



MISE EN PLACE DES GHT : *ne laissons pas les présidents de CME et les directeurs décider sans nous !*

Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) se mettent en place rapidement et de manière autoritaire. En effet, si la coopération entre les établissements est une réalité depuis de nombreuses années, les territoires concernés sont de taille et de périmètre variables en fonction des activités concernées.

La loi Touraine poursuit la politique initiée par la loi Bachelot et impose le regroupement des 1 500 établissements publics en moins de 150 GHT. Si dans un certain nombre de cas les territoires sont cohérents, trop souvent ceux-ci sont inadaptés, notamment en terme de taille. Nombreux sont les exemples où il faudra faire plusieurs centaines de kilomètres pour faire le tour de l'ensemble des établissements. Par ailleurs, la spécificité de la psychiatrie n'est pas prise en compte, ce qui est à l'origine de nombreuses protestations qui se sont même traduites dans certains cas par la démission de la CME (Commission Médicale d'Etablissement) ! D'autre part, quand les structures sont de taille équivalente, la question de la désignation de l'établissement-support pose problème.

Dans ce domaine, comme dans celui de la loi travail, l'autoritarisme, le passage en force et le refus du débat démocratique semblent être la marque de ce gouvernement.

Cependant, des résistances sont possibles en utilisant les quelques marges de manœuvre que nous autorise la loi. Si les directeurs généraux d'ARS ont tout pouvoir pour définir les territoires des GHT, une dérogation est possible et doit être utilisée notamment par les hôpitaux psychiatriques. Par ailleurs, la deuxième étape – celle du projet médical partagé – nécessite une implication des médecins. Sans leur participation, les ARS ne peuvent rien faire. C'est ici que nous pouvons et devons intervenir. En effet, si une CME du GHT refuse de participer à ce processus, le projet

médical ne sera pas valide et pourra être contesté juridiquement. Cette étape nécessite un consensus minimal et l'ARS ne peut s'en exempter.

Il est donc primordial de ne pas laisser les présidents de CME et les chefs de pôles discuter seuls des projets médicaux en petits comités. Le risque est grand que les intérêts individuels et particuliers priment au détriment de l'intérêt général et de l'offre de soins pour la population. Il apparaît donc essentiel de demander que les CME se réunissent pour discuter du mandat qui doit être donné au président pour participer à l'élaboration du projet médical partagé.

Par ailleurs, il faut être vigilant face aux tentatives de fusion d'établissements avec une CME commune. Cette évolution concentrerait les pouvoirs dans les mains d'un nombre réduit de praticiens et éloignerait les lieux de décision du terrain.

Il apparaît donc essentiel que l'ensemble des praticiens se mobilisent pour donner leur avis afin de ne pas se retrouver face à un projet médical déjà ficelé, sans aucune possibilité de recours. Les projets médicaux partagés doivent être validés pour le 1^{er} janvier 2017. Le délai est court mais cela nous laisse tout de même du temps pour intervenir et peser sur les décisions.

Dr Christophe Prudhomme
Responsable du Collectif Médecins

SOMMAIRE

Téléradiologie dans les hôpitaux : un progrès sans les hommes ?	p.2 à 4
Développement Professionnel Continu : pour ne pas rester inerte	p.5 à 8
Conflits d'intérêt : il faut faire le ménage !	p.8

► TÉLÉRADIOLOGIE DANS LES HÔPITAUX : UN PROGRÈS SANS LES HOMMES ?

Quelle est la situation actuelle ?

L'imagerie médicale des hôpitaux publics est indispensable pour leur fonctionnement mais on ne peut que déplorer le dysfonctionnement de celle-ci.

Les centres hospitaliers de proximité ont des services d'imagerie médicale sous équipés en matériel d'imagerie et informatique avec un retard chronique en investissements. Il s'agit d'une situation préoccupante remettant en cause les principes de plein exercice des établissements et le maillage territorial qui fut mis en place dans les décennies précédentes.

