



Sujets d'examens

UM, UFR, IPAG, M2, 2019-2020, Semestre 2

Les sujets sont fournis à titre indicatif et ne sauraient engager l'équipe pédagogique sur un type précis de sujet.

MASTER 2 AEPS

17 avril 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Ou

2/ voir texte

La DGOS veut remanier les règles de recrutement des "emplois supérieurs hospitaliers"

Publié le 28/01/20 - 16h33

En plus des postes en chefferie déjà concernés chez les DH et D3S, la DGOS souhaite ouvrir aux contractuels les emplois de directeur adjoint dès lors qu'ils sont fonctionnels.

Chez des syndicats de directeurs remontés par la volonté du Gouvernement, *via* l'article 16 de la loi de transformation de la fonction publique, d'élargir le recours aux contractuels sur ces emplois, notamment dans le versant hospitalier, nul doute que le projet de décret présenté ce 28 janvier par la DGOS risque de faire couler beaucoup d'encre. À mots couverts déjà, la colère monte dans leurs rangs et une riposte unitaire se prépare. Dans ce texte, dont *Hospimedia* a obtenu copie (à télécharger ci-dessous) et apparemment découvert sur le tard par les partenaires sociaux, le ministère des Solidarité et de la Santé détermine d'une part *"les emplois supérieurs hospitaliers"*. Ceux-ci renvoient aux postes de directeur général de CHU-CHR, ainsi qu'aux emplois fonctionnels (ou non) et en chefferie (ou non) de directeur d'hôpital (DH) ou d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (D3S). Il n'est pas fait mention des directeurs de soins (DS). D'autre part, il précise *"les modalités de sélection, de nomination, de classement, d'avancement et de rémunération applicables aux fonctionnaires ou contractuels recrutés sur des emplois de chef d'établissement sanitaire, social, et médico-social et emplois fonctionnels de directeur d'hôpital"*. Le tout avec une entrée en vigueur le 1^{er} avril.

Les prérogatives du CNG renforcées

S'agissant des modalités de sélection, et en dehors des directeurs généraux de CHU-CHR*, la liste des nommés possibles comprend toujours *"les fonctionnaires [...] de la catégorie A et dont l'indice terminal brut est au moins égal à la hors-échelle B ou ayant occupé durant au moins trois ans en position de détachement un ou plusieurs emplois culminant au moins à la hors-échelle B"*. S'y ajoutent entre autres *"les praticiens hospitaliers"*, comme le texte le précise dûment. En sachant que dans l'ensemble, pour tout postulant, il faut pouvoir *"justifier d'au moins six années d'activités professionnelles diversifiées les qualifiant particulièrement pour l'exercice de fonctions supérieures de direction, d'encadrement ou d'expertise"*.

En cas de vacance, l'offre d'emploi doit être élaborée, pour ce qui est des chefs d'établissement, *"en liaison avec le président [...] du conseil de surveillance"*. Le projet de décret s'attèle à préciser le contenu d'une telle offre, les règles de publication et la procédure de recrutement. Par exemple, les candidatures sont à transmettre au Centre

national de gestion (CNG) *"dans un délai de trois semaines à compter de la publication de l'offre [...] En cas d'urgence manifeste, ce délai peut être ramené à quinze jours."* Il revient après à la directrice générale du CNG, actuellement Ève Parier, de vérifier leur recevabilité au regard des dispositions législatives et réglementaires. Et à ce titre, elle peut, *"le cas échéant, écarter toute candidature qui, de manière manifeste, ne correspond pas au profil recherché pour l'emploi à pourvoir [...] au regard notamment des qualifications, des compétences attendues et de l'expérience professionnelle acquise"*.

Une sélection par une *"instance collégiale"*

Ensuite, toute candidature qui n'a pas été rejetée fait l'objet d'*"un examen préalable par une instance collégiale"*, qui *de facto* supprime l'actuel comité de sélection. Sa composition est fixée par la responsable du CNG, qui en assure d'ailleurs l'organisation et le secrétariat, avec un prérequis : compter *"au moins trois personnes"*. Précisément, *"une de ces personnes n'est pas soumise à l'autorité hiérarchique de l'autorité dont relève l'emploi à pourvoir et est choisie en raison de ses compétences dans le domaine des ressources humaines, écrit la DGOS. Une autre de ces personnes occupe ou a occupé des fonctions d'un niveau de responsabilités au moins équivalent à celui de l'emploi à pourvoir."* Et c'est cette même instance qui *in fine* arrête la liste définitive des candidats et la transmet à l'autorité de recrutement.

Concernant les postes de direction fonctionnels, le projet de décret fait en sorte qu'ils soient pourvus par détachement ou contrat *"pour une durée maximale de quatre ans [...] renouvelable dans la limite d'une durée totale d'occupation d'un même emploi de huit ans"*. Ces directeurs peuvent demander à être reconduits *"trois mois au moins avant le terme"* de leur détachement ou contrat, avec une décision notifiée par l'autorité de nomination *"au moins deux mois avant ce terme"*. Et là où jusqu'à présent du CHU à l'Ehpad seules les chefferies (fonctionnelles ou non) pouvaient s'ouvrir aux contractuels, le texte élargit cette possibilité aux adjoints directeurs d'hôpital sur poste fonctionnel. Au passage, la DGOS ne fait plus mention d'un quelconque seuil plafond de postes ouverts aux contractuels (ce taux est actuellement de 10% chez les DH comme les D3S).

Un conseil supérieur le 4 février

Enfin, le texte détaille les règles de renouvellement, d'avancement d'échelon, d'évaluation, de retrait d'emploi dans l'intérêt du service, ou encore de retrait de poste fonctionnel après restructuration ou réorganisation. C'est par exemple le cas par effet boule de neige des directions communes, la classification des emplois fonctionnels demeurant liée à des seuils budgétaires, comme le réaffirme le projet de décret. Suite des débats, qui s'annoncent animés, le 4 février en Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

MASTER 2 AEPS

17 avril 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Le dossier médical partagé

Ou

2/ voir texte

La Cour des comptes relève une prise en charge incomplète de l'obésité

Publié le 12/12/19 - 17h48

L'obésité touche aujourd'hui un Français sur six.

La Cour des comptes a présenté à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale qui l'a saisie en **décembre 2018** son **rapport** sur la prévention et la prise en charge de l'obésité. Elle y fait différents constats, notamment que les pouvoirs publics font monte d'une politique volontariste sur le sujet de l'obésité mais qui reste mal coordonnée. Les différents plans conduits par des ministères (santé, environnement, agriculture) témoignent de cette implication mais génèrent des difficultés de lisibilité et de compréhension, indique la cour. De fait, la cohérence et l'efficacité de l'action publique en est affaiblie. Toutefois, elle relève que le plan Obésité, mis en place en 2010, a permis d'améliorer la prise en charge des patients, qu'il s'agisse des enfants ou des adultes. Pour autant, elle reste limitée.

Prise en charge pédiatrique limitée

En effet, la Cour des comptes note que le repérage et le diagnostic précoce chez l'enfant *"ne sont que partiellement assurés par les services de santé scolaire"*. Les réseaux pédiatriques de prévention, dépistage et prise en charge de l'obésité ont permis de leur côté de promouvoir une prise en charge plus intégrée. Mais ils restent inégalement présents sur le territoire (trois régions notamment n'en disposent pas : Bretagne, Guyane et Hauts-de-France) et ils ne prennent qu'un nombre marginal des enfants qui en relèveraient, *"les files actives étant souvent faibles"*. Et c'est également sans compter *"la fragilité"* de leur financement. La cour ajoute que pour les enfants atteints d'obésité sévère, le recours à la chirurgie bariatrique doit rester *"exceptionnel"*. Or le nombre d'interventions sur les mineurs a continué de croître entre 2008 et 2014, passant de 128 à 145.

