

Un été chaud pour les enfants à l'hôpital

Tout le monde est d'accord, y compris ceux qui sont en charge de l'organiser (DGOS, ministre de la Santé, présidence de la République ainsi que la FHF, habituellement plus optimiste) l'hôpital vit sa pire période. C'est le résultat d'une dégradation progressive qui s'est accélérée ces derniers mois.

Il y a encore peu, nos organisations syndicales étaient les seules à alerter sur ces difficultés. Elles ont été minimisées et il nous a été affirmé que le Ségur réglerait tout.

La spécialité, dont les difficultés sont les plus visibles et médiatisées, reste la médecine d'urgence, en grande difficulté depuis longtemps et un peu plus chaque été. L'enquête de SAMU-Urgences de France et les situations survenues dans des grands CH comme Orléans voire un CHU comme Bordeaux en attestent.

La pédiatrie sera encore plus impactée cet été

La pédiatrie, spécialité éclectique et complexe, qui gère une grande partie des urgences de l'enfant, déjà impactée les étés précédents, va l'être davantage aussi cet été. À chaque période estivale, c'est un peu plus compliqué (vacances) avec des gardes qui reviennent encore plus fréquemment. Les équipes restaient jusqu'alors globalement en effectif limité pour faire face et la moindre activité de l'été (pathologies saisonnières) faisait le reste. Cette saisonnalité semble moins nette depuis la COVID avec une activité encore soutenue l'été dernier et ce printemps.

Des signaux d'alarme avaient retenti et attiré notre attention l'an dernier à Saintes puis Douai sans autre réaction des autorités que des mesurette locales. Le bureau du SNPEH avait obtenu un entretien avec un conseiller du ministère de la Santé, sans suite. Les circonstances n'avaient pas aidé puisqu'il nous avait été dit qu'aucune mesure majeure ne pouvait être prise dans cette période préélectorale.

Des « rapports » trop superficiels !

Un rapport de la DGOS, commandité devant des difficultés préalables (urgences et réanimations pédi-

triques), et un autre de la Cour des comptes, plus récent, évaluent certaines difficultés de la pédiatrie et de la prise en charge des enfants en urgence, mais ces rapports restent très superficiels !

D'un hôpital à l'autre, selon l'organisation locale et le type de pathologies, les enfants venant consulter en urgence dans les hôpitaux sont accueillis par des pédiatres ou des urgentistes. Ces deux spécialités sont en grande difficulté avec des risques de fermeture, des fermetures permanentes ou certains jours, ou à certains horaires.

Ce ne sont pas toujours les médecins qui manquent, mais les personnels non médicaux, et... les médecins s'arrêtent par solidarité, comme au CHR d'Orléans. C'est ainsi parce qu'ils n'ont pas le choix car médecins et personnels non médicaux sont des éléments indispensables, complémentaires et non interchangeables (quand ce n'est pas l'ensemble des soignants).

C'est au tour de la périnatalité d'être impactée !

À ces difficultés de garde de pédiatrie/urgences pédiatriques se rajoute dorénavant le problème des services de néonatalogie soins intensifs (niveaux 2B) et réanimation (niveaux 3) touchant les plus petits, les plus fragiles.

Contrairement à la pédiatrie, les problèmes des prématurés ne sont pas saisonniers : l'activité est constante et soutenue toute l'année, avec, souvent, des problèmes pour trouver des places pour les nouveau-nés nécessitant une prise en charge (prématurés...).

Jusqu'ici, les services de néonatalogie s'en sortaient tant bien que mal. Mais les problèmes de démographie se sont précipités et de nombreux services de néonatalogie sont au bord de la rupture avec un pic de difficultés cet été. Il existe un manque de médecins spécialisés (compétents en néonatalogie, réanimation et soins intensifs) mais aussi en puéricultrices. Les praticiens devront faire à certaines périodes des gardes tous les

deux jours et de nombreux services rendent des tableaux de garde avec des « trous ». Cela concerne également les SMUR néonataux/pédiatriques car ce sont souvent les mêmes équipes de médecins.