L'enjeu pour les ARS est d'utiliser les progrès technologiques et l'expérience de la télé-radiologie pour regrouper les services d'imagerie médicale à moindre frais par des « équipes territoriales » afin de compenser l'inégale répartition des compétences et le déficit des effectifs en médecins radiologues.

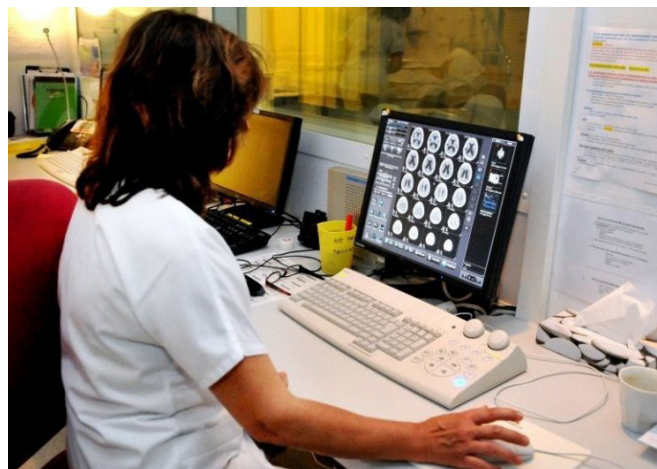
Dans cette vaste opération sous-tendue par l'objectif de diminuer de manière drastique l'offre de soins hospitalière publique, on comprend la finalité des regroupements et des fusions d'établissements. La télé-imagerie pour les dirigeants est une opportunité pour justifier le non-renouvellement des équipements d'imagerie. Le discours officiel réclame « une Révolution nécessaire de l'Hôpital » espérant convaincre les professionnels et la population que ces progrès ne justifient plus les structures hospitalières d'un passé révolu.

La télé-radiologie en tant qu'acte médical doit améliorer l'efficacité et l'efficacité dans la prise en charge des patients. Elle ne doit pas être détournée de sa véritable fonction, et sa mise en œuvre exige des investissements

Aspect réglementaire de la télé-radiologie

Le décret sur la télémédecine n°2010-1229 du 10 octobre 2010 (1) liés à la promulgation de la loi HPST affirme qu'elle est « ... un acte médical à part entière... et par conséquent... encadré par les règles de déontologie médicale et de bonnes pratiques professionnelles... ».

La charte de télé-radiologie actualisée en décembre (2, <https://drive.google.com/file/>



[d/oBx6nwdFVwKw5UDFwVXF4R25vVjQ/view?pref=2&pli=1](https://drive.google.com/file/d/oBx6nwdFVwKw5UDFwVXF4R25vVjQ/view?pref=2&pli=1)) élaborée par les professionnels de radiologie regroupés dans le « G4 » (Collège des Enseignants de la Radiologie Française - CERF, Société Française de Radiologie - SFR, Syndicat des Radiologues Hospitaliers - SRH et les médecins libéraux - FNMR) en liaison avec le CNOM décline les principes permettant la télé-radiologie.

« Il s'agit, pour le médecin radiologue, d'organiser la réalisation sous son contrôle distant par un manipulateur d'un examen d'imagerie médicale puis de l'interpréter et de rendre compte de son résultat, de la façon la plus similaire possible à ce qu'il aurait fait sur place » **SNITEM et G4 mai 2011** (3).

Ces documents officiels (1-2-3) exigeants quant aux conditions d'exercice de cette activité médicale radiologique supposent des moyens matériels et humains importants qui ne vont pas dans le sens des réductions budgétaires programmées.

