



SYNDICAT DES
RADIOLOGUES
HOSPITALIERS

PROJET DE LOI relatif à la santé Analyse du SRH

Nous proposons, d'abord une lecture de certains articles de cette future loi relative à la santé, avec les commentaires du SRH, puis de souligner les articles absents avant de faire en conclusion une analyse plus large de cette loi et de sa vision de la santé et la médecine.

PROJET DE LOI relatif à la santé et commentaires :

Article 11 : l'article institue la création du service territorial de santé au public, outil central de l'organisation des soins à l'échelle des territoires.

Avec ce service, les agences régionales de santé (ARS) mettront en place, à la suite d'un diagnostic partagé sur la situation du territoire, une organisation accessible, lisible et organisée au service des patients dont les parcours de santé nécessitent une coordination complexe. Elle a pour objectif de structurer les soins de proximité et d'organiser les parcours de santé, notamment pour les patients atteints d'une maladie chronique, les personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale et les personnes en situation de perte d'autonomie ou présentant un risque de perte d'autonomie du fait de l'âge ou d'un handicap.

Le service territorial de santé au public reposera sur un engagement collectif - matérialisé par un contrat - des différentes parties prenantes qui s'organisent en vue d'apporter une réponse commune et coordonnée aux difficultés d'accès aux services de santé ou de continuité de ces services sur un territoire identifié. Ce sont les acteurs concernés, au premier chef les acteurs de soins de premier recours, notamment les médecins généralistes et spécialistes de ville, les professionnels libéraux paramédicaux, de même que les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux, qui devront proposer aux agences régionales de santé des organisations pertinentes prenant en compte les expérimentations déjà lancées et les réalités de terrain.

Voici une nouvelle structure technocratique généralisée d'emblée à toute la France sans aucune évaluation préalable... et sans définition de ses moyens.

En imagerie, un embryon de ce type de structure existe depuis longtemps dans le cadre des coopérations (GIE, GCS). La philosophie pourrait être celle du projet professionnel commun, construit par les radiologues autour d'un projet médical commun, voté par l'Assemblée nationale à titre expérimentale (art 33 loi du 10/8/11) et dont le décret d'application n'a jamais été publié par la DGOS.

Dans tous les cas, il reviendra aux professionnels de santé de ville et d'hôpital à la faire fonctionner ; il faut donc que sa gouvernance comprenne des médecins hospitaliers au côté des libéraux, et pas (seulement) des directeurs.

Il semble préférable de commencer par expérimenter dans quelques territoires avant de généraliser au niveau national sur la base du retour d'expérience !



SYNDICAT DES
RADIOLOGUES
HOSPITALIERS

Article 17 : cet article organise la généralisation du tiers-payant pour la médecine de ville.

Pourquoi la limiter à la médecine de ville, nous demandons aussi que les activités ambulatoires hospitalières ainsi que l'activité libérale des PH soit concernées. Rappelons qu'il a fallu attendre plus de 10 ans, pour que le SRH obtienne la possibilité de télétransmission de leurs feuilles de soins, et que dans bien des hôpitaux, les caisses ferment avant les scanners ou les IRM, de sorte que nos patients reçoivent ensuite par la poste une facture exigeant le paiement des actes réalisés tard le soir, ou tôt le matin.

Il ne faut pas non plus, que cela augmente la charge administrative des médecins et donc cette décision suppose une simplification au niveau des caisses, avec un correspondant unique dans chaque département (la CPAM) qui se chargera ensuite de contacter la caisse et la mutuelle pertinente, pour chaque dossier.

Si généralisation du tiers payant il y a, elle ne peut se concevoir sans un engagement réciproque avec par exemple pénalités de retard pour les caisses qui ne règleraient pas à temps.

Article 21 : I. - A titre expérimental et pour une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, peuvent être mis en œuvre des projets pilotes d'accompagnement sanitaire, social et administratif

Domage, que ne soit pas autorisée à nouveau explicitement dans ce cadre, l'expérimentation de projet professionnel commun (PPC) pour un plateau territorial d'imagerie, portée par les radiologues et, votée par le Parlement (article 33 de la Loi Fourcade du 10/8/2011) et enterrée dans l'œuf par l'inertie ou la mauvaise volonté de la DGOS faute d'avoir promulgué en temps utile le décret exigé par la Loi... Quand l'administration refuse d'appliquer la loi, que faire ?

Nous souhaiterions que le domaine des soins, soit inclus dans le périmètre des expérimentations ce qui permettrait, enfin l'expérimentation du PPC.

Il ne faut pas que le statut de PH soit avancé par la DGOS comme le facteur bloquant la mise en place des PPC, car on peut par exemple détacher les PH sur les activités d'intérêt général qui peuvent être contractualisées.

