de la
même durée que celui
du congé maternité
(hommes comme
femmes).

DIFFICULTÉS
À FAIRE
GARDER LEURS
ENFANTS
50%

ont eu des
difficultés à faire
garder leurs enfants
du fait de problèmes
d'horaires, de places
en structure d'accueil
ou de problèmes
financiers.

Mobilité

39%

des participants
ont effectué
une mobilité



DESTINATIONS

-  Canada
-  Etats-Unis
-  Suisse
-  Australie
-  Belgique

DÉSAVANTAGES PAR RAPPORT AU SYSTÈME FRANÇAIS

Compétitivité et études plus longues, pression importante, surspécialisation et manque de polyvalence

DIFFICULTÉS POUR LA RÉALISER

- Trouver le financement
- Famille
- Administration

AVANTAGES REMARQUÉS PAR RAPPORT AU SYSTÈME FRANÇAIS

- + de bienveillance, meilleure organisation, meilleur salaire,
- + de professionnalisme dans la recherche, séparation des missions des universitaires.

“Séparation des missions des universitaires qui sont réparties sur d’autres praticiens. Ainsi le management d’équipe n’était pas la mission de l’universitaire. L’enseignement était réparti sur l’ensemble des praticiens qui étaient tous professeurs de clinique”.

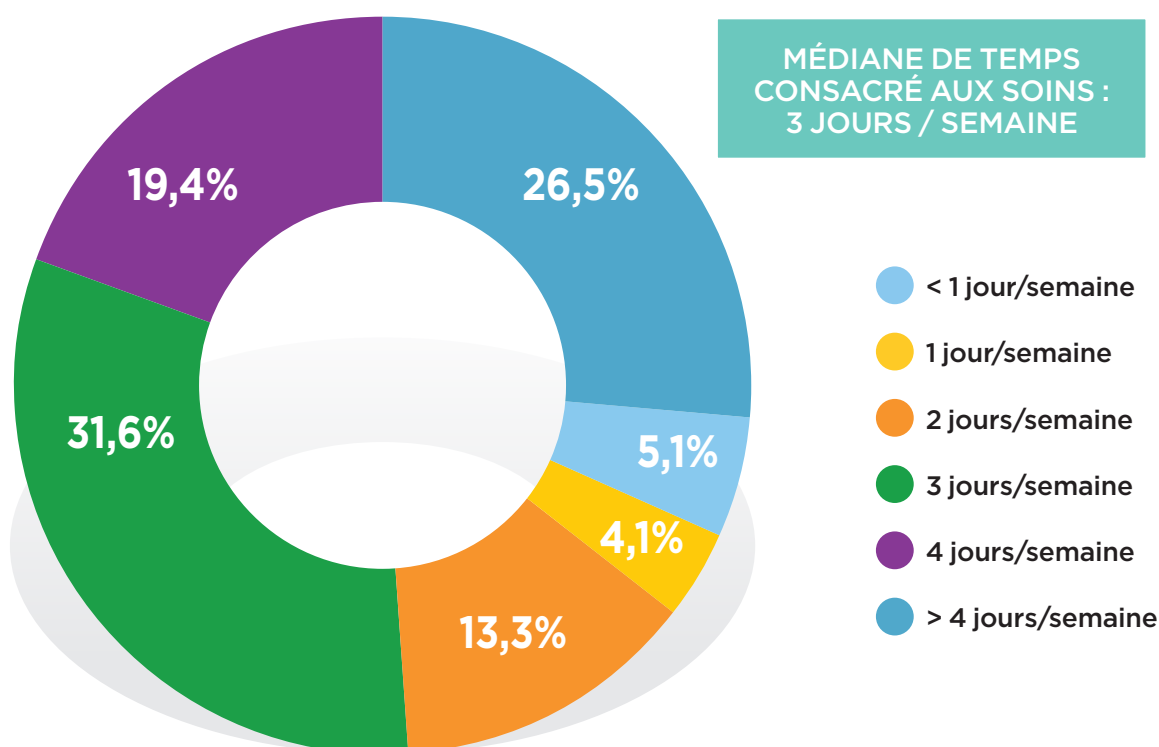
Ainsi les universitaires étaient plus axés sur la recherche et la pratique clinique, respect de la répartition des temps de travaux, établissement dirigé par les médecins.