La télé-radiologie comprend le télé-diagnostic et la télé-expertise « 2 pratiques complémentaires pour l'exercice habituel du radiologue » (2) :

☒ « La télétransmission sur le plan technique, et la télé-interprétation sur le plan médical ne peuvent pas résumer un acte médical complet de télé-radiologie. »

☒ « La télé-radiologie ne permet pas de justifier l'installation ou le renouvellement d'équipements d'imagerie sans radiologue ». Cette exigence peut justifier la fermeture d'une unité de radiologie sur l'un des sites ou obliger le déplacement d'un ou de plusieurs radiologues pour satisfaire les besoins des services d'hospitalisation. Cette mobilité obligée dilue l'effectif de l'équipe territoriale restreignant l'éventail des modalités

radiologiques offertes aux usagers sur l'ensemble du groupement.

L'activité de télédiagnostic suppose :

- ☒ les équipements pour le transfert des images radiologiques ;
- ☒ les relations interpersonnelles, médecin clinicien demandeur, patient, médecin radiologue réalisateur et le manipulateur en électroradiologie (MER) par téléphonie directe, visiophonie, téléconférence (3).

Le médecin radiologue doit pouvoir analyser la demande, établir le protocole et diriger l'examen en temps réel, analyser les images, interpréter et donner ses conclusions tout en gardant le contact avec l'équipe distante.

« Tout doit être mis en œuvre pour permettre au radiologue qui engage sa responsabilité de communiquer autant que de besoin avec les cliniciens demandeurs, le manipulateur technicien en électroradiologie et le patient éventuellement » (3).

Dans de nombreux sites la réalité est toute autre : le radiologue souhaitant des informations complémentaires appelle le standard hospitalier (attente) qui transfère au service (attente) lequel recherche le médecin clinicien demandeur (attente). On est loin des relations interpersonnelles en continu.

L'activité de télé-expertise :

« ...recherche pour le patient les meilleures ressources humaines » (3) mais elle est très rarement mise en œuvre dans les hôpitaux de proximité par manque de temps (faible effectif médical), de moyens informatiques et de communication avec les autres centres, enfin cette activité ponctuelle n'est pas codifiée.

La téléradiologie doit permettre dans tous les services :

- ☒ la double lecture pour les examens délicats ;
- ☒ l'accès à une médiathèque.

La téléradiologie est une activité à part entière du service d'imagerie au même titre que les autres modalités et devrait disposer d'un personnel dédié, des praticiens investis dans son bon fonctionnement, son évolution, la formation continue du personnel. Ce qui n'est pratiquement jamais le cas.

Après la théorie et les bonnes intentions, qu'en est-il réellement sur les sites?

Pour les directions, le transfert d'image et l'interprétation à distance leur permettent de :

- ☒ *réduire le nombre de médecins radiologues en augmentant le ratio nombre d'examen par médecin radiologue puisqu'il « doit » interpréter à distance ;*
- ☒ *supprimer les astreintes sur chacun des sites fusionnés et conserver une seule ligne budgétaire pour l'unique astreinte par télé-imagerie ;*
- ☒ *supprimer les examens échographiques en horaire de garde par absence du radiologue qui peut rester à domicile ;*
- ☒ *utiliser les services d'offices privées et commerciales pour assurer l'activité médicale de jour et en horaire de garde par télé-imagerie à prix élevé au mépris des praticiens hospitaliers mis en difficulté par le chantage exercé sur eux.*

Pour les médecins, les conséquences sont :

- ☒ *une diminution des salaires par la suppression des astreintes parfois approuvée par certains collègues car les astreintes deviennent pénibles ;*
- ☒ *une pénibilité de l'astreinte unique multisite du fait du volume d'examen à analyser (ce d'autant que la récupération le lendemain pourtant réglementaire n'est pas toujours observée) ;*
- ☒ *des moyens de communication difficiles pour le radiologue et des relations interpersonnelles absentes, voire impossibles ;*
- ☒ *un allongement et une complexification des protocoles d'imagerie résultant d'une prudence du radiologue à distance sans communication véritable et des évolutions médicales dont les recommandations alourdissent les protocoles et augmentent le nombre d'indications d'examen ;*
- ☒ *une impossibilité de réaliser des échographies par téléradiologie.*