Les maternités sont également concernées du fait du manque de sages-femmes (Nevers...), de gynécologues-obstétriciens et de médecins anesthésistes réanimateurs, des difficultés des néonatalogistes, obligés de se recentrer vers les activités plus intensives (Orléans, ...).

Dans certains centres (Chinon...), les difficultés des urgences impactent les services comme la maternité (redéploiement) mais c'est souvent le témoin d'un problème plus global.

L'ensemble des enfants, avec des risques vitaux, ayant besoin d'une prise en charge urgente sont en danger . Les nouveau-nés sont les plus à risque, alors que la mortalité infantile remonte en France depuis 10 ans.

Après ce constat, quelles solutions ?

Le malaise des hôpitaux est particulièrement inquiétant dans les domaines de l'enfance. La lourdeur de l'activité, la charge mentale y sont intenses et font partir les plus jeunes soignants, découragent les vocations. Les plus anciens restent parce qu'ils refusent de voir disparaître ce en quoi ils ont cru, alors que certains souffrent de problèmes de santé : nombre de médecins de plus de 60 ans prennent encore des gardes pour que la « ligne tienne » mais pour combien de temps

encore. La plupart sont épuisés et désespérés de cette situation, surtout lorsqu'ils sont plusieurs dans ce cas dans le même service.

Et quand ce ne sont pas des sexagénaires, ce sont des médecins à diplôme hors Union européenne, mal reconnus, mal payés ou des intérimaires quelquefois sur des montages scabreux et qui ont beau jeu de faire monter les enchères.

Chaque nouveau médecin est accueilli comme le messie. Chaque départ est un drame pour l'équipe.

Pour redonner de l'envie aux jeunes, il faut qu'ils puissent travailler dans de bonnes conditions : en respectant les ratios dévolus à la néonatalogie (menacés actuellement), en en créant pour la pédiatrie, les Urgences Pédiatriques, ou en améliorant ceux qui existent.

La mesure la plus immédiatement réalisable et efficace serait de les payer avec des salaires décents, en tenant compte de leurs compétences, de leur engagement, de leur charge mentale, des services rendus à la population.

Si on n'inverse pas rapidement la vague des démotivations et départs, on court à la catastrophe avec des morts, des carrières brisées et une réaction en chaîne de départs encore plus violente !

Emmanuel Cixous, Président du Syndicat National des Pédiatres en Établissement Hospitalier.



L'hôpital public, ce grand désert médical...

Les déserts médicaux ont été un des grands thèmes de campagne présidentielle et législative. En ligne de mire, l'accès aux soins de nos concitoyens, et la promesse du président de la République « un accès à un médecin en 30 minutes » qui est intenable...

La fermeture de services d'urgence, la création d'antennes sans médecin, le développement d'IPA en soins aigus témoignent de la réelle existence de déserts médicaux hospitaliers, et créent de facto une médecine à deux vitesses, au mépris de l'accès à des soins de qualité et sûrs en tout point du territoire, comme le président de la République s'y était pourtant engagé au début de son premier mandat. Les déserts médicaux ont été un des grands thèmes de campagne présidentielle et législative. En ligne de mire, l'accès aux soins de nos concitoyens, et la promesse du président de la République « un accès à un médecin en 30 minutes » qui est intenable... et pousse à changer de braquet, en développant la pratique avancée infirmière (cf. notre lecture de ce dispositif dans le précédent numéro, où nous avons consacré un grand dossier à la pratique avancée infirmière, <https://aph-france.fr/Actu-APH-no11.html> - pages 4 à 15) plutôt qu'avoir une vision à long terme sur les effectifs médicaux.

La préoccupation n'est pas que le territoire, notamment le territoire rural dépouillé de tous ses services publics, ce sont aussi les services de l'hôpital public. Ce n'est pas faute d'avoir mis en garde depuis plus de vingt ans...