3

La triple mission des HU et le rôle managérial

Valence clinique

Temps de travail consacré au soin chez les HU



REPOS DE SÉCURITÉ

16%

des répondants ne bénéficient **jamais ou rarement du repos de sécurité**

Seuls
25%

en bénéficiant toujours alors que **76,5%** des répondants souhaiteraient qu'il soit constamment appliqué

Les répondants qui ne souhaitent pas qu'il soit appliqué invoquent le manque de temps pour mener à bien leurs missions qui les obligent à travailler sur leur repos de sécurité

Recherche clinique

Médiane points SIGAPS en 2019
67,5

Médiane du temps de recherche clinique : 1 jour / semaine,
66,7% des répondants qui ont une activité de recherche clinique (n=90) y consacrent moins de 1 jour à 1 jour par semaine.

91%

des répondants sont impliqués dans des travaux de recherche clinique.

Près de la moitié des **répondants** ne disposent pas du matériel nécessaire pour faire leurs recherches.

Plus de **2/3** des répondants disent choisir librement leurs travaux de recherche clinique.

Médiane du nombre de publications des répondants en 2020 : **4**



Recherche fondamentale

51%

des répondants impliqués dans des travaux de recherche fondamentale, **56%** choisissent librement leur sujet.

Médiane temps de recherche fondamentale : < 1 jour /semaine,

78%

des répondants qui ont une activité de recherche fondamentale (n=50) **y consacrent moins de 1 jour à 1 jour par semaine.** Aucun n'y consacre plus de 3 jours/semaine.

66%

ne bénéficient pas de financement dans le cadre d'un cursus recherche.

Médiane des publications dans l'année :

1

Pour ceux bénéficiant d'un financement, celui-ci provient majoritairement :

- d'une bourse de recherche publique : **35%**
- d'une bourse de recherche privée : **20%**
- d'un financement INSERM : **20%**

Plus de la moitié des répondants considèrent que le statut HU n'est pas adapté aux enjeux de la recherche biomédicale actuelle.

Principales limitations :

- manque de temps
- problème de financement



Valence Enseignement

88,7%

des répondants ayant une activité universitaire (n=98) ne consacrent **pas plus de 10h par semaine** à la préparation des cours.

54%

y consacrent **moins de 5 heures** par semaine.

à
48%

L'accès au support pédagogique est fourni par la faculté.

Seuls 53%

ont bénéficié d'une formation à la pédagogie.

et
46%

utilisent leur propre matériel.

76,5%

estiment que cette valence d'enseignement n'est **pas valorisée**.

Principale limitation :
manque de temps.

Ces chiffres concernent ceux qui se déclarent actuellement engagés dans une carrière universitaire. Leurs statuts actuels sont variés et regroupent aussi bien des CCA, des PUPH, des PHC, des PH, des MCUPH.

Management

Moins de 10%

- a bénéficié d'une formation en management.
- 50% se sont eux même payés cette formation.

Principales limites :

- Absence de formation
- Pas de temps

4

Le statut HU

Le statut HU en question (1)

81% pensent nécessaire de maintenir une activité clinique pendant les périodes d'enseignement/recherche.

85% sont favorables à la possibilité de bénéficier du temps additionnel, à l'instar des praticiens hospitaliers.

Presque **60%** des répondants sont favorables à la possibilité d'avoir des universitaires en dehors des CHU notamment en ambulatoire et dans le privé.

59,2% des répondants se disent plutôt, très, voire extrêmement satisfaits d'une réforme des retraites prenant en compte les émoluments universitaires dans le calcul de leur retraite.



Le statut HU en question (2)

Un HU est relativement moins bien payé qu'un PH pour effectuer un travail supplémentaire non reconnu, voire des tâches allant au-delà de sa formation (management).

Trop souvent les HU doivent assurer les mêmes tâches que les PH et faire de l'universitaire en plus.

Trop souvent automatiquement chefs de service alors qu'un PH n'est pas moins qualifié.

Trop de décalage entre l'évolution du statut de PH et absence d'évolution des statuts des HU.

Peu valorisés beaucoup de contraintes (moins de congés, multiples étapes de sélection, temps d'enseignement et recherche non valorisés) pour peu d'avantages.