Le médecin urgentiste des CH de proximité subit :

- ☒ *l'absence de radiologue à ses côtés en garde ;*
- ☒ *l'attente souvent longue pour obtenir l'examen d'imagerie et les conclusions.*

En définitive :

On déplore que la téléradiologie soit mise au service de la restriction financière et soit pilotée sans partage par les directeurs. Cette mainmise est rendue possible par la complaisance de certains professionnels, certes compétents et dévoués

mais déferents à l'égard des « donneurs d'ordre ». Par ailleurs des praticiens radiologues conscients des enjeux et des solutions sont désabusés et laissent faire.

On peut craindre une difficulté accrue pour attirer de jeunes médecins radiologues.

On peut craindre une prise en charge des patients dégradée.

Nos propositions

La téléradiologie, acte médical de radiologie, constitue une activité à part entière et doit être mise en place dans tous les services d'imagerie médicale publics pour une meilleure coordination des équipes. L'équipe doit être impliquée dans son architecture, son fonctionnement et son évolutivité pour une meilleure prise en charge des patients.

Les gardes par télé-imagerie ne sont pas des variables d'ajustement budgétaire. L'astreinte unique relève de la responsabilité médicale seule. Parfois souhaitée par certains collègues pour des raisons de convenance personnelle, mais la pénibilité avérée et les mauvaises conditions de relations interpersonnelles font craindre une mauvaise prise en charge du patient.

L'organisation des astreintes doit être définie par les équipes médicales en fonction des moyens et des effectifs. La télé-imagerie en garde ne peut être qu'une solution par défaut de médecin radiologue disponible sur le site.

Ne pas éloigner le praticien des patients. Il faut souligner son indispensable présence dans tous les services d'imagerie sur l'ensemble des sites pour répondre aux besoins des populations n'ayant le plus souvent que l'hôpital comme recours.

Ce qui implique de recruter des médecins radiologues et pour cela de rendre la carrière

hospitalière attractive, tant en termes de conditions de travail que de rémunération.

La téléradiologie est indispensable mais pour la pérennité des services d'imagerie de proximité.

Il faut :

- ☒ installer et renouveler scanners, IRM, échographes ;
- ☒ renouveler les matériels de radiologie générale souvent anciens et obsolètes par des tables numériques ;
- ☒ agrandir, redistribuer les locaux en fonction des techniques actuelles ;
- ☒ prévoir des bureaux pour les médecins, des salles d'interprétation, des locaux de consultation contigus aux installations radiologiques afin de voir les patients ;
- ☒ Installer un matériel informatique performant.

Par ailleurs, nommer des directions plus disposées à travailler de concert avec les équipes soignantes et à l'écoute de ces dernières améliorerait le système de soin pour les populations qui attendent beaucoup des hôpitaux de proximité.

En guise de conclusion

Comme vous pouvez le constater, cette question concerne tous les médecins car la radiologie est une activité de support nécessaire à l'exercice de tous les praticiens. Alors que la téléradiologie devrait nous permettre d'améliorer la prise en charge des patients, la logique actuelle sous-tendue par des impératifs financiers, qui s'appuie sur une pénurie organisée de praticiens, risque d'aboutir à l'inverse si nous n'intervenons pas tous de manière solidaire.

Dr Jean-Michel Meck
Radiologue
Hôpital de Fontainebleau



Bulletin de contact et de syndicalisation

Je souhaite prendre contact me syndiquer



NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

Etablissement (nom et adresse) :

Fédération Santé et Action Sociale - Case 538 - 263 rue de Paris 93515 Montreuil CEDEX - ufmiact@sante.cgt.fr - Tél. : 01 55 82 87 57

► DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU : POUR NE PAS RESTER INERTE

...❖ Chaque professionnel de santé, quel que soit son statut (salarié non hospitalier et hospitalier ou libéral), est soumis à une obligation de Développement Professionnel Continu : le DPC.

