



# CONFEDERATION DES HOPITAUX GENERAUX

FNAP- Fédération nationale des praticiens des hôpitaux généraux (Dr P. Faraggi)

SNBH - Syndicat national des biologistes des hôpitaux (M. Girabit)

SNMARNHNU- Syndicat national des médecins anesthésistes-réanimateurs des hôpitaux non universitaires (Dr M. Vignier)

S.P.H. - Syndicat des psychiatres des hôpitaux (Dr P. Faraggi)

Délégués Régionaux :  
E. GIRAUD - P. MORET

## REUNION DU 8 FEVRIER 2001

Cher Ami,

Je suis arrivé très en retard à cette réunion, le Ministère m'ayant envoyé à Montparnasse. Madame LEBORGNE a fait un compte-rendu. Il a été décidé de faire 4 groupes de réflexion :

- 1 – Régionalisation et gestion des postes : PERRIN
- 2 – Post-internat et assistantat de région : Pr GUY
- 3 – Déplacement des actes, glissement des tâches, formation DES : AUBART
- 4 – Interférences Privé-Public : Mme BECHET.

## REUNION DU 1er MARS 2001

Ci-joints les textes sur le post-internat et la régulation des postes (3 feuilles) : 1, 2, 3 et le texte sur la régulation de l'installation – régionalisation de la gestion des postes médicaux (2 feuilles) : I – II.

## DISCUSSION DES 2 TEXTES

**1 – L'idée de départ du post-internat (GUY) est que les jeunes ont besoin d'un temps suffisant pour compléter leur formation** car il y a une déséniorisation des internes dans les services

On dissuade les étrangers de venir, ce qui diminue le temps médical.

Une seule solution actuelle : le clinicat, mais il est réservé à un tout petit nombre. Il est donc insuffisant.

**2 – Le statut universitaire du post-internat :**

Il ne correspond pas à l'activité des chefs de clinique, l'enseignement et la recherche n'étant pas obligatoires.

L'assistantat serait obligatoire avec obligation de passage dans les CHG, avec 50 % de temps dévolue au CHU et 50 % dévolue aux CHG. Progressivement ce temps passerait de 20 % pour les CHU et 80% pour les CHG avec obtention du statut de PH in-fine. Il est donc nécessaire de mettre à plat le problème du clinicat et des assistants régionaux hospitaliers : il s'agit d'un temps « partagé », et quant est-il de l'assistantat pour tout le monde ? Les CCA sont CHU, mais peut être faudrait-il évaluer la part universitaire et la part CHU.

**3 – Une Commission d’Agrément** constituée naturellement du doyen et des universitaires définirait les services des hôpitaux généraux qui seraient aptes à recevoir les AHR selon un système de validation. Ceci serait intéressant pour les hôpitaux généraux (SIC !) car les postes étant libres, l’attractivité exercée par le CHU permettrait de pourvoir les postes.

- Pour l’INPH : valeur de l’Internat : 2 ans supplémentaires ne changeront rien. L’assistantat doit se faire de façon transparente. Il est dangereux de prendre des postes dans les hôpitaux généraux sans les faire redescendre par la suite mais il y a n’a pas de passerelle.

- Pour R. BOCHET, le post-internat n’a rien à voir avec la démographie. Il faut améliorer les rémunérations et mettre en place la mobilité (réseaux) entre les CHU et les CHG au moins pour pallier au vieillissement des gens.

- PIDOLLE : après un CES de 5 ans, il est difficile de demander des années supplémentaires de formation. Mais l’assistantat doit donner des avantages : carrière hospitalière ou non, cadre clinique sur deux ans. Ce sont des gens formés.

Le clinicat doit devenir un post-assistantat dans le même cadre que ce soit CHU ou CHG. Il faut une réflexion sur le fonctionnement des services hospitaliers, définir les fonctions de l’assistant et définir ce qu’il en est du PH et de l’Assistant.

- Pour NICOLAS, il n’y a pas de problème de démographie, il n’y a pas d’étude chiffrée et il lui paraît important de travailler sur les filières du clinicat.

