



SYNDICAT NATIONAL

des MEDECINS ANESTHESISTES-REANIMATEURS

des HOPITAUX NON UNIVERSITAIRES

**Délégué Régional
de la CHG**

Docteur E. GIRAUD

**Délégué Régional
Vice-Président**

**Centre Hospitalier
57126 THIONVILLE CEDEX**

Tél. : 03.82.55.81.90

Fax : 03.82.55.81.92

**COMPTE-RENDU DE LA REUNION AU
MINISTERE DE LA SANTE
DU 4 MARS 2002
SUR LA DEMOGRAPHIE MEDICALE**

**Création de L'observatoire de la
démographie des professions de santé et de
l'évolution de leurs métiers (arrêté du
01.03.02)**

I – INTRODUCTION

La journée s'est déroulée en deux parties avec deux tables rondes le matin :

- autour des rapports DGS et DHOS sur la démographie
- les professionnels de santé face à l'évolution de leur métier

L'après-midi : 5 ateliers ont été mis en place :

- atelier n°1 : l'approche par spécialités : quelles sont les priorités ?
 - atelier n°2 : comment définir une densité médicale « cible » pertinente ?
 - atelier n° 3 : exercice professionnel et choix des spécialités ; vers le développement de parcours professionnels ?
 - atelier n° 4 : complémentarités entre professionnels de santé
 - atelier n° 5 : inégalités territoriales
- Synthèse et rapporteurs et annonce du Ministre.

II – LES TABLES RONDES

1 – Ont été donnés toute une série de chiffres concernant le nombre de médecins (331 pour 100 000 habitants) ainsi que différents scénario possibles d'évolution de la démographie. Tout cela est bien connu de nous et j'ai vraiment eu l'impression que l'information sur la démographie médicale que nous faisons depuis de nombreuses années est bien assimilée par les responsables du ministère.

- héliotropisme
- inégalité régionale et surtout **infra-régionale**
- augmentation de la technicité
- vieillissement des « troupes »
- féminisation
- application de l'ARTT, etc.

2 - Sont évoquées plusieurs solutions :

- **Augmentation du numerus clausus**
- Problèmes d'installation : nécessité d'une régulation.
- Problèmes de cloisonnement de la formation et des filières, le numerus clausus ne réglant pas le problème de la démographie des spécialités sinistrées s'il n'y a pas de régulation en aval de l'internat. Idem pour les médecins généralistes qui sont des spécialistes à part entière dans les nouveaux textes.
- Problèmes des passerelles qu'il faut absolument mettre en place pour qu'il y ait des reconversions possibles entre les disciplines, d'où nécessité **d'un tronc commun de formation**
- Stabilisation des UFR et pour les DRASS implication de mesures, certes dans un cadre défini au niveau national, avec souplesse d'appréciation régionale et infra-régionale.
- L'accent est mis à la fois sur la quantité mais aussi sur la qualité de la formation.
- URCAM : étude des besoins par pathologie (épidémiologie, etc) en prenant en compte la prévalence de la maladie, la gravité, la faisabilité. Indicateur des moyens à redéployer et à créer. Pour cette structure, la qualité des soins relève beaucoup de la concertation et de la contractualisation.
- **Glissement des tâches.**

En résumé de cette matinée :

1 - **Bonne prise de conscience des problèmes de la démographie**, et les outils proposés sont le numerus clausus, l'étude des densités dans les régions et à l'intérieur des régions. L'augmentation des médecins ne résout pas tout, par exemple en Psychiatrie. Importance de la concertation du décroisonnement de la formation, contrôle des filières et nécessité de passerelles entre spécialités.

2 – **Aucune proposition pour les 10 ans à venir.** En effet, le numerus clausus donnera son plein effet dans 10 ans et il n'y a eu aucune proposition dans ces tables rondes concernant cette période très délicate que nous avons déjà commencée à vivre et à subir.

Je vous fais grâce de tous les chiffres qui sont dans le dossier adressé à notre cher Président.

III – LES ATELIERS

Je me suis mis dans l'Atelier n° 1 : « l'approche par spécialités : quelles sont les priorités ? », avec Pierre FARAGGI. J'ai tout axé les interventions au nom du Syndicat sur cette période transitoire de 10 ans afin d'essayer de faire prendre en compte des propositions du SNMARHNU par l'observatoire de la démographie des professions de santé et de l'évolution de leurs métiers (arrêté du 01.03.02). Cet observatoire cherchait apparemment des informations au niveau des gens présents pour alimenter sa réflexion.