Nous entrons dans une étape de remise à plat du dispositif de DPC pour l'ensemble des professions et un premier point est proposé ici.

Coté intentions du ministère actuel, le DPC et son document de traçabilité, pour lequel un nouveau cycle de négociation s'ouvre, veut être une brique dans le parcours de formation des personnels médicaux et non médicaux, faisant le lien avec la formation initiale et la formation continue, « connectée » avec le passeport formation et le Compte Personnel d'Activité (Compte Personnel Formation dans le secteur public)

La CGT reste opposée à la conception actuelle du DPC qui est centré sur des objectifs utilitaristes des établissements de santé, utilitarisme qui supprime l'obligation de l'employeur de faire accéder le professionnel à un droit à se former tout au long de sa carrière, y compris par une formation promotionnelle.

D'autre part, le projet du ministère veut attribuer aux ordres professionnels la surveillance de l'exécution des obligations DPC, alors que l'existence même de ces ordres est contesté, et que l'Ordre des médecins comme les autres, seraient rémunérés par les professionnels eux-mêmes.

Voyons le contenu DPC prévu en médecine hospitalière et les réflexions qu'il suscite.

Un peu d'histoire : des EPP au DPC !

Les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) ont été instituées pour les médecins dans la Loi du 13 août 2004. Elles consistaient à analyser leurs pratiques professionnelles en référence à des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Souvent à la remorque des actions d'accréditation HAS des Hôpitaux, ces EPP ont connu des développements aléatoires, dépendant des politiques des acteurs de terrain et du temps alloué ! En 2006, un dispositif de Formation Médicale Continue voit le jour : la loi distribue aux médecins des points en fonction de la fréquentation à des événements, la participation à des publications scientifiques et de la pratique d'EPP. Là aussi, développement aléatoire sans décollage national,

les commissions de contrôle du Conseil de l'Ordre étant restés lettre morte.

Pour le monde médical hospitalier, selon une enquête à l'initiative de syndicats catégoriels de médecins hospitaliers, 80 % des PH ont participé à des actions FMC pour les années 2010 - 2011, pour une somme moyenne de 2360 euros, avec des financements mixtes de l'hôpital, de l'industrie pharmaceutique et sur leurs deniers personnels.

Finalement, un rapport de l'IGAS en 2008 préconisera d'associer la Formation Médicale Continue et l'Évaluation des Pratiques Professionnelles.

Ce qui fut fait via l'article 59 de la Loi HPST en allant au-delà du corps médical.

Une obligation de validation pour chaque professionnel

Le professionnel de santé satisfait à son obligation de DPC dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel. Les modalités sont définies par circulaire de mai 2012.

Ce programme devra respecter les règles suivantes.

- 1. Se conformer aux orientations nationales complétées d'orientations régionales proposées par l'ARS dans le cadre du Plan Régional de Santé (PRS). Le ministre chargé de la santé définit, périodiquement, par arrêté, une liste de ces orientations nationales.*
- 2. Respecter des méthodes validées par la HAS après avis des commissions scientifiques indépendantes (ou celle du Haut Conseil des Professions Paramédicales, pour les paramédicaux).*
- 3. Être mis en œuvre par un organisme de DPC (ODPC) qui aura auparavant été enregistré, puis contrôlé par l'organisme de gestion du dispositif.*

L'obligation de DPC ne peut plus seulement se limiter au suivi d'actions de formation de type présentiel ! Elle associe obligatoirement analyses et évaluations des pratiques professionnelles.

A titre d'exemple, les Revues de Morbi-Mortalité (RMM) avec les équipes soignantes mais aussi, les travaux menés autour des vigilances, du circuit du médicament, les démarches qualité, la lutte contre les infections nosocomiales ainsi que les chemins cliniques sont éligibles au DPC.