Le Centre National de Gestion publie chaque année des statistiques très complètes sur les praticiens hospitaliers.

Deux indicateurs sont pertinents pour évaluer la pénurie médicale hospitalière :

- Le taux de démissions et de disponibilités pour convenance personnelle, qui reflètent en général des départs définitifs vers d'autres modes d'exercice, voire un autre métier
- Le taux de vacance statutaire.

Cette année, un zoom particulier a été fait sur les **disponibilités**. Pourquoi ce chiffre des disponibilités est-il si important ? Parce que les démissions « officielles » des PH sont rares. Cependant, même rares, elles augmentent régulièrement (+ 28 % en cinq ans). Le plus souvent, le départ de l'hôpital public est fait sous le mode d'une demande de disponibilité : ce chiffre a plus que quadruplé en 10 ans. Actuellement, 10,5 % des PH sont en disponibilité, dont 93 % pour « convenance personnelle »... ainsi, plus d'un PH sur 10 ne travaille pas à l'hôpital. Toutes les spécialités sont concernées, avec certaines particulièrement impactées, notamment l'ophtalmologie (21,9 %), la santé au travail (19,6 %) et la gynécologie-obstétrique (18,1 %).

Le taux de vacance statutaire est sujet à discussion.

En effet, il reflète le nombre de postes de PH réellement occupés par des PH (... ou par des PH en disponibilité).

- D'une part, il part du principe que tous les postes nécessaires au fonctionnement des services sont déclarés (c'est-à-dire : qu'un effectif cible est défini, permettant à chaque PH de prendre l'intégralité de ses congés formation, CA, RTT et ne pas avoir de TTA, mais ce n'est jamais le cas !) et que chaque poste vacant est ouvert au recrutement.
- D'autre part, il ne signifie pas que les services sont vides : cette pénurie est compensée, partiellement ou totalement, par des praticiens contractuels.

Un constat sans appel

En revanche, l'évolution de ce taux est intéressante à suivre : comme l'illustre le schéma (ne concernant

