

## "2022 : une nouvelle chance pour la santé et l'hôpital public ?"

Entre espoirs déçus, demandes en souffrance et réponses concrètes, les équipes des candidats à la présidentielle répondent

### 1<sup>ère</sup> TABLE RONDE

Modérateur : Pascal Beau

THEME	INSTITUTION	INPH
Attractivité des carrières	ANEMF Président Nicolas LUNEL	Dr Maud CHABAUD
Statuts	ISNI Président Gaëtan CASANOVA	Dr Patrick LEGLISE
Financement	FHF Déléguée Générale Zaynab RIET	Dr Michel TRIANTAFYLLOU
Gouvernance	SMPS Président Jérôme GOEMINE	Dr Jérôme FRENKIEL
Démographie	CNOM Président Dr Patrick BOUET	Pr Patrick GOUDOT
Qualité de vie	Université de Paris Pr Eric GALAM	Dr Pierre RUMEAU
Formation	Conférence des Doyens Pr Bruno RIOU	Pr Bertrand DIQUET

#### Maud Chabaud et Nicolas Lunel ANEMF (Tlse)

- Abandon des études de médecine (1/5) ou diplôme et pas d'exercice (1/5),
- Attraction de l'entreprise, des « décideurs de santé »,
- Abandons autres : perte de sens, durée du temps de travail (ne plus tout sacrifier autour, « une vie à côté »), « chair à canon » dans des services en sous-effectif médical, étudiant en responsabilité sans supervision, peur de devenir ce que l'on voit (temps, énervement),
- Problèmes de santé mentale (1/3 anxiété pathologique, 1/5 d'idées suicidaires),
- Etudiants fragiles et forts Vs destruction par le cursus.

**Propositions** : prévenir sur le métier, orienter plus tôt dans le choix d'exercice sans attendre l'ECN, lutter contre le harcèlement.

- L'hôpital n'est pas attractif car la formation révèle les failles du système, ils souhaitent aller vers l'exercice coordonné. S'appuyer sur les autres professionnels de santé pour la prise en charge.

- Ils évoquent la crainte de s'installer en libéral du fait de la part de gestion du cabinet qui fait peur.
- Ils souhaitent avoir une valence d'enseignement sans côté recherche, une attraction vers le salariat.
- Ils indiquent le souhait d'être dans un lieu où il y a un minimum de services en insistant sur le changement d'optique dans les choix de vie.

### **Patrick Leglise et Gaëtan Casanova ISNI**

- Attractivité des carrières H et HU, constat d'une dégradation malgré les propositions,
- Attractivité ISNIH : type d'exercice 23% hôpital public, perspectives seraient bien connues, 80% ne connaissent pas l'exercice privé mais souhaitent s'y orienter,
- La rémunération n'est pas la seule question. Evoque un phénomène de fuite. Pour les internes et les jeunes médecins : problème du double statut d'étudiant et professionnel : temps de travail, récupération, temps additionnel.
- Signale que l'enseignement à l'hôpital est essentiellement réalisé par le PH « pour la gloire », besoin d'une reconnaissance par l'université.
- Dans les CHU, problème des corps avec confusion entre statuts et fonction : HU qui dirigent les services sans le souhaiter réellement, des PH qui en sont souvent exclus.
- Question de la mise en gouvernance, notamment administratives de personnes venant de l'extérieur et dépourvues de connaissance locale ou d'empathie,
- Observe le dessaisissement des HU de l'enseignement universitaire par les hôpitaux.
- Question de la compétence des directeurs d'hôpitaux pour répondre à un besoin local (fiche de poste).

### **Patrick Goudot** : contre la remise en cause des statuts.

Le problème n'est pas de remettre en cause les statuts, statut HU très ancien qui se répercute sur les missions d'enseignement et de recherche. Propose de permettre de se concentrer beaucoup plus sur l'enseignement et la recherche, de libérer du temps sur le management.

### **Eric Galam, Université de Paris**

L'HP, un des rouages de la santé. Il existe un changement d'ID en devenant médecin, on ne peut plus décider de ne pas l'être. Il y a des privilèges, des opportunités et des contraintes.

Pour s'approcher des gens en difficultés, il faut savoir se rétracter, être en équilibre entre investissement empathique et retrait.

- Temps de la médecine triomphante, qualité des soins EBM (travail et argent public), sécurité des soins : pratique à risque sans décision absolue (statistiques Vs O/N), de la façon dont on considère le patient s'induit ce que nous sommes (tabou de l'épuisement professionnel -2004-, 2016 stratégie nationale pour QVT du personnel de santé).
- Rien ne reste, « on donne de l'espoir qui est déçu ».
- Idée que des soignants en bonne santé et sereins est bon pour tous.
- Conditions de travail mais aussi contenu dont « ce à quoi il faut se plier » et enfin le sens.
- Modèles de rôle : assumer nos situations dont les difficultés : être humain vulnérable et qui doit s'y adapter.

Les causes de conflit à l'hôpital peuvent se transformer en isolement à l'ambulatoire. Soigner, gérer le cadre d'exercice, réussir la vie professionnelle.

Travailler à partir du terrain, donner la parole aux décideurs et aux acteurs du terrain.