Article 22 : cet article met en œuvre un dispositif d'information du patient sur les coûts de son hospitalisation.

Cet article rend obligatoire, pour tout établissement de santé, la délivrance systématique au patient lors de sa sortie d'une information écrite détaillant le coût global de sa prise en charge, soins et hors soins, comportant en particulier toutes les prestations annexes et la répartition des parts obligatoires, complémentaires et particulières, dès l'entrée pour les séjours hospitaliers.

On rêve... qui croit sérieusement pouvoir exiger de nos systèmes d'information un tel niveau de performance, alors que ceux-ci peinent à produire une facture à chaque passage aux urgences... Combien de scanners et d'IRM ne seront pas budgétés pour financer ce nouveau gadget administratif?... on croyait qu'il n'y avait plus d'argent dans nos hôpitaux.

Si l'idée, est une information pour responsabiliser le patient, on ne comprendrait pas que cette mesure soit limitée à l'hospitalisation et ne soit pas étendue aux actes effectués dans le privé.



Article 24 : « Afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, les bénéficiaires de l'assurance maladie peuvent disposer, dans les conditions et sous les garanties prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1111-8 et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical partagé. Le *dossier médical partagé* est créé sous réserve du consentement exprès de la personne.

« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure la mise en œuvre du dossier médical partagé dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État. »

Après Die Hard, voici DMP 3 le retour... . Quelle est la logique que le principal organisme payeur soit aussi le gardien du secret du dossier médical partagé contenant des données médicales ? Éthiquement cela paraît plus que discutable.

Article 25 : Service public hospitalier

« Art. L. 6112-1. - Le service public hospitalier consiste à assurer à la population l'ensemble des missions propres à tout établissement de santé définies au chapitre I^{er} du présent titre, dans le respect des principes d'égalité d'accueil et de prise en charge, notamment d'accessibilité territoriale et financière, de continuité, d'adaptabilité et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.

« Art. L. 6112-2. - I. - Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui y exercent *garantissent en toutes circonstances* :

« 1° L'accueil de toute personne qui recourt à leurs services, dans des conditions adaptées aux personnes en situation de handicap ou de précarité sociale ;

« 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé dans des conditions prévues par voie réglementaire, ou, à défaut, l'orientation vers un autre établissement de santé ou une autre institution ;

« 3° Un délai de prise en charge raisonnable, en rapport avec l'état de santé du patient ;

« 4° L'égal accès à des soins de qualité ;

« 5° L'absence de facturation au patient de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Ces garanties sont appliquées à l'ensemble des prestations dispensées au patient, y compris lorsque ce dernier est transféré temporairement dans un autre établissement de santé pour certains actes médicaux.

« Le service public hospitalier peut également être assuré par les établissements de santé privés, à leur demande, dès lors qu'ils exercent l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2.

« Art. L. 6112-4. - Dans les établissements de santé n'assurant pas le service public hospitalier, tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2.

C'était une promesse de la Ministre ; voici donc le service public hospitalier recréé, sous la forme d'un bouquet unique d'obligations qui se substitue à la possibilité de choisir « à la carte » parmi les missions de service public. Ces obligations comportent l'absence de facturations de dépassement, pour l'ensemble des prestations, y compris lorsque que le



SYNDICAT DES
RADIOLOGUES
HOSPITALIERS

patient pris en charge est transféré temporairement dans un autre établissement de santé pour certains actes médicaux. On peut être soit pour soit contre les dépassements d'honoraires, mais dans tous les cas, ces dispositions vont structurer en profondeur l'offre de soins et les parcours, en les clivant selon la possibilité, ou pas, des dépassements d'honoraires. L'hôpital ne pourra plus envoyer faire un examen dans un centre pratiquant des dépassements.

Cela paraît peu raisonnable aujourd'hui et risque de dégrader la qualité de la prise en charge des patients dans le cadre du SPH, d'autant que de nombreux réseaux ville hôpital de cancérologie, de périnatalité...) se sont mis en place et devront être dénoncés pour se conformer à cette exigence. Par exemple le CH de Meaux participe à un réseau ville hôpital, où une structure privée de radiothérapie (installée dans les murs d'un hôpital public où l'ARS a fait fermer le service de radiothérapie publique) s'active en secteur 2, mais comme il n'y a pas d'autre structure de radiothérapie en secteur 1 à moins de 50 Km, comment fait-on ?

Quid des GIE ou GCS, où un ou plusieurs des partenaires sont en secteur 2 ?

Et pour l'activité libérale des PH, si cela s'applique aussi, de nombreux départs de l'hôpital sont à craindre... et on reboucle sur la question de l'attractivité des hôpitaux publics et de leurs difficultés à recruter des jeunes médecins, et à garder les meilleurs d'entre eux.