Nombre de postes occupés

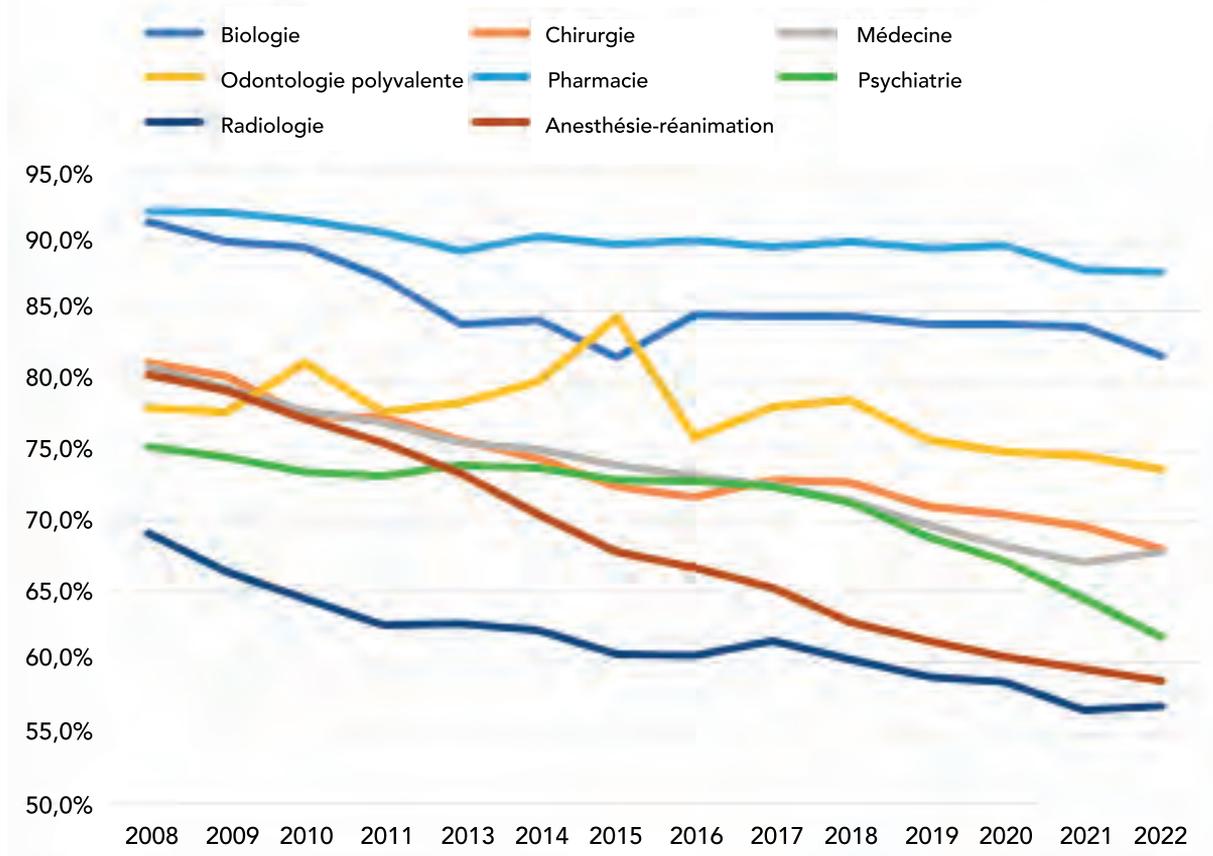


Tableau : Nombre de postes de PH temps plein occupés. * pour la médecine, l'anesthésie-réanimation était intégrée à la composante « médecine » jusqu'en 2021

que les PH temps plein, c'est-à-dire l'immense majorité des PH), le constat est sans appel. Le statut de PH est toujours en perte d'attractivité, et les mesures prises en 2017 (notamment la PECH) et en 2020 (Ségur) n'ont clairement pas eu l'effet escompté les années suivantes.

La réforme du statut de PH (février 2022) et l'ouverture du concours de PH peu après la fin de l'internat permettront-elles d'inverser les courbes ? L'avenir nous le dira rapidement... **mais pour Action Praticien Hôpital, résumer l'attractivité hospita-**

lière à donner la possibilité de pouvoir « mettre du beurre dans les épinards » en sortant de l'hôpital n'est pas satisfaisant : c'est aux conditions de travail à l'hôpital, au temps de travail, à la permanence des soins qu'il faut s'attaquer... et à la reconnaissance du travail des praticiens : les 4 ans volés aux praticiens hospitaliers sont une erreur morale qu'il conviendrait de réparer très rapidement.

Anne Geffroy-Wernet - SNPHARE, secrétaire générale Avenir Hospitalier

PENSEZ À SUIVRE L'ACTUALITÉ SUR LE SITE d'APH

<https://aph-france.fr/>

Pour s'abonner aux newsletters : <http://eepurl.com/c04mX1>



Suivez-nous sur facebook :
<https://www.facebook.com/Action-Praticien-Hopital-252176902225161/>



Suivez-nous sur Twitter :
[@ActionPratHopit](https://twitter.com/ActionPratHopit)

PADHUE : l'interminable attente !

Le Dr Nefissa Lakhdara est secrétaire générale du SNPADHUE, un syndicat membre d'APH. À travers elle, nous vous racontons l'histoire des PADHUE, et pourquoi leur avenir professionnel est actuellement menacé. En nous racontant son histoire, Nefissa Lakhdara fait écho au quotidien et à la situation de nombreux médecins qui exercent dans nos hôpitaux.

Actu'APH : Pouvez-vous définir ce que sont les PADHUE ?

Dr Nefissa Lakhdara : Les PADHUE sont des praticiens hors diplôme européen. Ils sont médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes et ils ont eu leur premier diplôme dans un pays hors de l'Union européenne, mais leur diplôme n'est pas reconnu pour exercer en France.