Programme de DPC : une partie est déjà pratiquée par certains PH

Une circulaire DGOS de mai 2012 fixe des objectifs à atteindre et des moyens pédagogiques utilisables pour des programmes de formation.

Un programme de DPC associe deux activités articulées entre elles, planifiées :

- ☒ l'analyse des pratiques professionnelles lors d'une activité avec un temps dédié et un référentiel (recommandations, obligations réglementaires) qui a pour but une analyse des pratiques, une restitution des résultats aux professionnels, des objectifs d'actions et un suivi de ces actions ;
- ☒ l'acquisition ou le perfectionnement de compétences, lors d'une activité avec un temps dédié, des objectifs et des supports pédagogiques reposant sur des références actualisées, suivies d'évaluations.

Ces deux activités prévoient un temps d'échange entre les participants au programme et concernant leurs pratiques (difficultés rencontrées).

Les intervenants sont tenus de faire connaître les liens d'intérêt qu'ils entretiennent avec les entreprises.

Enfin, chaque professionnel doit pouvoir assurer la traçabilité de son DPC via l'inscription sur le site « mon DPC ».

Diversité des modalités à disposition des organismes de DPC

Pour construire leurs programmes de DPC les organismes de DPC (ODPC) disposent d'une liste fermée des méthodes, dont certaines sont promises à un grand avenir (citons les simulations, e-learning, maîtrise de stage, etc.). Ainsi, la circulaire propose aux ODPC :

- ☒ les formations présentielles ;
- ☒ les formations à distance (e-learning) ;
- ☒ les formations diplômantes ou certifiantes ;
- ☒ la revue de mortalité et de morbidité (RMM) ;
- ☒ la revue de pertinence ;
- ☒ l'audit clinique, suivi d'indicateurs, registres, observatoires ;
- ☒ l'analyse des parcours de soins (chemin clinique, patients traceurs) ;
- ☒ l'analyse de parcours professionnel : bilan de compétences, sessions de simulation en santé ;
- ☒ « l'approche intégrée à l'exercice professionnel » de type analyse en équipe.

Mais aussi, dans les domaines de l'enseignement et de la recherche :

- ☒ la publication d'articles scientifiques ;
- ☒ la recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité ;
- ☒ la maîtrise de stage.

Comment les programmes DPC sont-ils financés ?

La construction de tels programmes portés d'énormes enjeux sur le plan financier de la formation continue et sur les contenus professionnels.

L'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC) enregistre seul dorénavant, les organismes de DPC. Il a la forme juridique d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) et reste aux seules mains de l'Etat et de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM).

Les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (ex. ANFH – UNIFAF – OPCA PL...) deviennent des « prestataires de service » du ministère et des ARS.

Pour les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens hospitaliers, un pourcentage minimum de 0,75 % de la masse salariale (pour les CHU) et 0,50 % (pour les autres établissements publics de santé), doit être consacré au DPC.

Les médecins hospitaliers dont l'établissement aura confié la gestion de ses fonds DPC à l'ANFH, percevront également des financements complémentaires provenant d'une partie des bénéficiaires de l'industrie pharmaceutique. Chaque PH dispose d'environ 1300 € par an, pour remplir son obligation de DPC.

Pour les professionnels paramédicaux et les sages-femmes hospitaliers, le DPC est financé sur les 3 contributions que les établissements ont l'obligation de consacrer à la formation :

- 2,1 % de la masse salariale : Plan de formation
- 0,2 % : Congé de formation Professionnelle
- 0,6 % : Etudes Promotionnelles

Les établissements publics de santé doivent élaborer un Plan de DPC des professionnels paramédicaux, qui sera intégré dans le plan de formation, sur lequel seront consultés le Comité Technique d'Etablissement (CTE) et la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT).

Pour les établissements de santé privés, le Comité d'Entreprise ou les Délégués du Personnel seront également sollicités pour donner un avis.