La moitié des répondants sont satisfaits de la création d'une valence universitaire qui soit valorisée pour les praticiens hospitaliers.



5

L'égalité femme-homme en question

L'égalité femme-homme en question

22,4%

des universitaires se disent **extrêmement ou très insatisfaits** du nombre de femmes accédant à une carrière HU.

44,8%

se disent **ni satisfaits, ni insatisfaits**.

83,7%

des universitaires (n=98) trouvent que le nombre de femmes accédant aux carrières HU n'est **pas du tout ou peu représentatif** de la proportion de femmes du corps médical.

32,5%

des répondants (n=89) ne sont **pas satisfaits** de l'accès au carrière HU par les femmes et **46%** se déclarent ni satisfaits ni insatisfaits.

Propositions pour faciliter l'accès des femmes aux carrières HU

Valoriser le congé maternité

- Au moins en repoussant d'un an la fin de l'arrêté de nomination de CCA ou de PHU (pas de report pour les PHU, et pour les CCA c'est insuffisant).

Remplacement systématique du congé maternité

- Meilleure répartition des temps de travail entre les 4 valences,
- Faciliter les modes d'accès aux crèches hospitalières avec amplitude horaire plus large,
- Possibilité de temps partiel ou congé parental.

6

La bi-appartenance en question

Lien UFR/Hôpital

74%

des répondants
ne font pas de
différence entre UFR
de rattachement et leur
université de rattachement.

76,5%

pensent que l'UFR
n'est pas autonome
dans son recrutement
HU vis à vis du CHU de
rattachement.

2/3

sont sans avis
sur le lien entre l'UFR
de médecine et l'université,
10% sont satisfaits.

2/3

pensent qu'il
ne faudrait pas
donner plus de place
à l'Université dans
le recrutement des
hospitalo-universitaires.

7

Propositions de Jeunes Médecins





Propositions de modernisation du statut HU faites par les Jeunes Médecins

1 Temps de travail dédié pour chaque valence (avec contractualisation du temps de recherche).

2 Revalorisation des valences enseignement et management dans l'évolution de la carrière (prééminence des points SIGAPS à l'heure actuelle).

3 Arrêter la nomination à vie des PUPH et ne renouveler leur poste universitaire qu'en fonction de la qualité et la pertinence de leurs travaux dans l'ensemble des valences.

4 Transparence et visibilité de l'attribution des postes en amont, avec un plan de carrière clairement défini et une évaluation indépendante par les universités.

5 Revalorisation salariale tout au long de la carrière avec intégration du temps de travail hospitalier dans le calcul de la retraite.

6 Accompagner les mobilités financièrement.

7 Faciliter l'obtention des financements pour les projets de recherche.

8 Favoriser l'accès aux postes de CCA aux futurs universitaires titulaires, avec un temps de recherche dédié.

9 Concernant l'accessibilité des femmes aux carrières HU, une attention particulière doit être donnée à la valorisation du congé maternité et à l'équilibre vie personnelle / vie professionnelle en facilitant notamment les moyens de garde et la flexibilité du temps de travail.

Les autres propositions de Jeunes Médecins

- Abroger les ordonnances Debré en remplaçant la double appartenance Hospitalo-Universitaire par une double appartenance Soins et Université. Sortir les Unités de formation et de recherche (UFR) de Médecine/Santé du statut dérogatoire en renforçant les prérogatives de l'Université de rattachement sur les postes universitaires.
- Renforcer la place de l'Université dans le processus de recertification labellisé en lien avec les Conseils nationaux professionnels (CNP), tout en s'inscrivant dans une logique d'uniformisation européenne.
- Création d'un Compte personnel de formation (CPF) en euros, mobilisable simplement via une application mobile comme le prévoit la réforme actuelle pour les salariés des entreprises. Tout en assurant un financement transparent.
- Les nouvelles solutions technologiques exploitent ou génèrent les données de santé des patients. Donner aux médecins les moyens de prendre une place active et centrale dans la révolution numérique en cours.

Source :

Livre Blanc Jeunes Médecins « Stratégie nationale de transformation du système de santé : 20 propositions des Jeunes Médecins » : <https://www.jeunesmedecins.fr/actualites/nos-propositions-pour-renover-le-systeme-de-sante>