Donc on conforterait ainsi un système à deux vitesses, avec d'une part un service public hospitalier (SPH) supportant toutes les contraintes (PDS, accueil de tous les patients...), mais insuffisamment attractif pour retenir les meilleurs médecins (faibles rémunérations statutaires, conditions d'exercice difficiles ou pénibles, mais obligation de se limiter au secteur 1...) et d'autre part un secteur privé entièrement libre de son organisation, sélectionnant ses activités et ses patients, avec une liberté des tarifs, attractifs pour les médecins... et c'est un gouvernement de gauche qui propose cela ?

Pourquoi pas en l'échange de sa participation au SPH, offrir aux médecins qui participent aux activités hospitalières et/ou à la PDS un avantage tarifaire qui serait pris en charge par l'assurance maladie ?

Article 26 : l'article vise à conduire les établissements publics de santé d'un même territoire à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge partagée avec obligation d'adhésion à un *groupement hospitalier de territoire*.

Ces groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui remplacent les communautés hospitalières, sont responsables de l'élaboration d'un projet médical unique entre les établissements publics de santé d'un même territoire, dans le cadre d'une approche orientée vers la réponse aux besoins de santé de la population et pas seulement de coordination de l'offre de soins. Chaque GHT demeure libre de déterminer des modalités d'organisation et de fonctionnement. Les services et établissements médico-sociaux publics peuvent également participer à ces groupements.

La mise en œuvre de ce projet médical unique suppose une unicité de système d'information, de gestion de l'information médicale, de la qualité et de la sécurité des soins, du circuit médicament et des achats, missions désormais confiés aux GHT.



SYNDICAT DES
RADIOLOGUES
HOSPITALIERS

Et que voici encore une nouvelle strate du millefeuille administratif, avec des directeurs généraux et délégués...Où aurait-on testé cette organisation avant de la généraliser ? Quels sont les résultats attendus ? Restructuration et fermeture de lits, mais même les ARS n'y sont pas arrivées... Quel modèle économique, fusion budgétaire ? T2A modifiée (où en est le groupe de proposition)... Beaucoup d'incertitudes, même si l'idée de coopération hospitalière a une certaine logique

On définit un hôpital support (on peut prévoir des réunions agitées, de multiples interventions politiques des responsables territoriaux, et l'exacerbation des egos...) et on met en place un système d'information unique, on centralise les DIM et les achats et on engage de manière conjointe la certification. De qui se moque-t-on ?

Veut-on transformer le PH de l'établissement A en PH du GHT, ce qui permettrait d'émietter son temps de travail dans tous les établissements du GHT, itou pour les gardes, en sachant que pour certains administratifs bornés, lorsque vous êtes de garde sur place, vous ne devriez pas pouvoir recevoir de rémunérations supplémentaire même pour couvrir la PDS de plusieurs autres établissements. Cette attitude d'esclavagistes du XIXe siècle est inacceptable.

Ici encore on voudrait faire fuir les plus jeunes et les plus compétents on ne s'y prendrait pas autrement !

Article 27 : cet article propose de mieux définir, pour l'ensemble des professions de santé, le contenu de l'obligation de *développement professionnel continu* (DPC).

Oui, à une évolution du DPC, mais dans le cadre du scénario 1 du rapport IGAS, et non d'une reprise administrative du DPC avec la perte de son caractère obligatoire. Les médecins doivent avoir un rôle central dans la gestion de leur DPC.

Article 29 « Titre préliminaire : Exercice en pratique avancée

« Art. L. 4301-1. - *Les auxiliaires médicaux* relevant des titres I^{er} à VII du présent livre peuvent exercer leurs compétences respectives, telles que définies au présent livre, dans le cadre de **pratiques avancées**.

« *L'exercice en pratique avancée est défini par des missions de santé qui peuvent comporter la formulation d'un diagnostic, la réalisation d'une analyse clinique, l'établissement de prescription, ou l'accomplissement d'activité d'orientation ou de prévention. Ces missions sont réalisées dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire du patient.*

Cette attaque du monopole médical est inacceptable. L'exclusivité reconnue au médecin (sauf lorsqu'il choisit de déléguer - à une profession dont le statut le permet cette délégation -de faire des diagnostics ou de décider d'un traitement ne peut pas être ainsi supprimé. Que resterait-il de la médecine ou de la chirurgie ?

Notons qu'il est très facile de corriger cette énorme bévue : il suffit de rajouter au texte du projet d'article L.4301-1, après le terme « comporter », les mots « *par délégation et sous la responsabilité et le contrôle d'un médecin* » ; on en revient à la logique séculaire qui forme la clé de voûte actuelle du droit médical ; supprimer cette condition indispensable et tout s'écroulerait.