Recours excessif à la chirurgie bariatrique

Pour ce qui est de la prise en charge des adultes atteints d'obésité sévère, le constat est plus sévère. La cour pointe le recours excessif à la chirurgie bariatrique. Le nombre des interventions a été multiplié par vingt depuis 1997 et par trois depuis dix ans, avec 57 000 interventions en 2017. Cet essor est principalement porté par le secteur privé à but lucratif (près de 60% des interventions en 2017). En outre, le suivi des patients doit être plus rigoureux pour prévenir les complications, *"fréquentes, et assurer une bonne*

observance du traitement médical, sans laquelle une reprise de poids est souvent rapide". Seuls 14% des patients opérés bénéficiaient en 2017 d'un suivi qualifié de bon à cinq ans. Les différents travaux menés sur le sujet, notamment ceux de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), commencent à être suivis d'effets : entre 2016 et 2017, une baisse des interventions et des séjours est constatée.

Apport des CSO

Les trente-sept centres spécialisés de l'obésité (CSO) ont rempli leurs missions impliquées par le plan Obésité concernant des prises en charge hospitalières complexes. Ils pâtissent cependant de modes d'organisation et de fonctionnement hétérogènes, *"tous n'étant pas en capacité de remplir de la même manière les fonctions qui leur ont été assignées"*. De même, la dotation annuelle de 70 000 € est considérée comme *"insuffisante"*. La feuille de route obésité 2019-2022 prévoit de réviser le cahier des charges de ces centres pour *"réaffirmer leur fonction d'animation et de pilotage de la filière au niveau régional et territorial et en préciser les attendus"*. Cependant, les moyens n'ont pas été précisés. Des travaux devant établir un état des lieux et engager la révision du cahier des charges ont démarré début 2019 pour se terminer au premier trimestre 2020.

Encourager la délégation de tâches

La Cour des comptes appelle dans son rapport à clarifier le cadre tarifaire pour l'hospitalisation de jour. Elle estime qu'il est souhaitable que les travaux en cours, comme sur la refonte de la circulaire frontière engagée par le ministère de la Santé et les fédérations hospitalières, aboutissent *"rapidement"* pour que les hôpitaux de jour dans le parcours de soins puissent être clarifiés. Sur l'ensemble du champ des hospitalisations de médecine, un autre travail est en cours en coordination des centres spécialisés de l'obésité (CSO) pour mettre au point un outil de gradation des formes cliniques des obésités selon leur gravité et leur complexité afin de valider l'activité médicale correspondante. Elle encourage aussi à la délégation de tâches. Des expérimentations sont en cours sur les maladies chroniques et des protocoles de coopération ont été autorisés au niveau hospitalier pour que les infirmiers puissent suivre les patients souffrant d'obésité ayant suivi une chirurgie bariatrique. La prochaine montée en charge des infirmiers de pratique avancée pourrait offrir davantage de possibilités pour améliorer la coordination et la fluidité des parcours, l'éducation thérapeutique et la prise en charge des patients aussi bien en ambulatoire qu'en secteur hospitalier. Leur champ d'intervention gagnerait à être élargi à la prise en charge de l'obésité et prioritairement l'obésité sévère, ajoute la cour.

MASTER 2 AEPS

17 avril 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Les pôles d'activité dans les Etablissements Publics de Santé

Ou

2/ voir texte

La FHP invite l'exécutif à permettre la reprise d'hôpitaux en difficulté par le privé

Publié le 12/12/19 - 17h14

Lors des rencontres annuelles de la FHP, son président, Lamine Gharbi, a plaidé pour que les pouvoirs publics ne s'opposent pas à la reprise par le secteur privé lucratif d'hôpitaux publics en difficulté.

La possibilité de reprise d'hôpitaux en difficulté dans les territoires par le secteur privé lucratif devrait être facilitée par les pouvoirs publics, a estimé ce 12 décembre le président de la FHP, Lamine Gharbi, à l'occasion des rencontres annuelles de la fédération à Paris. *"Vous qui avez l'oreille de l'Élysée, a-t-il glissé au politologue Pascal Perrineau, invité en particulier au titre de son rôle de "garant" durant le grand débat national, il serait bon que vous suggériez [au président de la République] que [le secteur des cliniques privées] soit aidé et accompagné". "Un signe fort serait que le privé puisse reprendre en gestion un hôpital public", a-t-il poursuivi, avant d'être applaudi par la salle.*

L'exemple de Longué-Jumelles

Ceci avec deux conditions que le repreneur privé remplirait, a développé Lamine Gharbi : aucun licenciement et aucun budget supplémentaire. *"Nous arriverions, je pense, à les gérer de manière simple, a-t-il estimé. "Surtout que l'inverse [la reprise d'établissements privés par le secteur public] se produit déjà ; il y a donc une différence d'appréciation [des dossiers par les tutelles] puisque le public a racheté des cliniques qui étaient en difficulté ou qui souhaitaient fusionner avec l'hôpital", a développé le président de la FHP. Ce souhait s'inscrit dans le contexte d'une tentative de reprise — qui a finalement échoué (lire notre [article](#)) — par le groupe privé LNA Santé de l'hôpital gériatrique de Longué-Jumelles situé près de Saumur (Maine-et-Loire).*

À la table ronde suivante, au côté de la sénatrice Catherine Deroche (LR, Maine-et-Loire), Lamine Gharbi est revenu à la charge sur cette idée et sur l'exemple récent de Longué-Jumelles. Il a expliqué qu'il s'agit d'un *"hôpital de proximité de 60 millions d'euros (M€) de budget — ce qui fait rêver car pour le privé c'est déjà une grosse clinique — mais avec 20 M€ de déficit". Le groupe LNA Santé, "que je salue pour leur courage, s'engageait à reprendre le déficit et à apurer les comptes mais ça n'a pas été le choix de la ministre" des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, a déploré le président de la FHP.*

Reprise d'hôpitaux de "proximité ou généraux"

Finalement, la ministre "a donné [l'établissement gériatrique] à l'hôpital public [...], qui ne reprendra pas le déficit ; donc on va continuer dans cette erreur de gestion et dans cette difficulté", a regretté Lamine Gharbi. Mais ce type d'initiative, bien qu'exemple défavorable au secteur privé dans ce cas précis, fera que, "demain, on pourra avoir cette possibilité de reprendre des hôpitaux de proximité ou des hôpitaux généraux", a affirmé le président de la FHP.

Il s'est ensuite entretenu sur plusieurs enjeux des réformes actuelles avec la sénatrice, qui a notamment participé il y a près d'un an à une mission d'information sur l'organisation territoriale de la santé, incluant une évaluation des groupements hospitaliers de territoire (GHT, lire notre [article](#)). Et il est revenu sur l'idée, déjà exprimée par la FHP dans le passé, de créer des GHT privés (lire notre [article](#)). "J'espère que vous nous aiderez en encadrant certaines dérives [des groupements] et en nous permettant d'accéder à la possibilité de créer ces GHT privés. C'est un dossier sensible et d'actualité", a-t-il déclaré. Il a rappelé avoir soutenu au départ la création de ces groupements mais déplorer aujourd'hui ce qui est advenu du dispositif sur plusieurs points.