Exemple des revues de morbidité et problème du « pas vu pas pris », donner la confiance pour partager leurs expériences. Wallace P wellness a missing indicator of quality of care.

### **Bertrand Diquet**

Avec la majorité de désillusion sur les réformes hospitalières et universitaires qui se cumulent, comment faire le lien entre les deux modalités de formation à l'H et à l'U ?

### **Réflexion sur le numéris clausus :**

- pas de changement de la donne, parle d'accepter que pendant 14 ans on ne s'occupe pas des déserts médicaux,
- Parle de l'absence de régulation des spécialités,
- Parle de problèmes liés à la qualité de formation par rapport à quantité à former,
- Le Ségur n'a pas pris en compte les problèmes d'enseignement et de recherche,
- Parle de l'activité en permanence des soins,
- Parle des réformes du deuxième et du troisième cycle à moyens constants, notamment la baisse des effectifs HU,
- Considère l'évolution des formations paramédicales notamment des IPA insuffisante,
- Parle d'équipes universitaires permettant des répartitions sur les personnes et dans le temps. Parcours sup aurait pour effet indésirable de contourner la capacité à sélectionner les étudiants aptes aux études,
- Dérive de la marchandisation de la fonction, rôle des HU dans la formation continue,
- Pour les paramédicaux, les formations payantes avec accumulations de dettes bloquant le modèle économique du salariat en structure publique.

## **Patrick Goudot**

### **Patrick Bouet, Président CNOM**

- Raisons de s'installer en désert médical.
- Démographie quantitative avec gestion économique.
- Démographie qualitative avec accès au soin dans un contexte social (2013 : 295000, 2022 : 318000) augmentation importante des médecins en cumul emploi retraite.
- Non professionnalisation de l'étudiant en regard de l'exercice qui va être dans le territoire.
- Deux systèmes de santé parallèles public/privé avec des divergences croissantes, proposition de retrouver un système avec une mission reconnue pour la population.
- Pas d'avenir sans système de santé unique et territorial, dépassant la profession médicale.
- Demande une refonte complète de la démocratie sanitaire.
- Assurer quel que soit l'acteur une dimension publique à son exercice.
- Mesures sur les « obligations » pour les internes en fin de cursus
- Chronique d'une « connerie avancée », ce qui est important ce n'est pas de contraindre un jeune professionnel d'aller exercer dans un territoire (alors que l'on ne peut pas le contraindre à exercer en libéral).
- Idée de responsabilité partagée vis-à-vis d'une population.
- Question de l'accès social. Ne permettra pas d'accès pérenne au sein du territoire.
- Développement des capacités d'accueil concertées. L'université doit se sentir responsable des territoires.
- Collectivité territoriale d'exercice ambulatoire.
- Question de l'année de docteur junior en médecine générale mais où sera l'encadrement qui risque de décourager plus que de motiver. Cf Rapport de la DRESS sur la revue des mesures prises à l'international.
- Prendre les jeunes pour faire « leurs armes à la campagne puis revenir en ville soigner les riches ». Demande d'augmenter l'accès aux boursiers pour avoir plus de personnes de milieux ruraux ou urbains difficiles.
- Conclue que ça va prendre du temps mais d'autant plus que l'on a attendu.

## **Jérôme Frankiel**

- Parle d'une éventuelle évolution vers un financement populationnel avec adaptation des services aux besoins de la population.

## **Jérôme Goemine, Président du syndicat des managers (SMPS)**

- Gouvernance cause de perte d'attractivité et d'efficacité.
- Question de la verticalité plus de qui l'incarne.
- Lien entre gouvernance et attractivité pour les médecins, comment la faire évoluer ? Réponses tous les 4 ans avec souffrance de tous les professionnels. La question ne serait peut-être pas la bonne.
- Quotidien : pas assez de médecins, pas assez de soignants. Problème de la concurrence sur la rémunération. Oui aux IPA, question de la régulation de l'installation médicale. « On est là pour faire de la stratégie de soin et appliquer les politiques nationales. ». Déléguer des crédits faibles ne résout pas les problèmes.
- Problème du COPERMO avec la demande de la « gouvernance externe ». Plainte sur le code des marchés publics. Sur la déclinaison du projet régional de santé avec des interlocuteurs multiples ; proposition de comité local des élus avec concertation avec les acteurs hospitaliers et privés. A rapprocher d'un financement populationnel.
- Question de la bonne méthode de régulation du pouvoir et de la responsabilisation du décideur.
- Aller vers une délégation proche du terrain, parle de déléguer les paies, évoque le niveau pôle ou service. Trouve que les textes de gouvernance en l'état actuel sont bons. Propose de mixer les formations. Parle de sanctuariser une ligne de formation pour les managers, d'intégrer les managers médicaux.
- Lorsque les personnes sont vertueuses : il n'y a jamais de problème, un système doit régler ces situations, comment régler ces situations ?
- Que fait-on quand ça bug ? Oser dire quand ça ne va pas et le traiter. C'est plus compliqué de prendre le risque d'un départ en cas de manque de personnel (médical ou paramédical).
- La sortie des doyens de la gouvernance des CHU est discutée par le représentant de la conférence des doyens.