En pratique, le DPC a permis dans l'organisation polaire de l'hôpital, un mécanisme de concentration/sélection de l'offre de formation et des dépenses dans les mains des chefs de pôle et des chefs de service. Ce n'est plus un médecin qui s'inscrit individuellement à un congrès de sa spécialité sur les fonds de formation continu de l'hôpital, c'est un crédit limité qui est réparti par le chef de pôle aux chefs de service, avec en conséquence un droit à la formation ni régulier ni opposable.

Quels gardes fous syndicaux en face du dispositif DPC ?

Nous avons vu que l'organisme de DPC ayant mis en œuvre le programme devra délivrer une attestation de participation au professionnel concerné ainsi :

- ☒ qu'à l'employeur chargé de s'assurer du respect de leur obligation pour les paramédicaux salariés ;
- ☒ qu'à l'ARS pour les paramédicaux libéraux dépourvus de structure ordinale ;
- ☒ qu'aux conseils de l'ordre compétents dont ils relèvent pour les paramédicaux ordres (masseurs-kiné, infirmiers et pédicures-podologues), les sages-femmes, les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens.

Si cette obligation n'est pas satisfaite, l'employeur, l'ARS ou la structure ordinale peut théoriquement constituer un cas d'insuffisance professionnelle pour les professionnels libéraux ou ceux dépendant d'un ordre.

En guise de conclusion

La première condition de mise en œuvre est que les directions confrontées à des tensions budgétaires dégagent effectivement les ressources obligatoires pour la mise en œuvre du DPC.

Ces textes construisent un corset encore une fois orienté par l'ARS autour de la formation continue pour la « modernisation » de l'hôpital, comprendre l'accompagnement des mutations, l'accompagnement des outils de l'augmentation d'efficacité dans bien des thèmes, par exemple la comptabilité analytique. Et la mise en place de « garde-fous » de type de ceux visant à l'assurance qualité qui permettent le signalement et le traitement des non conformités.

De notre point de vue syndical, s'agissant des thèmes prioritaires (tableaux publiés périodiquement au JO intitulés « Actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel »), nous sommes loin du droit à la

formation individuelle, tournée vers la promotion individuelle, l'obtention de nouvelles qualifications et la création de passerelles professionnelles pour satisfaire aux besoins d'évolutions individuelles et démographiques.

Le maquis prévisible de la mise en œuvre est tel qu'il appartient à chaque syndicat d'avoir les idées claires sur ce que ce programme permet comme latitude de propositions.

On peut par exemple regarder avec intérêt certaines priorités exprimées (par ex. la priorité 26 : Prévention des risques psychosociaux (RPS) et développement du bien-être au travail, ou la priorité 36 : Formation des tuteurs de stage des étudiants paramédicaux) pour avancer des projets de service ou de pôles ambitieux (promotions de positions d'encadrement, de position de tutorat), ou des projets de reclassements professionnels également ambitieux.

D'autre part, les exigences légales de financement d'un temps de formation explicité sur les plannings et tracé, année après année, sont des points d'appui dont doivent se saisir les salariés, les médecins et leurs syndicats.

Les pièges sont les suivants :

- ☒ la réalisation de formations dans les murs du CH, avec des formateurs internes plus qu'externes ;
- ☒ l'instrumentalisation vers le glissement des compétences ;
- ☒ le défaut de reconnaissance salariale ;
- ☒ l'habillage formaliste à l'occasion de simples réunions d'information d'intérêts particuliers, sont des travers que nous connaissons d'avance et doivent nous faire rester exigeants.