"Il se passe ce que nous redoutions à plusieurs niveaux, dont l'aide quelquefois éhontée qui est donnée à ces GHT sur les territoires, notamment sur les systèmes d'information ou sur la restructuration", a-t-il développé. Et d'ironiser : "pour caricaturer, ils ont des financements pour se parler". Seconde problématique : les autorisations. Elles seraient données en priorité par les ARS aux GHT sur les territoires au détriment du privé lors des renouvellements. "On sent le glissement [sur ces dossiers] et, pour nous, c'est extrêmement anxiogène car le seul patrimoine que nous avons dans nos structures, au-delà bien sûr de la qualité médicale, ce sont ces autorisations", a alors conclu Lamine Gharbi.

Caroline Cordier, à Paris

[Écrire à l'auteur](#) • [Suivre sur Twitter](#)

Les informations publiées par Hospimedia sont réservées au seul usage de ses abonnés. Pour toute demande de droits de reproduction et de diffusion, contactez Hospimedia (copyright@hospimedia.fr). Plus d'informations sur le copyright et le droit d'auteur appliqués aux contenus publiés par Hospimedia dans la rubrique [droits de reproduction](#).

Vos réactions (2)

Jean-Pierre SZANTO - Le 13/12/2019 à 09h11

Il faudra bichonner les cartes de crédit pour se faire soigner. Le veau d'or renaît de ses cendres au détriment des plus démunis

Raphaël BRIOT - Le 13/12/2019 à 08h49

Les loups sont entrés dans Paris ... (Chanson de Serge Reggiani)

MASTER 2 AEPS

17 avril 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Les coopérations : les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS)

Ou

2/ voir texte

Les sages-femmes s'inquiètent de l'absence de hausse marquée de leurs effectifs

Publié le 20/01/20 - 17h27

La nouvelle réglementation sur les autorisations en périnatalité ne prévoit pas suffisamment de sages-femmes pour, selon ces dernières, garantir la qualité et la sécurité des soins. Elles fustigent une vision limitée à l'économique.

"Quand c'est flou, il y a un loup. Là, nous faisons face à une meute", lance Adrien Gantois, président du Collège national des sages-femmes (CNSF) — le 20 janvier lors des journées sages-femmes de ce même collège — à propos du futur texte régissant les autorisations en périnatalité. La réglementation n'a pas évolué depuis 1998, contrairement à l'exercice de ces professionnels de santé en établissement avec notamment le passage aux 35 heures. Les futurs textes, en cours de finalisation après plusieurs réunions de travail sous l'égide de la DGOS, ne devraient cependant pas inscrire dans le marbre une hausse significative des ratios d'effectifs, contrairement aux espérances du CNSF.

Sortir d'une logique comptable

"Si ces décrets passent en l'état, ils n'assurent pas la sécurité des soins sur les plateaux techniques assurant des activités non programmées. Avec les effectifs que la DGOS nous propose, la sécurité des femmes n'est pas assurée", assène Fabienne Galley-Raulin, l'une des deux représentantes du CNSF lors des réunions avec la DGOS. Le collège a, en collégialité avec les professions médicales impliquées en périnatalité, défini des ratios en fonction du nombre de naissances. Ce document vise également à accompagner la négociation de ces professionnels dans le maintien ou l'évolution du nombre de postes dans un établissement.

Une présence renforcée de sages-femmes permet notamment, selon la littérature scientifique, de diminuer le temps de travail des parturientes et également de restreindre les comorbidités. Un argument que ne semble pas entendre la DGOS mais qui ne laisse pas insensible la députée Marie-Pierre Rixain (LREM, Yvelines). *"Nous sommes aujourd'hui face à un paradoxe. L'exigence et la liberté des femmes de mener leur grossesse comme elles le souhaitent nécessitent un accompagnement des patientes. Cet accompagnement exige une présence des professionnels auprès d'elles. De fait, les professionnels de santé sont en souffrance car ils n'arrivent pas à accompagner comme ils le souhaitent. Il convient de concilier les deux en sortant d'une logique comptable vers une logique de droits des femmes et d'attractivité de la profession",* détaille-t-elle, en assurant qu'elle entend interpeller le Gouvernement sur ce sujet des effectifs.

Des indicateurs plutôt que des ratios

De son côté, la DGOS estime que la qualité n'est pas définie par des ratios, rapporte Sophie Guillaume, présidente d'honneur du CNSF et membre du groupe de travail. Un arrêté visera ainsi à définir des indicateurs de qualité. La Haute Autorité de santé doit lancer ces travaux au cours du premier trimestre, avec une note de cadrage, pour préparer cet arrêté. Des labellisations d'équipes seront également inscrites dans la réglementation. La chirurgie fœtale et l'extrême prématurité figurent parmi ces labels à venir. Néanmoins, les sages-femmes pointent une vision limitée à l'économie de la DGOS. Les demandes du CNSF représentent une hausse de 200 millions d'euros des dépenses.

"Nous proposons entre 40 et 60% de sages-femmes supplémentaires et on nous propose à peine 2%. La volonté n'est encore qu'économique alors que l'hôpital manque d'argent", abonde Caroline Raquin, vice-présidente de l'Organisation nationale syndicale des sages-femmes. Cette organisation réfléchit à la manière de contester le texte du projet de décret lorsqu'il sera soumis à concertation et se questionne sur l'utilité de participer aux réunions. *"Ce texte ne correspond à aucune de nos demandes",* résume Caroline Raquin. Après cette phase de concertation au printemps, la publication de ce décret est attendue pour juillet 2020.

La santé mentale, nouvelle mission ?

La santé mentale des femmes enceintes est susceptible d'être mieux prise en compte par les professionnels comme les pouvoirs publics. L'Alliance francophone pour la santé mentale périnatale s'apprête à interpeller le Gouvernement avec dix mesures. Elles seront détaillées le 23 janvier. Dans le même temps, elle travaille à un recensement des unités de soins ambulatoires et hospitalières assurant une prise en charge de la santé mentale à ce moment de vulnérabilité pour ce public précis. Pour le moment, seulement 1 million d'euros sont fléchés à destination de la psychiatrie périnatale.

Jérôme Robillard

[Écrire à l'auteur](#) • [Suivre sur Twitter](#)

Les informations publiées par Hospimedia sont réservées au seul usage de ses abonnés. Pour toute demande de droits de reproduction et de diffusion, contactez Hospimedia (copyright@hospimedia.fr). Plus d'informations sur le copyright et le droit d'auteur appliqués aux contenus publiés par Hospimedia dans la rubrique [droits de reproduction](#).

Vos réactions (2)

Pascal DELUBAC - Le **21/01/2020** à 09h24

quelles que soient les exigences ,les maternites ne pourront exister qu'a partir de 1500 accouchements a minima,la réflexion doit aussi viser leurs implantations

Jean-Claude STUTZ - Le **21/01/2020** à 09h00

La périnatalité restait l'un des derniers secteurs dans lesquels la population était protégée par des obligations d'effectifs. Remplacer les ratios par des indicateurs de qualité permettra aux établissements de santé d'adapter leurs effectifs à leurs choix ou obligations budgétaires. Ainsi le respect des indicateurs de qualité devient un challenge impossible qui épuise les professionnels, tout en leur faisant porter la responsabilité des manquements inévitables du fait de la surcharge de travail.

