

## Contribution à la soirée-débat du 13 janvier 2010

### 1/Démographie médicale :(Atlas de la démographie médicale 2009 du CNOM)

En janvier 2009, il y avait 258 153 médecins inscrits dont

**216 017 actifs**

**42 136 retraités (inscription non**

**Obligatoire, en augmentation + 5,2%)**

Densité médicale en 2009 est de 290,3 pour 100 000 habitants contre 300,2 en 2008.

Depuis plusieurs années stagnation du numérus clausus à 3500,

En 2009 ouverture à 7500 ; après 6 ans d'alerte par le CNOM.

Vieillessement du corps médical +++ :

-Diminution de la tranche d'âge des – de 40 ans de 11,70%

-Augmentation de la tranche des + de 60 ans de 52,59%

-Age moyen : 51 ans

**Risque de départs massifs en retraite , non compensés par les nouvelles générations. Les mesures prises aujourd'hui ne se verront que dans douze ans !!!**

**Aggravation des inégalités territoriales, d'où la tentation de contraindre plutôt que de motiver les jeunes à s'installer en zone déficitaire.**

De plus , en 2008 seulement 10% des nouveaux inscrits s'installent en pratique libérale, 66% s'orientent vers le salariat, 25% vers une activité pérenne de remplacements.

En 2009, la diminution du nombre de médecins en activité se poursuit : -2% ; médecine générale :-2%.

Egalement, féminisation : nouveaux inscrits=52% de femmes.

Toutes les régions de France accusent une baisse de la densité médicale, avec aggravation dans les zones sous-médicalisées.

#### **Faible densité**

#### **moyenne**

#### **forte densité**

Picardie(250/100 000h)

Lorraine

Rhone-Alpes

Centre

Nord-Pas de calais

Aquitaine

Haute-Normandie

Bretagne

Midi-Pyrénées

Champagne-Ardenne

Corse

Alsace

Basse-Normandie

Limousin

Languedoc-Roussillon

Bourgogne

Ile de France

Pays de la Loire

PACA

Poitou-Charentes

Franche-Comté

Auvergne

## 2/ Réforme Hôpital 2007 : (selon diaporama du site

gouvernemental [www.creer-hopitaux.fr](http://www.creer-hopitaux.fr))

mise en place progressive des tableaux de bord :Points ISA-PMSI  
RUM-DMS-Taux d'occupation-Bilan d'activité...  $\implies$  T2A =base du  
financement.

Introduction de la comptabilité analytique=EPRD

Réorganisation des structures hospitalières ; création de pôles  
d'activités regroupant plusieurs services transformés en unités  
fonctionnelles, disparition des chefs de service et création d'un  
responsable de pôle , d'un comité exécutif, d'un conseil de pôle.

La CME et le CA conservent leurs fonctions et leurs modes propres  
d'élections et de nominations.

La détermination des pôles se fait par l'ensemble des acteurs de  
l'établissement(CME-CE-CA).

**Le CE**=comité exécutif est composé à parité de membres de la  
Direction désignés par le directeur et de PH désignés par la CME en  
son sein(au moins 50% de responsables de pôles) ; il est présidé par  
le directeur. Il élabore le projet médical,  
contribue à l'élaboration d'un plan de redressement si besoin,  
donne son avis sur les nominations des chefs de pôle et chefs de

service, et autres nominations.

Le responsable de pôle est un PH titulaire depuis au moins cinq ans, Qui s'inscrit sur une liste d'habilitation. Il est nommé après avis du Directeur, du président de CME, du CE, du conseil de pôle. En cas de Désaccord, le CA est saisi.

La durée de son mandat est fixé par le CA entre 3 et 5 ans.

Il organise son pôle et avec le conseil de pôle élabore un projet de pôle , base du contrat d'objectif et de moyen qu'il signe avec le directeur et le président de CME. Il possède une délégation de gestion c.à.d. qu'il a une certaine autonomie pour gérer son budget de pôle et faire des choix stratégiques, il rend des comptes sur sa gestion et son organisation.

**Le conseil de pôle :** est constitué par le responsable de pôle

Des membres élus , des membres de droits.

-membres de droit : responsables d'unité, chefs de service encore en poste, PH titulaires inscrits sur la liste d'habilitation, cadre supérieur de santé, cadre administratif(non membre de la direction).Un directeur adjoint peut être désigné référent d'un pôle.  
-membres élus : .collège de médecins(PH ,Internes, attachés, PH contractuels) ; avec 50% des sièges pour les titulaires.

**.collège des personnels paramédicaux et  
Administratifs**

**Le nombre de siège à pouvoir est fixé par le directeur en fonction des effectifs.**

**Hôpital 2007= .Rapprocher le corps médical de l'administration par le CE**

**.obliger les médecins à s'intéresser à la gestion et au financement, afin d'obtenir une meilleure efficacité.**

**.Rapprocher le paramédical et les emplois administratifs d'une part des médecins , d'autre part de l'administration , les faire participer aux décisions.**

**. autonomie des établissements dans leur organisation**

**interne par la rédaction du règlement intérieur.**

**.volonté de démocratie interne et de consensus, pour avancer tous vers les mêmes objectifs.**

**.financement selon la T2A, c-à-d selon l'activité.**

**.apparition d'un concept pervers de « bon malade », rapportant de l'argent à l'hôpital et de**

« mauvais malade », pas rentable. Des activités lucratives et d'autres pas.