Actu'APH : Pouvez-vous nous rappeler la loi du 24 juillet 2019 et nous expliquer le dispositif transitoire d'autorisation d'exercice ?

Dr Nefissa Lakhdara : Dans cette loi, soit « Ma santé 2022 », deux articles concernaient les PADHUE, les articles 70 et 71. Notamment le 70 car il modifiait la procédure de demande d'exercice pérenne qui est appelé EVC, c'est-à-dire les épreuves de vérifications des connaissances. Il visait aussi à apporter une procédure transitoire, la procédure STOCK. Le but de cette procédure était de régulariser sur les acquis des personnes déjà incluses dans le système de santé français. Il fallait pour cela cumuler deux conditions : un critère de présence et un critère d'activité, soit l'équivalent de deux années d'activité entre 2015 et 2020. Ensuite les médecins devaient déposer une demande auprès des ARS, qui l'envoyait ensuite au CNG. Il y a donc un premier examen régional du dossier avant l'examen du CNG. Quant aux pharmaciens, dentistes et sages-femmes, leur demande devait être faite directement au niveau du CNG.

Actu'APH : À combien estimez-vous ce « stock » de PADHUE exerçant actuellement en France ? Et combien de dossiers sont en attente ? Certaines spécialités sont-elles plus concernées par le retard ?

Dr Nefissa Lakhdara : Actuellement, le nombre de personnes qui ont déposé un dossier dans ce cadre s'élève à 4500. 3000 dossiers sont toujours bloqués au niveau des ARS, 1500 sont arrivés au niveau du CNG, mais seulement 800 d'entre eux ont été traités. Dans les dossiers, il y a une majorité de médecins, parmi eux une majorité

en médecine générale, psychiatrie et pédiatrie. Les commissions d'examen, coordonnées par l'ARS, ne sont pas gérées de manière équitable. Pour certaines spécialités, où il y a peu de candidats, les commissions sont trop éloignées dans le temps mais, s'il y en a deux par an, elles arrivent quand même à éponger le stock. Cependant, dans les spécialités pour lesquelles il y a beaucoup de candidats deux commissions par an ne suffisent pas.

Actu'APH : Certains de vos collègues sont au chômage ou séparés de leur famille, pouvez-vous nous expliquer pourquoi ?

Dr Nefissa Lakhdara : Il était écrit que l'autorisation temporaire d'exercice maintenait le PADHUE sur le poste qu'il avait dans le même hôpital, dans le même service et sous le même statut. Quand cela dure un an, ça peut passer mais quand cela dure quatre ans, ce n'est plus possible. Certains PADHUE sont au chômage car leur hôpital n'a pas renouvelé leur contrat, ils ne peuvent pas être recrutés ailleurs car leur autorisation d'exercice ne leur permet de travailler qu'au niveau de l'hôpital où ils exerçaient déjà. La mobilité des PADHUE a été mise de côté au moment où la loi a été prolongée. L'étude de tous les dossiers devait avoir lieu au plus tard le 31 décembre 2021. Lorsque le délai défini par la loi a été prolongé, personne n'a pensé à la condition de mobilité. On se retrouve aujourd'hui avec 1/5^{ème} des dossiers traités, alors que tous les services crient à la pénurie de médecins. C'est incompréhensible.

« La mobilité des PADHUE a été mise de côté ! »

Actu'APH : Pourquoi êtes-vous opposés à un nouveau report de la date du 31 décembre 2022 ?

Dr Nefissa Lakhdara : Il y a déjà eu un report. Les gens ne réalisent pas la situation des PADHUE et des hôpitaux. Aujourd'hui, les services d'urgence sont menacés de fermeture à cause de cette situation également. La situation

mérite qu'on règle le problème, qu'on arrête de maintenir les médecins dans des postes précaires et les empêcher d'accéder à de véritables postes. Les dossiers des médecins attendent d'être traités sur des tables depuis des mois. La moitié des PADHUE sont en *burn out*, ils ne savent pas de quoi demain sera fait, ils attendent depuis des années donc depuis trop longtemps.