Un mécanisme diabolique qui a fait ses preuves dans bien d'autres secteurs de la santé !!

MASTER 2 AEPS

17 avril 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Les coopérations : les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

Ou

2/ voir texte

Les présidents de CME demandent plus de reconnaissance pour leur rôle institutionnel

Publié le 24/10/19 - 17h45

Les présidents de CME souhaitent un rééquilibrage des rôles à tous les échelons de l'organisation hospitalière, y compris au sein des GHT. C'est ce que révèle une nouvelle enquête menée par les conférences des présidents de CME de CH et de CHS. Des médecins à la tête d'hôpitaux ? Ils sont mitigés... voire plutôt contre.

La reconnaissance du rôle institutionnel des praticiens hospitaliers passe par le renforcement de la place du médecin au sein des processus de décision et de la gouvernance des établissements. C'est en tout cas une attente forte du monde médical. En témoigne l'enquête dévoilée ce 23 octobre par les Conférences des présidents de commission médicale d'établissement (CME) de CH et CHS. C'est la deuxième fois que les deux instances mènent une telle enquête (lire l'encadré) et le ressenti des présidents de CME sur la gouvernance actuelle s'avère toujours *"particulièrement négatif"*. *"Les praticiens ont besoin de retrouver le sens de leur exercice professionnel, de se voir affirmer la reconnaissance de leur rôle institutionnel et, enfin, de développer les capacités d'initiative et de décision qui en découlent dans le respect des places de chacun"*, résument les deux conférences.

Repère

Déjà, en 2018, une première enquête révélait que 84% des présidents de CME considéraient leur fonction comme non attractive. Dans la foulée, le président de la République annonçait en septembre vouloir *"remettre le médecin au cœur de la gouvernance"*. Dans cette perspective et en vue de la concertation avant la rédaction des ordonnances sur la gouvernance qui viendront compléter la loi de Santé de 2019, un groupe de travail a été mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Les conférences médicales se sont appuyées sur de nouvelles consultations de leurs membres pour préciser leurs positions. De nouveaux questionnaires ont été réalisés et lancés en juin et juillet derniers : 197 présidents de CME de CH et CHS y ont pris part. *"L'ensemble des régions et des tailles d'établissements sont représentées, avec une répartition globalement équilibrée"*, notent les conférences.

Sur une échelle de 1 à 10, 80% des présidents de CME évaluent en effet inférieur ou égal à 6 leur ressenti sur la gouvernance, avec une médiane à 5. Ils sont 93% à l'estimer inférieur ou égal à 6 pour les groupements hospitaliers de territoire (GHT) avec cette fois une médiane à 4. *"Il en ressort une très forte attente en faveur d'un net renforcement de la gouvernance dans les CH — pour 82% des répondants — et moindre mais très conséquente également pour les GHT, avec 68%"*, détaille l'enquête.

Rééquilibrer l'organisation hospitalière

Par ailleurs, les répondants sont convaincus que ce renforcement devrait jouer un rôle positif majeur non seulement sur la stratégie médicale et l'attractivité mais aussi sur l'implication institutionnelle des médecins, la qualité des soins, la qualité de vie au travail et plus largement le sens du travail. Les taux sont en ce sens très élevés pour les CH et CHS, souvent autour de 90%, et un peu moins pour les GHT, entre 75 et 80%. Ce qui pousse les conférences à demander une gouvernance renforcée, renouvelée et exercée à tous les échelons des établissements.

Les conférences ont interrogé les présidents de CME sur le renforcement de la gouvernance médicale.

Une volonté nette est en effet affichée : celle d'un rééquilibrage des rôles à tous les échelons de l'organisation hospitalière. Ce que les conférences appellent "*un régime de codécision*". 95% des sondés souhaitent un renforcement du rôle des chefs de service et 89% de la délégation des chefs de pôle, tout en gardant "*une cohérence*" entre les deux. De manière quasi unanime (98%), les répondants revendiquent la responsabilité du pilotage de la stratégie médicale ainsi que l'arrêt conjoint, avec le directeur (100%) du projet médical. Cela implique aussi de cosigner le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom), les nominations de responsables de service, chefs de pôles et membres du directoire. Cette volonté est aussi marquée concernant les GHT.

Des règles spécifiques pour la CMG

Malgré leur soutien à la mise en place des GHT, les présidents de CME restent "*très prudents*" quant à la création d'une instance médicale de territoire. Seuls 35% sont contre la création d'une commission médicale de groupement (CMG). Ils demandent en outre à une forte majorité, 58%, que la CMG soit le fruit d'une émanation des CME du groupement. Un tiers, 29%, souhaite même une CMG qui soit une instance propre. Lorsque le CHU est l'établissement support du GHT, les présidents de CME prônent des règles spécifiques, pour 64% d'entre eux. Ils souhaitent clairement dissocier la stratégie hospitalière du GHT de la stratégie du CHU. Tout ne doit donc pas relever de la stratégie commune. Quelles sont les compétences souhaitées ? Prioritairement, le projet médical partagé, pour plus de 90% des sondés. Viennent ensuite les projets territoriaux, la stratégie qualité et soins et la convergence des systèmes d'information.

Dans la répartition des compétences, la priorité est donnée au projet médical partagé.

Pour les répondants, la CMG doit pouvoir se prononcer sur certaines nominations mais *a contrario* ne doit pas être régie par une gestion globalisée des ressources humaines médicales. Quelles compétences des CME seraient déléguées à la CMG ? Plus de 60% considèrent que le projet d'établissement ne doit jamais être délégué et plus de 80% l'organisation interne de l'établissement. En revanche, de manière optionnelle ou obligatoire, la politique qualité, l'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels et les orientations stratégiques semblent plus propices à une délégation. Plus globalement, les présidents de CME demandent à 93% une clarification du processus de décision du comité stratégique.

Cette enquête, au-delà des GHT, a permis de "*tester*" les orientations envisagées dans les groupes de travail menés par la DGOS. Les présidents de CME sont par exemple 93% à demander que la loi reconnaisse réglementairement une co-responsabilité dans la direction. Ils sont d'ailleurs majoritairement contre (65%) la création d'un poste de directeur médical intégré à l'équipe de direction. Quant à la possibilité d'un directeur général médical, l'idée ne fait pas consensus. Seuls 47% sont pour. Ils considèrent plutôt, à 63%, que le président de la CMG devrait devenir directeur du comité stratégique du GHT. C'est d'ailleurs l'une des propositions formulées par les conférences.

Liens et documents associés

- [Les résultats de l'enquête \[PDF\]](#)

Clémence Nayrac

[Écrire à l'auteur](#) • [Suivre sur Twitter](#)

Les informations publiées par Hospimedia sont réservées au seul usage de ses abonnés. Pour toute demande de droits de reproduction et de diffusion, contactez Hospimedia (copyright@hospimedia.fr). Plus d'informations sur le copyright et le droit d'auteur appliqués aux contenus publiés par Hospimedia dans la rubrique [droits de reproduction](#).

Vos réactions (2)

Michel DAVID - Le 25/10/2019 à 11h32

Enquête intéressante, mais il est dommage que les présidents des CME des Établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) qui ont une mission de service public n'aient pas été associés à cette enquête.