Quid de la responsabilité devant les tribunaux (faute détachable ?) et des primes d'assurance pour les contrôleurs et les contrôlés ?



SYNDICAT DES
RADIOLOGUES
HOSPITALIERS

Article 33 : cet article vise à endiguer les dérives de l'intérim médical.

Cette mesure introduit plus de transparence et de rigueur dans le recrutement de praticiens temporaires en plafonnant la rémunération des praticiens qu'un établissement peut être amené à recruter, ainsi que tous les frais afférents à ce recrutement (agences d'intérim notamment). Afin de limiter le recours coûteux à l'intérim, l'article introduit la possibilité de recourir à des médecins hospitaliers volontaires pour effectuer des remplacements, au travers de la création d'une position de praticien remplaçant titulaire, position gérée statutairement par le centre national de gestion (CNG).

Quelle erreur d'analyse ! Le meilleur moyen de traiter ce problème est de restituer l'attractivité de l'hôpital. Si on supprime les remplaçants mercenaires et qu'il n'y a pas de titulaire, qui fera le travail ? Les directeurs, dont le nombre ne fait que croître et embellir ?

Article 47 : Section 1 : Critères de représentativité

« Art. L. 6156-2. - Sont appelées à participer à des négociations avec les autorités compétentes les organisations syndicales des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques disposant d'au moins un siège dans les organismes consultatifs au sein desquels s'exerce la participation des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques, et qui sont déterminées en fonction de l'objet et du niveau de la négociation.

A éclaircir mais à priori, cette nouvelle règle changerait en profondeur les modalités de représentation au sein des établissements. Notons aussi qu'il n'est cependant toujours pas question de permettre aux médecins hospitaliers de participer aux négociations conventionnelles, alors que pourtant, ces négociations décident de tarifs qui s'appliquent dans les hôpitaux publics. Est-il logique que ce ne soient que les libéraux qui les fixent avec l'UNCAM ?

Article 48

2° Les quatrième et cinquième alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Le directeur nomme les chefs de pôle.

« Pour les pôles d'activité clinique ou médicotechnique, le président de la commission médicale d'établissement saisit le directeur d'une proposition. Pour les pôles hospitalo-universitaires, cette proposition émane conjointement du président de la commission médicale d'établissement et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Laisser ce texte en l'état signifierait qu'on a perdu, et qu'ils ont gagné. Encore une promesse pas tenue de corriger les dérives de la Loi HPST. On comprend et on soutient la mobilisation des conférences de présidents de CME de CHU, CH et CHCT.

Article 50 : de simplification et d'harmonisation du droit

L'article habilite le Gouvernement à procéder par ordonnance à la simplification de procédures ou l'harmonisation du droit, avec l'abrogation de plusieurs dispositions devenues obsolètes.



SYNDICAT DES
RADIOLOGUES
HOSPITALIERS

5° Modifier l'article L. 4351-1 du code de la santé publique pour préciser et simplifier les relations du manipulateur d'électroradiologie médicale avec les différents professionnels de santé

Article L4351-1

Est considérée comme exerçant la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale toute personne qui, non médecin, exécute habituellement, sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, des actes professionnels d'électroradiologie médicale, définis par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine. Les manipulateurs d'électroradiologie médicale exercent leur art sur prescription médicale.

L'utilisation des ordonnances est toujours suspecte d'une volonté de fuir le dialogue et de faire passer, en force ou en douce, certaines décisions non consensuelles.

Dans le cadre du conseil professionnel de la radiologie (G4), une évolution de l'article L4351-1, avait été acceptée, à la rigueur, pour permettre, dans certaines conditions, à la loi de ne plus exiger, pour certains actes des manipulateurs d'électroradiologie, « ...la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement ». Mais le G4 est totalement opposé à la suppression inconditionnelle de la notion de « ...responsabilité d'un médecin » qui transformerait la *délégation d'acte* actuelle en *transfert de compétence*, pur et simple... Il est hors de question d'accepter que le manipulateur ne travaille que sur prescription médicale.