1 – Les moyens mis en place :

Les moyens mis en place n'auront pas de résultat avant 10 ans, et nous devons gérer la transition sur la démographie, sur l'augmentation de la technicité (qualité), sur le vieillissement et l'augmentation des soins (quantité), féminisation de la profession et l'ARTT.

Pour cela nous devons cibler les futurs SROSS sur les SAU, maternités I – II – III, néonatalogie, obstétrique, sécurité des bassins de santé c'est à dire définition des hôpitaux incontournables qui doivent être soutenus.

Cela implique que la priorité soit donnée à ces structures (réseaux, densification des régions), et qu'il soit fait dans 2 ans des SROSS de chirurgie et d'anesthésie en fonction des nécessités des bassins.

Cela implique donc que les hôpitaux référents travaillent en commun, avec un pool commun en particulier pour les gardes.

2 – Définition du temps de travail

- travail de jour : tout le monde fait son travail la journée et tous les hôpitaux référents doivent avoir les moyens suffisants.
- Travail de nuit : le travail de nuit est un travail totalement différent, beaucoup plus lourd et beaucoup plus pénible et les gardes, étant donné la pénurie, doivent être clairement définies, de même « qui fait quoi ? – Où et comment » (renvoi à la notion de SROSS de chirurgie, anesthésie, réanimation, SAMU, ...)

Il faut au moins 8 équivalents temps plein à un tour de garde et en-dessous de 6 il faut renforcer l'équipe par un renfort extérieur.

- Il faut donc faire des bilans dans chaque établissement et non pas seulement globalement sur la région : la garde étant statutaire, **tous les PH quels qu'ils soient** doivent prendre 4 gardes au moins. Ceux qui n'atteignent pas ce chiffre doivent renforcer les gardes dans les structures voisines (« tête « des patrons de CHU !).

J'ai donc insisté sur la nécessité d'une collaboration au coude à coude dans les hôpitaux, le mot clé étant le **redéploiement des moyens**.

3 – Glissement des tâches

Ceci a été demandé par le représentant de la CGT des IADE et n'a pas choqué les personnes présentes. Au nom du SNMARHNU j'ai donc répondu que les IADE et les IDE avaient des décrets de compétence qui ne pouvaient être dérogés, la responsabilité médico-légale incombant au médecin. D'autre part, j'ai beaucoup insisté sur le fait que la pénurie en IADE au niveau européen était similaire à la notre, et pour les mêmes raisons.

4 – Le modérateur nous demande quels seraient nos souhaits les plus chers ; au nom du Syndicat, j'ai mis en avant la possibilité d'appliquer les textes inhérents à nos spécialités (repos de sécurité et gardes par exemple), et la prise en compte du syndrome de Burn Out concernant le personnel para-médical en train de quitter la profession, tout particulièrement en libéral.

IV – AU NIVEAU DE L'ARTT

Je n'ai pas pu parler des points suivants mais ils sont importants pour nos négociateurs :

- nous ne pouvons accepter un schéma de répartition 70 – 15 – 15 car ceci accentue le différentiel en défaveur des petites structures **ciblées** et nous devons essayer de faire accepter la combinaison 50 – 25 - 25
- les CHU n'ayant pas de postes d'assistant, si 70 % du budget va dans les hôpitaux dotés, la plus grande partie des **postes de PH** ira au CHU.
- Il faut donc favoriser les hôpitaux :
 - Où l'activité est justifiée
 - Là où se situe cette activité
 - En tenant compte de la sécurité des bassins de population.

V – REMARQUES ET CONCLUSION

Je n'ai pas reconnu dans le compte-rendu du rapporteur du groupe N°1 toute la discussion et les propositions faites pendant la séance de travail. Quelques autres points sur les notions de logistiques médicales, de répartition, de prévention, avaient été évoqués. Texte du rapporteur inutile et incompréhensible pour nos esprits rationnels et terre à terre. Ces comptes-rendus doivent être publiés et j'espère que le texte écrit sera plus explicite.

Mr KOUCHNER prend la parole pour la conclusion de la journée de travail et annonce le passage à 6000 du numerus clausus ainsi que des primes à l'installation.

Docteur E. GIRAUD