- Intervention de la CHG (E. GIRAUD) :

- Des postes existent et sont vacants dans les hôpitaux généraux : postes de PH et postes d’interne. Rapatrier ces postes sur le CHU est un **détournement** de moyens médicaux que nous avons déjà vivement dénoncés à titre préventif dans nos Livres Blancs. Faire cela pour nous est un casus belli. On peut parler de temps « partagé » si on raisonne en équivalent temps plein et qu’on nous renvoie les équivalents temps plein dans les hôpitaux généraux.
- Attribuer des assistants hospitaliers régionaux (AHR) par le biais d’une commission est scandaleux et injuste. On se rappelle tous en effet comment se sont déroulées les accélérations de carrière entre le 7<sup>e</sup> et le 8<sup>e</sup> échelon, ces commissions étant pilotées par les doyens de CHU. Pour nous, il n’en est pas question.
- Si les assistants et les internes ne sont pas formés après un cursus supérieur à BAC+10 la faute en incombe au CHU. De toutes façons l’internat valide la spécialité et l’installation et vouloir attirer des gens en prolongeant leurs études par le biais d’un sous-statut ne peut marcher. Je vous rappelle qu’actuellement les étudiants qui terminent leur internat ont créé un pool de remplacement en Lorraine, et gagnent plus de 100 000 F par mois. D’autre part il est inadmissible, avec notre vieillissement, que nous voyions arriver dans nos structures des médecins qui vont aller se promener au CHU et prendre moins de garde. Dans les hôpitaux généraux en effet il y a un travail physique et intellectuel à accomplir, il faut faire tourner les blocs opératoires et les services. Dans certains endroits, on peut même parler d’abattage.
- Rémunération et privé : les anesthésistes des CHG ne peuvent facturer la consultation d’anesthésie en référence aux textes sur les odontologistes, radiologues et biologistes. J’avais écrit en son temps à Mme BOUQUET qui me l’avait confirmé car certaines CRAM refusaient de rembourser ces consultations. Au niveau du plateau technique, ceci est difficilement praticable car facteur de désorganisation.

- Dans le même ordre d'idée, pourquoi le privé a l'argent, et ne partage-t-il pas les missions d'ordre public avec les CHG (gardes, etc).
- On a parlé de stress et de pénibilité dans la page2 du post-internat et j'aimerais bien qu'à ce sujet le travail de nuit ne reste pas un vœux pieux sous prétexte d'unicité du statut.
- En ce qui concerne la démographie médicale, il existe bien une pénurie conjoncturelle actuellement, même si le nombre global de médecins est suffisant. Les psychiatres et les radiologues sont tous dans le privé, les anesthésistes sont au Sud, dans les CHU, et dans le privé. En 2005 il y a une pénurie structurelle liée au manque de formation de spécialités « **dures** » même si on dégage un nombre satisfaisant de médecins. Le passage du numerus clausus à 4 500 ne pourra résoudre ce problème. Ceci est conforté par une étude du GERNHU parue il y a quelques années.
- Il faut donc définir les missions des PH en particulier SAU, maternité ou services dont la nécessité est incontournable en région. De toutes façon le CHU ne pourra absorber 70% des malades traités par les CHG et nous ne voulons pas continuer à travailler avec des sous-effectifs permanents de notre côté. Il faut une étude précise du terrain pour savoir qui fait quoi : à Paris un anesthésiste fait 200 à 300 anesthésies/an, en périphérie on est de 800 à 2000 avec une moyenne à 1 200. Il doit y avoir un niveau de décision régionale qui rééquilibre les établissements en région. Concernant les multi-sites et les postes prioritaires une bascule des budgets doit être possible sur les postes prioritaires si les multi-sites ne sont pas « consommés ». Il doit y avoir un niveau de décision nationale qui rééquilibre les régions.
- Enfin, il faut une réflexion sur le rôle du médecin dans l'hôpital car il y a un manque de communications énorme entre les soignants et l'administration, qui n'a pas pu être résolue par la hiérarchie intermédiaire.

Je pourrai aller à la réunion du 8 mars à la FHF, par contre je ne pourrai pas aller à celle du 20 mars avec le Pr NICOLAS, réunion qui doit traiter des deux derniers thèmes énoncés en début de compte-rendu.

Docteur E. GIRAUD