Citons le Dr Weber, directrice de l'OGDPC avant la mise en place de la réforme prévue pour juillet 2016 : « *Il faut savoir aujourd'hui que les commissions scientifiques indépendantes évaluent défavorablement la moitié des organismes de DPC* ». « *À mon sens, il faut que l'on recentre bien le DPC sur son objectif de qualité et de sécurité des soins : que les programmes soient basés sur de vrais contenus scientifiques ; que les méthodes HAS (Haute autorité de santé, NDLR) soient bien prises en compte... Une formation en management du cabinet ne relève par exemple peut-être pas du DPC. Mais cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas faire des formations sur le management. On a eu des programmes de DPC qui sont partis un peu dans tous les sens. Définir plus spécifiquement les programmes permettra d'aller vers davantage de qualité* ».

Le contexte de la RGPP (missions de service public confiées à des structures privées) n'incite pas à l'angélisme face à un programme avant tout utilitaire.

Début 2016, dans la loi santé qui oblige à la création de Groupement Hospitaliers de Territoires (GHT), « *l'établissement support assure pour le compte des Etablissements partie au groupement la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale, et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels* ».

Cela constitue un nouvel enjeu pour nos syndicats. Face aux besoins de passerelles et de formations qualifiantes et reconnues pour les professions non médicales, les difficultés pour obtenir un droit réel à la formation, y compris promotionnelle, sera encore augmentée par la difficulté à se faire entendre, comme syndicat à l'intérieur des établissements ou encore comme établissement à l'intérieur des GHT, qu'il s'agisse des professions non médicales ou des professions médicales.

Au sein des GHT, aucune obligation de définition d'un projet social de formation n'est aujourd'hui prévue par la loi.

Curieuse impasse ou espaces à conquérir dans lesquels nous voulons nous inviter, professions non médicales comme médicales, alors que les financements larges sont théoriquement budgétés de par la loi dans le secteur public comme dans le secteur privé. Mais il est apparu récemment que les sommes allouées n'étaient pas intégralement consommées.

L'écoute des besoins individuels de formation et de promotion apparaissent bien comme l'épine dorsale de l'évolution des pratiques des personnels de tout établissement face à l'évolution rapide des prises en charge des patients et de la science médicale elle-même.

*Dr Eric Tron de Bouchony, CH Saint Nazaire
Philippe Keravec, CH le Mans*

➤ **Conflits d'intérêt : il faut faire le ménage !**

Un récent fait divers qui a révélé les liens pour le moins ambigus qu'entretenait un professeur de médecine avec l'industrie pétrolière a mis en lumière les travers de tout un système. Nous espérons que la réponse qui sera donnée à cette affaire permettra de restaurer l'image de notre profession, dans une période où la santé est vue par certains comme un vaste marché lucratif.

Si les questions de santé publique impliquent la collaboration de multiples acteurs aux intérêts divergents : les soignants, les chercheurs, les industriels, les politiques, etc. Si l'interdépendance de ses acteurs est incontournable. Cela doit se faire démocratiquement, en toute transparence et pour la seule recherche d'une amélioration des soins apportés à la population.

La formation, la recherche médicale ou nos expertises proposées à des tiers nécessitent des moyens financiers. Par choix économique, une partie croissante de ce financement a été trop facilement et sans précautions déléguée à des intérêts privés. Parmi eux, certains y ont vu surtout une occasion d'un lobbying à des fins commerciales.

Les liens de notre profession avec les industriels sont les plus sensibles, d'autant que les enjeux économiques sont souvent considérables. Dans ce domaine, la frontière entre collaboration scientifique et collusion à des fins mercantiles peut être trop facilement franchie.

Faire appel à la seule déontologie des acteurs paraît bien naïf. À la CGT, nous pensons qu'une réflexion de fond doit être posée réunissant les différents protagonistes et à distance des lobbies.

La mise en place d'institutions intermédiaires, transparentes, neutres et démocratiques pour recueillir, réguler et distribuer ses flux d'argent, garantir leur réelle utilité pour l'intérêt commun et promouvoir la diversité des stratégies thérapeutiques serait une des premières pistes à explorer.

*Dr Thierry Dobler
Psychiatre
CHS Les Murets (La Queue-en-Brie)*