Actu'APH : Une suppression de l'étape régionale d'autorisation par les ARS serait-elle une solution d'accélération de la procédure ?

Dr Nefissa Lakhdara : Oui, mais les instances nationales de leur côté doivent également instruire rapidement. Les dossiers n'ont pas à attendre un, deux ou trois ans avant d'être traités. Nous avons prévenu le CNG sur l'ampleur des dossiers à traiter, durant une réunion à la fin de l'année 2019. Le CNG n'a pas eu les moyens de le faire, et tout est fait avec une lenteur incroyable. Les réunions se font en visioconférence actuellement, ce qui facilite les choses, ils pourraient donc vraiment mieux faire. Nous sommes à six mois de la fin de la procédure et on nous dit que l'on pourra être prolongés mais ce n'est pas ce que nous voulons !

Actu'APH : Et les candidats aux épreuves de vérifications des connaissances, pouvez-vous nous expliquer la situation ?

Dr Nefissa Lakhdara : Les EVC c'est le sésame, lorsqu'on les décroche cela signifie qu'on peut souffler. On se dit que l'on va avoir une période probatoire, même si c'est un statut précaire. C'est la 1^{ère} fois qu'ils ont créé une répartition par ordre de mérite et sur choix, mais au jour de la promulgation des résultats, nous nous sommes aperçus que les postes attribués n'étaient pas validants et pas assez nombreux, ça ne correspondait pas à ce que demande la commission nationale d'autorisation d'exercice. La commission a des prérequis, peu importe que vous soyez issu du stock, des EVC, ils lisent un dossier et disent si le candidat peut exercer ou pas. Les lauréats ne sont pas des bouche-trous ! Ils sont déjà spécialistes et viennent pour parfaire leurs compétences et intégrer le système français. Depuis les résultats en février, la priorité est aux personnes qui étaient déjà sur un poste, donc la notion de concours n'existe même plus. C'est ahurissant !

Actu'APH : Suite à votre mouvement du 31 mai 2022, vous avez été reçue par le directeur adjoint du cabinet du ministre de la Santé et des Préventions. Qu'est-il ressorti de cet entretien ?



« On se retrouve aujourd'hui avec 1/5^{ème} des dossiers traités, alors que tous les services crient à la pénurie de médecins »

Dr Nefissa Lakhdara : C'était la première fois que nous rencontrions Monsieur Chafaud. Nous avons proposé des solutions, j'ai expliqué pour ma part que je parlais tous les jours au téléphone avec des médecins en *burn out*, certains ne savent même pas où sont leurs dossiers. Les ARS sont sous l'eau, nous avons dit que nous refusions fermement le report et que nous méritions d'être écoutés. Nous sommes garants de ces médecins en tant que syndicat qui agit depuis 17 ans. Une réunion est prévue avant les vacances d'été, avec promesse de solutions concrètes. Nous ne voulons pas de report, nous ne voulons pas de ce statut précaire, nous voulons que nos dossiers soient traités et qu'on nous donne des réponses claires.

Actu'APH : Que pensez-vous du statut de praticien associé qui vous est proposé ?

Dr Nefissa Lakhdara : C'est une aberration. Ce n'est pas faute d'avoir prévenu. Le CNOM nous a dit que c'était un statut de formation mais les praticiens ne se forment pas seulement dans le service, ils se forment également via l'université. Les commissions nationales d'autorisation d'exercice n'accepteront jamais un dossier qui ne contient pas de diplômes inter-universitaires. Il faudrait que ces PADHUE le fassent sur leurs congés personnels. C'est un statut stérile qui nous empêche d'évoluer. C'est une situation dramatique.

D'après les propos recueillis auprès de Nefissa Lakhdara