3 / Nouvelle Gouvernance 2010 : Loi HPST (Projet de loi N°1210-  
Oct 2008 – Loi N°2009-879 du 22 juil 2009)

Au sein des établissements de santé :

Plusieurs instances : -Directoire= exécutif

-instances consultatives=  $\left\{ \begin{array}{l} \text{CME, CTE} \\ \text{CSIRMT, CHSCT} \end{array} \right.$

-effecteurs : Pôles et unités fonctionnelles

-conseil de surveillance : rôle limité de  
Contrôle !! sans aucun pouvoir.

**ARS**, regroupant les DRASS, DDASS, URCAM, ARH, GIP .

Période de transition où perdurent toutes les structures en

Parallèle jusqu'à fin 2010. Le directeur de l'ARS = DG est nommé en conseil des

Ministres.

Les ARS ont un comité exécutif , de 7 membres dont un médecin , un comité de direction et un conseil de surveillance présidé par le préfet de Région. Les missions et les compétences des ARS

**s'applique sur tout le champ sanitaire(ambulatoire-libérale-structures hospitalières-secteur médicosocial).Toutes les restructurations ,regroupements, transferts d'activités, fermetures ou ouvertures d'unités sont soumis à son accord.**

### **Le CNG=centre national de gestion**

**L'ordonnance du 1 sept 2005 prévoyait déjà la création d'un établissement public administratif chargé de la gestion des carrières des personnels de direction de la fonction publique et des PH.**

**En mai 2007, décret sur son organisation. En 2008, le CNG comporte 109 personnes et gère 40 000 PH et 5000 directeurs. Il permet d'alléger le travail administratif de gestion de la DHOS.**

**Il accompagne les Directeurs et les PH dans leur parcours professionnel, formation, recherche d'emploi, concours, mobilité...**

**Entre dans le concept de fléxisécurité développé en Europe , suivi personnalisé des carrières , en incitant à plus de mobilité et d'adaptation.**

**Dans la nouvelle gouvernance, les PH sont nommés par le DG du CNG après avis du président de CME, du chef de pôle et sur proposition du directeur. En cas de désaccord, intervention de la commission paritaire nationale. CME ? CE ? Conseil de surveillance ?**

## **Conseil de pôle ?**

**Actuellement, le directeur d'un établissement peut demander qu'un PH soit mis en recherche de poste. Création du contrat de PH clinicien d'un an renouvelable trois fois, avec engagement d'objectifs et de moyens.**

### **Le conseil de surveillance= ancien CA**

**Il est constitué de 15 (max) membres, répartis en trois groupes de 5**

**-groupe N°1= 5 (max)élus territoriaux**

**-groupe N°2=5 (max)membres du personnels(parité médicale et non médicale)**

**-groupe N°3=5(max) personnalités qualifiées et usagers**

**Rôle limité de contrôle, sans pouvoir de décision. Le président du conseil de surveillance est élu au sein des groupes n°1 et 3.Le directeur de L'ARS y siège avec voix consultative.**

### **Le directoire= ancien CE, mandat de 4 ans.**

**Il est constitué de 7 à 9 membres de droit et nommés. Il est à majorité médicale.**

**Le directeur est président du directoire, le président de CME en est le vice-président.**

**Le directeur est nommé par le DG du CNG ,sur proposition du directeur de l'ARS et après avis du conseil de surveillance de l'établissement.**

**Le président de CME a un mandat de 4 ans, renouvelable une fois, Il élabore le projet médical, veille à la sécurité et à la qualité des soins, propose les PH pour le directoire et les chefs de pôle. Mode de nomination du président de CME ? Composition de la CME ?**

**Les PH sont nommés par le DG du CNG sur proposition du directeur de l'établissement , après avis du président de CME et du chef de pôle.**

**Il n'y a plus de responsable de pôle, mais des chefs de Pôle, qui ont Toute autorité sur le personnel de leur pôle.**

**Le directeur peut organiser les pôles et les unités comme il le Souhaite, il peut demander la suppression de postes. Les réorganisations importantes et structurelles sont soumises à l'accord de l'ARS.**

**Il choisit les chefs de pôle et les PH du directoire dans la liste que lui fournit le président de CME, si désaccord une deuxième liste est établie, si de nouveau désaccord , le directeur nomme qui il veut.**

**Nouvelle gouvernance permet la coopération entre les différents secteurs de santé : libéral-hospitalier public et privé-médicosocial.**