PROJET DE LOI relatif à la santé, articles absents :

Malgré 51 articles, nous n'avons pas trouvé au sein de ce projet de loi, d'articles traitant :

- **De l'attractivité de l'hôpital** ; il y a quelques années l'hôpital attirait les meilleurs médecins, il n'y avait pas de postes vacants, mais plutôt des listes d'attentes pour les postes de PH. Aujourd'hui, rappelons qu'en imagerie le taux de vacance de ces postes est de plus de 40%, et que le nombre de médecins à diplôme extra français devient majoritaire. De nombreuses réunions se sont tenues à la DGOS et au Ministère, depuis des années sur ce sujet, majeurs à nos yeux, mais toujours pas de décision. Ah le courage politique...
- **De la possibilité d'évolutions statutaires positives, fut-ce à titre expérimental** ; même lorsque certaines de nos propositions ne coûteraient rien et apporteraient de la souplesse, comme notre proposition de ne plus former qu'un corps de PH (regroupant les actuels TP et TPa, avec une variation possible continue des obligations de 1 à 10 demi-journées, en accord avec le PH et selon l'intérêt du service.
- **Définition du temps de travail** ; toujours le grand flou des demi-journées pouvant faire varier la charge de travail de 35 à 48 h hebdomadaires, la PDS de 14h compté comme 10h (2 demi-journée) au gré du directeur... Il faudrait donc attendre une nouvelle mise en



SYNDICAT DES
RADIOLOGUES
HOSPITALIERS

demeure de la France (ou une condamnation) par la Commission Européenne pour faire avancer le sujet ? Ou faut-il envisager une action juridique pour faire bouger les lignes ?

- **Plan investissement médicaux** ; oui, le gouvernement le reconnaît, maintenir une politique d'investissement médicaux dans le cadre de la T2A avec les ONDAM récents - plus encore pour les futurs - est impossible, mais rien, nada, wallou ! Cela implique de continuer hardiment la dégradation de nos plateaux techniques et donc la qualité et la sécurité des soins à nos patients.

En Conclusion

Ce projet est - sur de nombreux points - **irréaliste** (service territorial de santé, information écrite à la sortie du patient détaillant les coûts de son séjour, service public hospitalier, groupement hospitaliers de territoire), **dogmatique** (exclusion des structures de santé et des médecins réalisant des dépassements d'honoraires du service public hospitalier, que cela soit dans le cadre de médecins hospitaliers exerçant actuellement leur activité libérale, de structure de coopération (GIE, GCS) ou de prestations associées) dangereux et **contre-productif** (renforcement d'une médecine à deux vitesses ; un service public hospitalier (SPH) ayant toutes les contraintes (PDS, accueil de tous les patients...), ne pouvant travailler qu'avec des professionnels en secteur 1 et pas attractifs pour les médecins, et un autre secteur libre de son organisation, sélectionnant ses activités et les patients, avec une liberté des tarifs, bien plus attractifs pour les médecins).

Il est aussi source **d'inquiétude**, par la mise en place de structures nouvelles (service territorial de santé, service public hospitalier, groupement hospitaliers de territoire) technocratiques et abstraites et où le médecin hospitalier va être marginalisé.

Il est enfin **vexatoire** pour les médecins hospitaliers, l'absence de rééquilibrage de la gouvernance hospitalière est à ce titre emblématique. D'autant que dans nos établissements, on constate une dérive de notre administration, qui souhaite toujours plus gérer le corps médical, avec les mêmes techniques que les paramédicaux, pour en faire des « ouvriers spécialisés » de la santé, aussi considérés qu'aux grandes heures de Billancourt. Il ne nous resterait plus que la colère et des grèves dures, pour nous exprimer.

Le plus grave est pour finir et sans conteste la tentative d'implosion des spécificités médicales ; le droit médical actuel reconnaît au médecin l'exclusivité du diagnostic et de la prescription d'un traitement. Les concéder à des non-médecins - sans les soumettre à la condition de délégation, de contrôle et de responsabilité d'un docteur en médecine - serait sans doute un dégât irréparable pour la santé publique et pour notre entier système de santé, considéré encore récemment par l'OMS comme le meilleur du monde... la nuance est si subtile entre « meilleur du monde » et le « meilleur des mondes » : **une mobilisation massive** contre cette loi est indispensable pour remettre les médecins au pilotage de notre système de la santé. Nos administrations ont largement fait la preuve, depuis un demi-siècle, de leur échec et de leur impuissance à garantir tant sa qualité que son efficacité économique...

Reprenons la main avant qu'il n'y ait plus rien à sauver.



SYNDICAT DES
RADIOLOGUES
HOSPITALIERS

PROJET IMAGERIE SRH

- **Création de plateaux d'imagerie mutualisés**, complets et diversifiés (conformément à l'article 33 de la loi Fourcade du 10/8/2010) et d'une autorisation d'activité pour les équipements lourds (et non plus une autorisation des équipements eux-mêmes).
 - **Évolution statutaire des PH**, avec le libre choix d'effectuer de 10% à 100% d'un temps plein.
 - **Permanence des soins**, tout SAU doit avoir une PDS en imagerie, elle doit être partagée (hospitalier et libéraux) et en cas de mutualisation des PDS couvrant plusieurs établissements (utilisation de la téléradiologie) les rémunérations des différents sites doivent être additionnées.
 - **Sortie de la valorisation des actes d'imagerie des GHS**, et création d'une valorisation juste et adaptée au profil des actes, des patients, intégrant des critères de qualité et de pertinence.
 - **Investissements médicaux en imagerie** : en cas d'un sous-investissement en équipement médicaux d'imagerie (<10% du montant du parc annuellement), les règles de la comptabilité publique des établissements de santé devraient prévoir son inscription au passif de l'établissement, au même titre qu'un emprunt, puisque c'est une future dépense que l'on fabrique.
- Il faut aussi renforcer le rôle du radiologue dans le choix des équipements.
- **Radiologie interventionnelle** : assurer son développement et son organisation.