Dr Michel DAVID

Praticien hospitalier/Psychiatre des Hôpitaux

Président de la CME de la Fondation Bon Sauveur de la Manche

Stephane GUINARD - Le 25/10/2019 à 09h11

MASTER 2 AEPS

17 avril 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Le directeur d'hôpital

Ou

2/ voir texte

Agnès Buzyn veut trouver de nouveaux moyens pour limiter le recours aux praticiens intérimaires

Publié le 16/05/19 - 16h30

Selon la ministre de la Santé, le décret de 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires "ne suffit pas" à limiter le phénomène de mercenariat qui grève les comptes de certains hôpitaux. Elle réfléchit à de nouveaux leviers.

Dans le cadre du projet de loi de Santé, examiné en séance publique au Palais du Luxembourg à compter du 3 juin, les sénateurs de la commission des affaires sociales ont auditionné pendant près de trois heures le 14 mai la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, et la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Frédérique Vidal.

Au gré des nombreuses questions des élus, pour la plupart inquiets des risques de "déclassement" de certains établissements de santé avec la mise en place des hôpitaux de proximité et la gradation des soins, Agnès Buzyn a ainsi pu aborder, entre autres, la problématique de l'emploi médical temporaire à l'hôpital ou encore la question d'éventuelles futures fusions hospitalières.

Certains hôpitaux "ne jouent pas le jeu"

Fermetures de maternités et de services faute de médecins et/ou d'activité... Ces perspectives nourrissent en effet les inquiétudes des élus qui n'ont pas manqué d'interpeller à de nombreuses reprises Agnès Buzyn sur ce que prépare effectivement la loi. Le sénateur socialiste de Paris, Bernard Jomier, a par exemple plaidé pour une réflexion sur un nouveau maillage des maternités de niveau 1. La ministre a alors réitéré les explications sur les enjeux de sécurité des soins et de démographie médicale, déjà évoqués dans le cadre d'une présentation du futur dispositif national engagement maternité (lire notre [article](#)). *"Sachez que je ne suis pas la ministre qui a rêvé d'arriver pour fermer des maternités [...], malheureusement, nous ne pouvons pas vivre qu'avec des intérimaires"*, a-t-elle souligné.

"Et certains ne répondent même pas au téléphone, j'ai quelques maternités en tête où [ces médecins remplaçants] partent de la maternité avant la fin de la garde", a-t-elle pointé, après avoir évoqué des rémunérations journalières pouvant atteindre 2 500 à 3 000 euros par jour pour certains intérimaires. Et de confier à l'auditoire : *"l'intérim, c'est très compliqué."* Le décret publié fin 2017 (lire notre [article](#)) pour plafonner la rémunération des praticiens intervenant dans les établissements publics de santé dans le cadre d'une mission de travail temporaire *"n'a pas suffi"*, a-t-elle concédé. Il s'agissait de lutter contre un phénomène *"qui grève les budgets"* en réduisant un peu plus les plafonds tous les ans. *"Pour que cela fonctionne, il faut que tous les établissements jouent le jeu. Or le problème*

que j'ai c'est que certains établissements ne jouent pas le jeu", a poursuivi Agnès Buzyn.

Nécessité d'une "régulation plus forte"

En cause, la difficulté de vérifier qui respecte réellement ces plafonds de rémunération. *"Je ne le sais pas et je ne peux pas le savoir"*, a confié la ministre, car il faudrait *"aller regarder les comptes financiers de tous ces établissements qui ne jouent pas le jeu"*. Aujourd'hui, ces intérimaires *"vivent leurs belles heures, puisque la pénurie de médecins est telle que certains renoncent à des postes de praticiens hospitaliers"* pour cette activité temporaire lucrative. *"Il y a une régulation évidemment plus forte à avoir"*, a-t-elle souligné.

La ministre a indiqué qu'elle demande *"régulièrement aux ARS d'être extrêmement vigilantes sur ces établissements qui recourent à l'intérim"*. Mais la difficulté reste que certains hôpitaux *"préfèrent lâcher de façon à permettre le maintien de certaines activités"*. Agnès Buzyn a annoncé qu'elle *"continuera à travailler sur ce sujet"* car visiblement, a-t-elle insisté, le décret *"n'a pas suffi à réguler correctement"* le recours à ces praticiens. D'autre part, le sénateur socialiste de l'Aisne, Yves Daudigny, a demandé à la ministre si le *"temps deux"* des groupements hospitaliers de territoire (GHT) prévu dans le texte n'est pas en fait juste *"une étape"* vers des fusions et des suppressions de services, voire d'établissements.

Pas de fusions hospitalières "à marche forcée"

"Non. Pour l'instant, je pense que nous ne sommes pas mûrs pour la fusion", a-t-elle répondu. Certains établissements *"l'ont souhaité et le font, il y a un droit d'option pour certains services et compétences"* mais cette possibilité de fusionner n'est pas obligatoire, a-t-elle rappelé. *"Je crois vraiment qu'il faut une dynamique humaine favorable, parce que des fusions à marche forcée avec des équipes qui ne s'entendent pas, n'ont pas de projet, on va à la catastrophe"*, a développé Agnès Buzyn.

Pour autant, elle *"pense que les établissements qui ont fusionné et réussi à mutualiser leurs compétences médicales permettent plus facilement de maintenir une offre de soins de proximité"*, grâce aux consultations avancées notamment. *"Je trouve que [les hôpitaux] qui ont mutualisé par exemple leurs services d'urgences ou leurs obstétriciens pour maintenir des maternités de proximité, c'est vraiment une avancée considérable"*, a-t-elle poursuivi. Mais elle *"ne forcera pas les établissements à le faire, parce que certains sont loin d'être prêts pour cela"*.

Quid de la première année de médecine ?

Beaucoup de questions des sénateurs ont porté sur la réforme des études de santé, notamment ce qui va remplacer la première année commune aux études de santé (Paces),

avec la suppression du *numerus clausus*. Frédéric Vidal a notamment indiqué que les facultés de médecine sont actuellement "*en train de discuter pour savoir comment se mettent en place les épreuves*" de sélection, "*avec possiblement une première liste d'admissibilité puis une liste d'admission*". Cela évitera de faire passer plus de 50 000 élèves à l'oral, a souligné la ministre. "*Tout ceci est au cœur des concertations que nous sommes en train de faire*", a-t-elle poursuivi, en ajoutant que des moyens supplémentaires transitoires seront alloués aux universités pour accompagner la réforme. Ceux-ci sont "*en train d'être chiffrés par rapport aux besoins qui seront exprimés par les facultés de médecine*".

Caroline Cordier

Écrire à l'auteur • Suivre sur Twitter

Les informations publiées par Hospimedia sont réservées au seul usage de ses abonnés. Pour toute demande de droits de reproduction et de diffusion, contactez Hospimedia (copyright@hospimedia.fr). Plus d'informations sur le copyright et le droit d'auteur appliqués aux contenus publiés par Hospimedia dans la rubrique droits de reproduction.

Vos réactions (5)

Denis VALLADEAU - Le 17/05/2019 à 13h23

Bonjour .

Une nouvelle fois , pourrait-on associer les professionnels de terrain aux discussions interminables et aux pseudo-décisions qui ne changent rien au problème démographique qui devient catastrophique .

Pour ma part l'anesthésie-réanimation que je pratique depuis plus de 30 ans , aussi bien dans le privé que dans le public, est en grand danger dans son ensemble puisque les ressources humaines se font de plus en plus rares , surtout dans les CHU et les CH . Alors oui, en-dehors de l'intérim, l'autre solution va être de fait de fermer (provisoirement?) des structures, des plateaux techniques . Est-ce cela que les pouvoirs publics attendent comme des fruits trop mûrs tombant de l'arbre ??