**Développement des alternatives à l'hospitalisation (HAD-Hôpital de jour)**

**Possibilité d'établir des communautés hospitalières de territoire comportant plusieurs établissements publics, mettant en commun les moyens techniques, humains et financiers, avec un projet commun.**

**Facilitations des partenariats entre les acteurs de santé, amélioration des réseaux de santé.**

**Développement des groupements de coopération sanitaire avec les établissements privés, et les libéraux.**

**La nouvelle gouvernance tend à décloisonner le système de santé, à faciliter la mobilité des personnels de santé, à augmenter l'efficacité, à réduire les coûts de fonctionnement, à palier aux carences de la démographie médicale par des fusions, des regroupements, et des mises en commun des plateaux techniques ainsi que des ressources humaines.**

**Cependant on assiste à une recentralisation des décisions par l'Etat et à un verrouillage des instances hospitalières, qui risquent, loin de dynamiser, de créer des inerties supplémentaires préjudiciables.**

**Car en effet, à l'heure où la France connaît un déficit public lourd de conséquence pour son économie, sa croissance et sa cohésion**

**sociale, concernant non seulement les citoyens d'aujourd'hui, mais aussi ceux de demain, à l'heure du déficit démographique médical , il n'est pas raisonnable de persister à croire que les hôpitaux de proximité puissent continuer à offrir tous les services et tous les plateaux techniques. Nous n'en avons ni les moyens financiers , ni les moyens humains.**

**Il convient donc de penser l'offre de soins de façon rationnelle et Raisonnable dont le centre des préoccupations, est et doit être ,le Patient. La nouvelle gouvernance va dans ce sens , puisque l'ensemble du réseau de soins doit se coordonner afin d'aboutir à un parcours de soins cohérent pour chaque patient.**

**Espérons que dans chaque département , il y ait la possibilité De développer une structure hospitalière conséquente , Dynamique , avec un plateau technique très performant , véritable Cœur vital du réseau sanitaire, espérons que l'ensemble des acteurs De Santé , qu'ils soient dans les grosses structures comme dans les Petites, qu'ils soient dans le public comme dans le privé ou dans le médico –social sachent travailler ensemble afin de préserver un maillage sanitaire satisfaisant au service de la population et ce malgré les temps de restriction qui s'annoncent.**

**Les hôpitaux de proximité devront développer les activités qu'ils**

**Peuvent effectuer de façon performante et abandonner les autres ,  
Signer des conventions de partenariats avec les autres structures et  
les libéraux pour créer de la complémentarité et non de la  
concurrence. Ainsi la qualité des soins sera maintenue.**

**Notre prise de position se doit d'être la plus objective possible,  
guidée par la réflexion, la raison et le pragmatisme.**

**C'est pourquoi la création d'un hôpital moderne fusionnant deux  
Entités sanitaires voisines de 20 kms , ayant chacune des  
problématiques d'avenir à moyens et longs termes, ne peut être  
que bénéfique et redynamisant non seulement pour ces structures  
mais aussi pour l'ensemble du département.**

**Pour nous la future structure hospitalière de Lannes doit être un  
pôle santé d'excellence, noyau central du futur réseau santé des  
Hautes-Pyrénées.**

**Sylvie Izdag , Présidente de l'Alliance centriste 65, Médecin.**

## **Glossaire :**

**CNG= Centre National de Gestion**

**CHSCT=commission d'hygiène, de sécurité et des conditions de Travail**

**CSIRMT=commission des soins infirmiers, rééducation, et médico-techniques**

**CME=commission médicale d'établissement**

**CTE=commission technique d'établissement**

**Loi HPST= loi hôpital-patient-santé-territoire**

## **Annexe :**

**Enquête SESMAT en 2007-2008 par Madeleine Estry-Behar**

**Sur la santé des médecins au travail et leur intention d'abandonner**

**La profession(3196 médecins ont répondu)**

**17,4% avaient l'intention d'abandonner la profession ;**

**Les causes principales étant :**

**-Difficultés à réaliser leur formation médicale continue**

**-Faible qualité du travail en équipe**

**-Relations tendues avec l'administration**

**-Lourdeur des tâches administratives**

**-Difficultés d'organisation du travail**

**Enquête équivalente pour le paramédical, Presst-next en 2003**

**Désir de quitter la profession=15,4%**

**Bibliographie :**

**-rapport Larcher :**

**-projet de loi N°1210-Assemblée nationale –le 28 oct 2008**

**-Loi HPST -N° 2009-879-JORF N°0167 du 22 juil 2009-P 12184**

**-La démographie médicale : Prévoir et maîtriser son évolution.**

**Assurer une meilleure offre de soins sur l'ensemble du territoire**

**National. Rapport adopté le 17 févr 2009 par l'académie nationale de  
Médecine.**

**-Démographie médicale en France à l'horizon 2020- François Flori**

**Médecine/sciences 2002 ; N°5,vol 18, p :623-624**

**-Atlas de la démographie médicale en France-situation au**

**1 janv 2009 ; conseil national de l'ordre des médecins**