La stratégie nationale de santé ou « *HPST, le retour* »... Veut-on vraiment liquider la médecine et les médecins ? Tout porterait à le croire...

Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, promeut, depuis son arrivée dans son département ministériel, son projet de *Stratégie nationale de santé*, préparé par le rapport d'Alain CORDIER et qui vise- nous dit-on - principalement à réduire les inégalités de santé en dix ans.

Les médecins radiologues des hôpitaux, comme tous les hospitaliers, ressentent et constatent au quotidien ces inégalités qu'ils tentent tous les jours de surmonter, en dépit de difficultés considérables liées à l'inadéquation croissante des moyens qui leurs sont alloués face aux missions ou aux objectifs qui leurs sont assignés. Ils regrettent que leurs préoccupations soient absentes de l'avant projet de loi et qu'au contraire celui-ci renferme des menaces extrêmement préoccupantes pour la médecine en général.



Les lacunes de l'avant projet de loi HPST

Améliorer la situation semble illusoire, tandis que :

- **l'absence de valorisation des actes radiologiques réalisés pour les patients hospitaliers** conduit de nombreux directeurs généraux et directeurs adjoints, parfois aussi présidents de CME ou chefs de pôles, à considérer les structures d'imagerie comme de « centres de coûts », qu'il est alors loisible de dépouiller de ses postes et de ses crédits d'investissements, pour les orienter vers des « secteurs productifs » (lire qui rapportent des GHS) ;
- les renouvellements de nos équipements d'imagerie nous sont donc chichement comptés et n'accompagnent pas le rythme d'accroissement du volume des demandes ni les exigences du progrès médical et des bonnes pratiques, telles que résumées dans le Guide du bon usage des examens d'imagerie ; Chacun sait que dans les hôpitaux publics français, les contraintes budgétaires conduisent nos directeurs à sacrifier, parfois durablement les budgets d'investissements médicaux, assimilés à une variable d'ajustement des comptes hospitaliers. Évidemment, sous-investir durablement, au risque de laisser vieillir le parc installé ; constitue peu à peu une véritable dette, au même titre qu'un emprunt, mais celle ci ne s'exprime pas directement dans les comptes ce qui permet au directeur de présenter des comptes (faussement) équilibrés et parfois toucher une belle prime d'intéressement, avant de fuir l'établissement avant que l'on prenne conscience du sinistre financier...
- la charge de travail pour les médecins radiologues s'est considérablement accrue alors que le travail se complexifiait au rythme de l'apparition effrénée des innovations technologiques de l'imagerie de plus en plus chronophages (échographie, scanner X, IRM, radiologie numérique, imagerie interventionnelle...). La rédaction de SRH-Info offrira un café et une mention d'honneur à celui qui pourrait trouver un seul établissement public dans lequel le ratio (en équivalents temps-pleins, ETP) du nombre de radiologues sur le nombre de prescripteurs d'examens d'imagerie ne s'est pas considérablement dégradé durant les deux dernières décennies.

Radiologues et manipulateurs (-trices) ont pourtant tenté d'accompagner l'accroissement de la demande du public et des correspondants cliniciens, tout autant que de leurs propres exigences qualitatives en adaptant, tant bien que mal, leurs organisations, leurs structures, leurs plannings, et s'escriment jours, nuits et week-end, à l'excès, au détriment de leur santé et de leur vie personnelle et familiale, souvent sans le moindre témoignage de reconnaissance de leurs collègues et encore moins des directeurs d'hôpitaux, ou de la DGOS. Bien au contraire, les reproches pleuvent sur nos têtes, car nous sommes des boucs émissaires bien pratiques, et **le projet de loi reste muet sur les difficultés et les revendications des radiologues**. Il ne reconduit pas l'article 51 de la Loi HPST qui devait permettre d'expérimenter des plateaux d'imagerie territoriaux constitués grâce à des collaborations public-privé et qui n'a pu être appliqué puisque la DGOS n'a pas publié le décret prévu par la loi... Lorsque l'exécutif lui même refuse d'appliquer la loi votée par la représentation populaire, il s'agit d'un déni de démocratie, d'une forfaiture !