Et les mois, les années s'égrainent, les ministres passent... les médecins trépassent.

D.VALLADEAU

Farid BENKACI - Le 17/05/2019 à 11h48

Solutions sans faire du blabla :

- revoir significativement et dignement à la hausse (30-50%) la rémunération des praticiens hospitaliers en poste,
- revaloriser leur prime d'exercice public exclusif ou leur permettre des activités professionnelles extérieures,
- alléger leurs tâches administratives

C'est ainsi que les carrières deviendront plus attractives ce qui permettra de stabiliser des équipes sans avoir recours à des "confrères" opportunistes qui n'ont aucune implication

dans la vie de l'établissement et dont le seul but est de se faire un maximum de blé en un minimum de temps.

Hervé DANY - Le 17/05/2019 à 09h52

Je constate dans les commentaires que le fait que certains établissements n'appliquent pas la réglementation sur la rémunération des médecins intérimaires n'indignent pas certains qui se présentent comme des défenseurs exigeants du service public....

Yves JEANGEORGES - Le 17/05/2019 à 09h33

Si vous décidiez d'embaucher les médecins en CDI juste après leur internat sans passer par des années de CDD honteux, cela réglerait une grande partie du problème de recrutement des hôpitaux publics... et par conséquent le recours à l'intérim médical (qui rend malgré tout de sérieux service aussi!)

Christophe PRUDHOMME - Le 17/05/2019 à 08h30

Comment continuer à respecter une Ministre qui accumule les contre-vérités qui confinent aux mensonges, comme c'est une nouvelle fois le cas sur les fusions qui ne seront pas "imposées", alors que sur le terrain c'est tout le contraire avec des opérations de chantage des ARS qui mettent le couteau sur la gorge des instances et des élus pour leur faire accepter la fusion sous la menace de mise sous tutelle des établissements du fait des "déficits" accumulés et sciemment entretenus par défaut de financement.

Rejoindre la discussion

MASTER 2 AEPS

17 avril 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Les rôles respectifs du Conseil de Surveillance et du Directeur dans les Etablissements Publics de Santé

Ou

2/ voir texte

Le CHU de Montpellier entend mieux répondre en 2019 aux enjeux des urgences et des parcours

Publié le 18/01/19 - 14h40

Les grands projets du CHU de Montpellier (Hérault) pour 2019 ont été évoqués le 17 janvier lors des vœux de la direction. Parmi eux, une meilleure réponse au "défi" des urgences et soins critiques et une plus grande fluidité des parcours de soins.

En 2019, il sera nécessaire au CHU de Montpellier (Hérault) de *"relever collectivement le défi des urgences et des soins critiques"*, a déclaré le directeur général (DG) de l'établissement, Thomas Le Ludec, lors de la cérémonie des vœux aux personnels le 17 janvier, selon un communiqué du CHU. Il s'agit de continuer à *"réinterroger et d'améliorer les pratiques au sein des services d'urgences, a-t-il poursuivi, pour faire face, grâce à une équipe encore plus soudée, à une activité sans cesse plus importante"* — cet été notamment, un mouvement de grève illimité programmé sur les sites des urgences Lapeyronie et Gui-de-Chauliac du CHU avait finalement été suspendu, grâce à des renforts de personnels (lire notre [article](#)). Le CHU souhaite également poursuivre son engagement pour créer les conditions, pour chaque patient, d'un *"parcours de santé fluide et sécurisé, intégrant la ville et l'hôpital"*.

Projets de Smur dans l'est occitan et Hérault

Au volet des urgences et soins critiques, la création d'une unité de surveillance continue mutualisée à l'hôpital Lapeyronie, avec des capacités *"accrues"*, permettra de *"faire face aux besoins des patients nécessitant une prise en charge complexe, après un séjour en réanimation ou une intervention chirurgicale"*, a annoncé la direction. D'autre part, le CHU continuera de *"porter avec vigueur la création d'un Smur pédiatrique"*, afin d'améliorer la qualité de prise en charge des jeunes patients sur la partie est de l'Occitanie. Enfin, le projet de création d'un Smur *"dans le cœur d'Hérault"* en relais de l'unité mobile de l'urgence et de la permanence de soins (Umups), *"favorisera, sur ce territoire, l'égalité d'accès de tous les habitants du département à une prise en charge efficace"*, estime-t-elle.

Création d'un pôle digestif inter-GHT

Le développement de *"l'hôpital de parcours"* passera également par un travail en équipe visant à accroître encore en 2019 la coopération avec les hôpitaux du territoire, a expliqué le DG. À titre d'exemple, l'établissement souhaite finaliser, en 2019, la création d'un pôle digestif inter-GHT, dont la finalité sera *"d'organiser une prise en charge graduée des patients, en fonction du niveau de gravité de leurs pathologies, sur un grand territoire incluant l'Hérault, le sud de l'Aveyron et la Lozère"*. Toujours en vue de garantir la fluidité

des parcours, le CHU soutient *"avec ferveur"* deux projets d'IRM supplémentaires, déposés en décembre auprès de l'ARS Occitanie : l'un pour le site de Gui-de-Chauliac, avec une orientation neurologique, et l'autre pour le site de Saint-Éloi, avec une orientation digestive et cancérologique, afin de réduire les délais d'obtention de cet examen.

Le DG a également souligné que *"l'hôpital de parcours, c'est aussi s'assurer que chaque patient soit hospitalisé dans la structure et selon le mode de prise en charge qui répond le mieux à sa situation"*. Par exemple, a-t-il indiqué, un projet de recomposition capacitaire est aujourd'hui porté par le pôle neurosciences tête et cou. Il s'agit de développer *"encore davantage"* les soins ambulatoires, renforcer les capacités de prise en charge des services de soins critiques, et réduire l'hospitalisation classique. De manière plus générale, l'actualisation du schéma directeur de l'établissement *"constituera l'un des grands projets"* de l'année qui vient.

Finalisation du site unique de biologie

La première étape de cette actualisation sera la concrétisation du site unique de biologie. *"Première priorité"* de l'établissement, ce projet devrait être finalisé cette année. Au-delà, le CHU souhaite également poursuivre la modernisation de ses infrastructures, en défendant, auprès des autorités nationales et conjointement avec l'ARS, *"un important projet de construction"* (lire notre [article](#)). Des travaux de rénovation seront engagés au bloc opératoire de gynécologie, ou encore dans l'unité de chirurgie pédiatrique de Lapeyronie. Le nouveau bâtiment des maladies infectieuses et tropicales sera également inauguré au cours du deuxième semestre. Enfin, le regroupement des activités de soins de longue durée sur le site de Bellevue et des activités de soins de suite et de réadaptation sur le site de Balmès se concrétisera.

Dans son projet d'établissement 2018-2022, le CHU s'est également engagé à renforcer ses missions de référence. Il souhaite donc *"être l'un des tout premiers en France"* à proposer en 2019, en dehors d'un protocole de recherche clinique, les Car-T-Cells, un traitement basé sur la reprogrammation de cellules aidant à combattre les cancers hématologiques. L'établissement souhaite aussi développer d'un centre d'excellence pour l'autisme et les troubles du neurodéveloppement.