Lorsque les risques psycho-sociaux deviennent un outil de restructuration : le syndrome du pompier pyromane

De plus en plus de collègues, mais aussi de directeurs ou de directeurs adjoints d'hôpitaux signalent de véritables pratiques de *harcèlement moral* et de situations de *burn-out* (ou syndrome d'épuisement professionnel), pudiquement regroupés sous l'appellation générique de risques psycho-sociaux. Le Gouvernement actuel, dont notre Ministre affirme vouloir combattre activement ces risques... Dans les faits, ils semblent surtout atteints du '*Syndrome du pompier pyromane*' :

De fait, le *harcèlement moral* se définit par l'accumulation permanente de mesures dévalorisantes et perturbant les conditions de travail au risque d'altérer la santé et de compromettre l'avenir professionnel.

C'est exactement ce que ressentent les médecins hospitaliers devant l'accumulation des contraintes administratives qu'il n'est pas excessif de qualifier de « *harcèlement textuel* ».

Quand au syndrome d'épuisement professionnel, ou *burn-out*, il ne résulte pas seulement d'un excès de travail et de stress (car bien des gens arrivent à s'accommoder peu ou prou de cadences infernales) ; il suppose - aussi et surtout - une sensation de perte de contrôle sur son travail et sur ses conditions d'exercice, d'une déconsidération de son rôle et de ses responsabilités par ses collègues, sa hiérarchie, sa structure, son entreprise ou la société. C'est précisément à nouveau ce que vivent les médecins, de la part de la technocratie hospitalière et notamment des directions décomplexées par la gouvernance à la sauce HPST, qui s'autorisent impunément à traiter leurs adjoints, les médecins et/ou les soignants comme des ouvriers spécialisés de la santé, que l'on pourrait déplacer au bon vouloir des gestionnaires, pour optimiser des indicateurs déshumanisés.

L'avant projet de Loi de santé ne peut que majorer l'impression des médecins que leur travail est volontairement déconsidéré par la Tutelle : non seulement la pression administrative ne se relâche pas, au point que l'expression « simplification réglementaire ou administrative » est littéralement détournée de son sens : il ne s'agit pas de rendre la réglementation plus « simple », mais plus « légère » en supprimant certaines garanties réglementaires. Il serait plus sincère de reconnaître que l'on poursuit la libéralisation engagée par la majorité précédente), comme par exemple dans le cas de la « simplification » proposée de l'article L.4351-1 du CSP qui définit la profession de manipulateur d'électroradiologie :

Le projet de loi propose d'autoriser le gouvernement à supprimer par ordonnance l'expression « *le manipulateur travailler sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin* » pour ne conserver que l'alinéa suivant « *Le manipulateur travaille sur prescription médicale* ».

Le SRH rappelle sa totale opposition - en accord avec les autres composantes du Conseil professionnel de la radiologie ainsi que des autres spécialités médicales qui coopèrent en routine avec des manipulateurs - à cette modification rédactionnelle qui change drastiquement et en profondeur la nature de la relation entre le médecin et le manipulateur : jusqu'ici, le manipulateur est réglementairement autorisé, par sa profession, à effectuer, *par délégation d'un médecin et sous son contrôle*, des actes d'électroradiologie médicale, c'est à dire des actes qui normalement ne peuvent être réalisés que par un médecin. Si l'on supprimait « *sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin* », cela signifierait que les actes d'électroradiologie médicale font désormais partie du rôle propre du manipulateur et que la notion de délégation (que le médecin peut actuellement accorder et/ou reprendre à tout



moment) ne serait plus de mise.

Bien sûr, l'argumentation déployée par les manipulateurs, non sans quelque raison, est que pour certains examens et dans certaines conditions, la « surveillance » du médecin est factuellement virtuelle, voire inexistante, notamment la nuit, ou pour les radios au lit, ou encore lorsque certains médecins arrivent bien après le début de leur vacation de scanner ou d'IRM, et repartent bien avant la fin du programme.

Il ne semble toutefois guère sérieux de vouloir pour ce seul motif, réformer la réglementation, ou la législation au prétexte qu'elle est parfois mal appliquée ; sinon, il faudrait aussi, par exemple, supprimer les impôts au motif que certains particuliers ou certaines entreprises s'affranchissent de les payer...

Toutefois, si les termes « *sous ... la surveillance d'un médecin* » peuvent, par leur connotation désagréable, affecter la sensibilité des manipulateurs¹, il serait acceptable de les remplacer par « *sous... le contrôle* »... en précisant à l'occasion d'une réforme de la partie réglementaire que pour certains actes les plus simples et courants, le 'contrôle' peut se limiter à la vérification de la qualité de l'examen au moment de son interprétation, tandis que pour d'autres, la présence effective d'un médecin susceptible (c'est à dire capable) de contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement reste impérative.