Au volet de la qualité et de la gestion des risques, il est prévu d'accompagner le déploiement du nouveau portail dédié, pour déployer la méthode du patient traceur *"dans tous les pôles, et ainsi préparer au mieux les prochaines visites de certification prévues au sein du GHT, pour l'année 2020"*. D'autre part, le partenariat engagé par le CHU avec la métropole de Montpellier sera poursuivi, dans le cadre du projet *"Montpellier, Capital Santé"*. *"Ainsi, au printemps, une troisième salle de neuroradiologie interventionnelle ouvrira à l'hôpital Gui-de-Chauliac, grâce au soutien du pacte métropolitain d'innovation (cofinancement État, Métropole, CHU)"*, annonce l'établissement. Enfin, sur le plan universitaire, le CHU *"maintiendra son implication"* dans la réussite du projet Montpellier université d'excellence (Muse).

MASTER 2 AEPS

17 avril 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ La Commission Médicale d'Etablissement et son Président dans les Etablissements Publics de Santé

Ou

2/ voir texte

L'AP-HP expérimentera en 2020 des facilitateurs de la vie quotidienne

Publié le 17/01/20 - 16h39

Martin Hirsch a présenté ses vœux et a souhaité "que l'année 2020 soit nettement meilleure que l'année 2019 pour l'AP-HP et pour toutes celles et tous ceux qui y travaillent, qui en font l'âme, la renommée, la richesse".

Améliorer la qualité et les conditions de vie au travail est une des priorités affichées pour 2020 par l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), a déclaré Martin Hirsch, son directeur général, lors de la traditionnelle cérémonie des vœux le 16 janvier. Grâce à la mesure gouvernementale de soutien aux investissements du quotidien, le CHU francilien disposera d'une enveloppe supplémentaire de 12,7 millions d'euros (M€) qui sera intégralement à la main des responsables médicaux, soit en moyenne une enveloppe de 150 000 € pour 2020 pour chaque département médico-universitaire (DMU), a-t-il indiqué. S'ajoute à cela les moyens du fonds de transformation, annoncé l'an dernier, et doté en 2020 de 30 M€ (issus de la valorisation de l'espace parvis de l'Hôtel-Dieu).

Dès janvier, chaque DMU disposera ainsi d'une enveloppe d'amorçage de 40 000 €, "libres d'emploi", afin de financer les dépenses utiles à la vie du département. *"Des appels à projets permettront de sélectionner les initiatives évaluables, répondant au mieux aux enjeux de qualité de vie au travail et de prise en charge des patients"*, a précisé Martin Hirsch. Celui-ci propose aussi qu'à travers le fonds de transformation puissent être expérimentées des fonctions de facilitateurs de la vie quotidienne ou de logisticiens de DMU. *"Les facilitateurs seraient présents la moitié de leur temps dans les services, la moitié du temps à pouvoir résoudre les problèmes identifiés par les équipes"*, a-t-il expliqué, estimant qu'ils pourraient exercer pour le compte de deux DMU, soit une vingtaine de services. Les logisticiens de DMU pourraient quant à eux, selon le directeur général, *"décharger les équipes de responsabilités logistiques"*. Cinq à dix facilitateurs ou logisticiens pourraient apparaître dans les DMU volontaires et une évaluation au bout d'une année déterminerait si l'initiative doit être reconduite, élargie ou stoppée.

Prime de tutorat étendue

Autre priorité de l'AP-HP, exprimée elle aussi par le nouveau président de la commission médicale d'établissement (CME), le Pr Rémi Salomon dans son discours (lire notre [article](#)) : recruter et fidéliser pour mieux prendre en charge les patients. Martin Hirsch a signalé qu'après un objectif de stabilité de la masse salariale en 2019, le budget 2020 a été construit avec une augmentation de 1,8% soit de plus de 80 M€. La moitié de cette somme permettra d'augmenter les rémunérations et l'autre de recruter environ 600 soignants de plus.

Le CHU compte bien par ailleurs utiliser à plein les mesures annoncées par le Gouvernement :

- multiplier les contrats d'études rémunérés contre engagement à servir ;
- identifier les professions paramédicales en tension qui bénéficieront de la nouvelle prime d'attractivité (*a priori* 500 personnes par an) ;
- permettre à l'ensemble des aides-soignants en gériatrie de bénéficier de la prime de 100 euros par mois (soit 3 400 personnes) ;
- atteindre les 1 000 professionnels participant à des protocoles de coopérations d'ici fin 2020, avec une rémunération de 80 euros net par mois ;
- mettre en place la politique d'intéressement collective dans au moins 20% des services ;
- élargir à d'autres spécialités en tension la prime d'attractivité pour les médecins d'ici la fin du premier trimestre.

En complément, la direction générale a décidé d'étendre significativement la prime de tutorat, déjà expérimentée en 2019. Tous les cadres soignants, soit 2 300 personnes, en bénéficieront en 2020 en reconnaissance de leur rôle majeur dans l'encadrement des stagiaires, a ainsi valorisé Martin Hirsch. Cette prime s'ouvre aussi à 2 000 soignants plus particulièrement impliqués dans le tutorat, sur la base de critères préétablis. Ainsi qu'à ceux qui tutoront les volontaires en service civique.

L'heure est maintenant au déploiement de ces engagements, à leur juste répartition ainsi qu'à leur diffusion, a exprimé Martin Hirsch. D'ailleurs, tous les deux mois, a-t-il ajouté, un point d'avancement de la mise en œuvre de ces mesures et de leur impact, tant au niveau de l'AP-HP que de chaque DMU, sera effectué.

MASTER 2 AEPS

17 avril 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Ou

2/ voir texte

Près de 3,8 millions de Français vivent dans un désert médical

Selon une étude portant sur l'année 2018, les régions les plus touchées sont l'Ile-de-France, le Centre-Val de Loire et les territoires ultramarins.

Affiche à La Chapelle-Launay (Loire-Atlantique), le 29 juillet 2019. LOIC VENANCE / AFP

Le « désert médical » français n'en finit pas de s'étendre. En 2018, près de 3,8 millions de Français vivaient dans une zone sous-dotée en médecins généralistes (soit 5,7 % de la population), contre 2,5 millions (3,8 % de la population) quatre ans plus tôt. Ce sont donc près de 1,3 million de Français supplémentaires qui ont rencontré des difficultés d'accès aux soins au cours de cette période, selon une étude publiée vendredi 14 février par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), rattachée au ministère des solidarités et de la santé.

Lire aussi Olivier Lacoste : « Depuis dix ans, l'Etat n'a rien obtenu de tangible contre les déserts médicaux »

Pour mesurer cette évolution, la Drees a mis en regard l'offre et la demande de soins au sein de « *territoires de vie* » afin d'établir un nombre moyen de consultations accessibles par an et par habitant. En 2018, ce nombre – très théorique – était en moyenne de 3,93 consultations, en baisse de 3,3 % par rapport à 2015.

Chiffres préoccupants outre-mer

Les causes de cette dégradation sont connues : une demande de soins en hausse et un temps médical disponible en baisse, les départs à la retraite de généralistes n'étant pas compensés par de nouvelles installations, en raison notamment de nombreux clausus limitant le nombre de médecins formés « *particulièrement faibles* » dans les années 1990. Selon les calculs de l'ordre des médecins publiés en 2016, ce phénomène devait se traduire par « *la perte d'un médecin généraliste sur quatre sur la période 2007-2025* ».

Les régions les plus touchées sont l'Ile-de-France et le Centre-Val de Loire, où respectivement 1,7 million (14,6 % de la population régionale) et 318 000 personnes (12,3 % de la population) vivent dans une zone sous-dense. Dans ces deux régions, le nombre de généralistes a diminué (4,2 % et 5,8 %) entre 2015 et 2018 alors que le nombre d'habitants a, lui, enregistré une hausse.

Les territoires ultramarins affichent eux aussi des chiffres préoccupants. Près de la moitié (44,2 %) de la population de la Guyane, soit environ 120 000 personnes, vit dans un désert médical, la dégradation de la situation s'expliquant par une très forte croissance démographique (+ 10,3 %).

Lire aussi A Saint-Claude, dans le Jura, un premier hiver sans la maternité

Jugeant que « *l'accessibilité aux médecins généralistes s'inscrit dans une problématique plus globale d'aménagement du territoire* », la Drees souligne que ces zones qui attirent peu les jeunes médecins ont une croissance démographique « *particulièrement faible* », sont « *peu densément peuplées* » et comportent moins de commerces, d'établissements scolaires ou d'équipements sportifs et culturels. Et, pour couronner le tout, « *la température y est en moyenne plus basse que dans les autres zones* ».

MASTER 2 AEPS

17 avril 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Les différents statuts des personnels médicaux dans les Etablissements
Publics de Santé

Ou

2/ voir texte

Agnès Buzyn réaffirme ses convictions quant aux évolutions du système de santé

Publié le 29/11/19 - 12h24

Budget, collaboration des services, numérique... À l'occasion du 44e congrès de la Fehap, la ministre de la Santé réaffirme ses convictions en matière d'évolution du système de santé et assure son soutien aux professionnels du public comme du privé.

Ses propos se veulent optimistes. La ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn s'est exprimée à l'occasion du 44e congrès de la Fehap qui a réuni huit cents participants à Marseille (Bouches-du-Rhône) les 27 et 28 novembre. *"Nous mettons en œuvre des moyens sans précédent pour rendre l'hôpital plus attractif"*, affirme-t-elle avant de préciser que 150 millions d'euros sont prévus dans l'investissement de matériel et que par ailleurs, 1,5 milliard d'euros sont dédiés à l'hôpital public sur les trois prochaines années. Les attentes des adhérents de la Fehap sont pourtant nombreuses, notamment sur la prise en compte des établissements privés, parmi les nouvelles mesures.

Marie-Sophie Desaulle, la présidente de la fédération, rappelle en effet *"qu'un des grands défis de la Fehap est de changer les pratiques et l'organisation du système de santé pour optimiser les parcours"*. À la tribune, Agnès Buzyn souligne que l'engagement budgétaire pris par le Gouvernement le 20 novembre dernier vise à augmenter les tarifs hospitaliers des secteurs publics et privés, d'au moins 0,2% par an (lire notre [article](#)), d'ici la fin du quinquennat. Selon elle, si les efforts de pertinence sont mis en œuvre, toutes les marges permettront d'augmenter les tarifs de tous les établissements.

Rassurer au travers de l'implication

"C'est inédit, c'est la première fois qu'on détermine des tarifs sur trois ans et cela permet la planification", insiste Agnès Buzyn. Prendre en compte la démographie et les situations locales, décharger les médecins, accentuer la mise en place de protocoles de coopération font également partie des volontés exprimées par la ministre. Outre l'optimisme, le discours se veut aussi rassurant et motivant. *"Beaucoup d'établissements sont surendettés et le Gouvernement s'engage à les soulager d'un tiers de la dette"*, déclare-t-elle. Présente pour la quatrième année consécutive sur l'événement, la ministre s'exprime aussi sur le thème choisi par la fédération : *"La personne actrice de son parcours à l'ère du numérique"*. Elle indique que les professionnels aiment travailler avec l'innovation et compte sur leur collaboration. *"Nous comptons sur la remontée des projets des différents*

acteurs. *Cela nous permettra de préparer le terrain et de prendre des mesures*", explique-t-elle.

Soutien réitéré à l'ensemble des acteurs

La ministre tient à rappeler qu'elle n'omet pas les établissements et services du privé et leur rappelle ouvertement qu'ils sont des acteurs incontournables des politiques sociales. Le thème choisi par la Fehap autour de *"la personne"* lui apparaît comme *"une nouvelle preuve commune de ce que doit être le système de santé à l'avenir"*. Elle dénombre d'ailleurs les enjeux qui découlent de la transformation du système. Considérer l'utilisateur comme un être humain et l'impliquer dans son parcours en font notamment partie. La ministre assure que l'exigence de pertinence du parcours et le virage du numérique sont essentiels. Ses convictions sont fermes.

Le virage numérique, une alternative initiée

En matière de domicile, la Fehap précise qu'elle soutient la stratégie Ma Santé 2022, notamment en matière de prévention et d'accompagnement. *"Il faut mieux privilégier le rôle des services à domicile"*, indique la présidente. La fédération soutient effectivement la mise en place d'hôpitaux de proximité mais sous réserve que le lien avec le secteur médico-social soit assuré. Elle indique par ailleurs que le besoin d'une mobilisation des acteurs de la ville est essentiel. *"La ville, les établissements... tout le monde doit être intégré"*, déclare la présidente. Et la ministre de répondre que cela se fera au moyen du soutien des activités de proximité et du décloisonnement des services pour des parcours globaux. *"Il faut organiser l'offre de premier recours avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)"*, rappelle Agnès Buzyn.

Par ailleurs, ses convictions sont confirmées en matière de numérique. *"Le virage est lancé à très grande vitesse"*, assène-t-elle. Le 1^{er} janvier 2022, chaque citoyen devrait avoir son dossier médical partagé mais, ce qui enthousiasme surtout la ministre, c'est le Health data hub (lire notre [article](#)). *"Cela va permettre de regrouper la totalité des données de santé de l'ensemble de nos concitoyens"*, explique-t-elle avant de préciser que ces données seront anonymes et qu'elles devraient permettre d'aider la recherche et de développer l'intelligence artificielle.

La mise en établissement comme dernier recours

La Fehap souhaite aussi mettre l'accent sur le problème de l'attractivité des métiers. Agnès Buzyn consent et rappelle qu'en ce qui concerne le grand âge et les métiers qui s'y rattachent, les constats sont effrayants, au sein des Ehpad comme au domicile. Elle reconnaît la sinistralité des métiers du secteur. Pour endiguer le problème d'attractivité, la ministre annonce un tour de France de l'apprentissage en 2020. Le maintien à domicile reste en première ligne. *"Notre stratégie doit partir du domicile pour aller vers l'hôpital puis vers les établissements"*, indique-t-elle. La capacité à construire un partenariat renouvelé avec les départements est au centre des préoccupations du Gouvernement. Agnès Buzyn déclare que le rôle des départements doit être centré sur les personnes en perte d'autonomie, en amont de l'arrivée en établissement. Sur la question du financement, le ton est ferme. *"Jamais le financement ne doit être un alibi. Il y a encore de la place pour de grandes avancées sociales dans notre pays"*, assure-t-elle.

Flora Peille, à Marseille

[Écrire à l'auteur](#)

Les informations publiées par Hospimedia sont réservées au seul usage de ses abonnés. Pour toute demande de droits de reproduction et de diffusion, contactez Hospimedia (copyright@hospimedia.fr). Plus d'informations sur le copyright et le droit d'auteur appliqués aux contenus publiés par Hospimedia dans la rubrique [droits de reproduction](#).

Rejoindre la discussion