Cependant, il reste parfaitement inacceptable pour les médecins de supprimer l'expression « *sous ...la responsabilité d'un médecin* », destinée à rappeler qu'il s'agit ici d'une délégation d'activité, avec pour conséquence que si le médecin choisit de ne pas faire lui-même son acte et d'en confier la réalisation technique à un manipulateur, l'acte reste néanmoins de sa responsabilité et qu'il doit *assumer* - et donc nécessairement contrôler- ce qui est fait pour son compte.

Que nul n'en doute, le propos n'est certainement pas d'amoindrir la responsabilité, et encore moins de nier la dignité des manipulateurs et manipulatrices. Il est au contraire de ne pas tolérer que la reconnaissance de leur très honorable, utile et nécessaire profession ne s'établisse sur les ruines de celles des médecins, notamment radiologues. Lorsque la DGOS s'engage sur cette voie, il est trop évident qu'il s'agit de nous diviser, de nous opposer pour mieux régner...

Et - plus grave encore - l'article 29 de l'avant-projet de loi

Cette volonté de « casser du médecin », plus précisément de finir de déconsidérer et de dénaturer l'acte médical est encore plus évidente à l'article 29²

¹ Lors des discussions sur ce sujet, notamment au Congrès de Nancy ou au Congrès de Deauville, les manipulateurs ont observé qu'ils étaient la seule profession paramédicale à être ainsi réglementairement « surveillés » par les médecins (lire ici « fliqués » et que cela leur semblait dégradant. La plupart des médecins radiologues n'ont évidemment pas l'intention ni l'impression d'exprimer une quelconque défiance à l'encontre de leurs plus proches collaborateurs, et comprennent au contraire 'surveiller' dans le sens de 'veiller sur'... et c'est bien parce que trop souvent des manipulateurs se sentent abandonnés, délaissés par des radiologues qui oublient ou négligent de veiller sur eux que ce terme de surveiller pose problème.

² **L'article 29 de l'avant-projet de loi** est ainsi rédigé :

« **Article 29** : Au livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, il est créé un titre préliminaire ainsi rédigé :

« **Titre préliminaire : Exercice en pratique avancée**

« **Art. L. 4301-1.** - *Les auxiliaires médicaux* relevant des titres I^{er} à VII du présent livre peuvent exercer leurs compétences respectives, telles que définies au présent livre, dans le cadre de **pratiques avancées**.

« *L'exercice en pratique avancée est défini par des missions de santé qui peuvent comporter la formulation d'un diagnostic, la réalisation d'une analyse clinique, l'établissement de prescription, ou l'accomplissement d'activité d'orientation ou de prévention. Ces missions sont réalisées dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire du patient.*



En supprimant de l'arsenal législatif la seule définition qui définit la singularité et l'exclusivité de l'acte médical, ce qui curieusement se fait historiquement par l'intermédiaire de la disposition pénale réprimant l'exercice illégal de la médecine³.

Le fait d'écrire que désormais, si l'article 29 était adopté en l'état, que des paramédicaux pourront « ...exercer leurs compétences ... dans le cadre de pratiques avancées... (pouvant) ... comporter la formulation d'un diagnostic... l'établissement d'une prescription... » sans spécifier « par délégation et sous la responsabilité et le contrôle d'un médecin » est tout simplement la négation du rôle propre et spécifique des professions médicales (= médecins + dentistes + sages-femmes).

C'est surtout, non seulement une immense erreur, mais encore une faute, puisqu'en réalité il s'agit de faire imposer la clé de voûte de la cathédrale du droit médical à la Française. Loin d'être une « simplification », ou une « avancée », il s'agit d'une formidable reculade historique, avec un rétablissement, en quelque sorte, des officiers de santé du XIX^e siècle⁴. Il est clair que - loin de véritablement moderniser ou simplifier - on s'apprête une fois de plus à déréglementer pour instiller encore plus de *Médecine Low-Cost* - c'est à dire non seulement à bas coût mais aussi de faible valeur- ce qui va évidemment à l'encontre de l'objectif revendiqué par le projet de loi, de réduire les inégalités de santé.

Il s'agit en réalité, tout en prétendant le contraire - d'amplifier et de développer toujours plus la « médecine à deux vitesses » comme lorsque l'on semble vouloir garantir la généralisation du tiers payant... tout en le limitant à la médecine de ville...⁵ : les patients des hôpitaux - pas souvent les plus riches - ne semblent pas devoir bénéficier de cette mesure. La réduction des inégalités semble ici bien facultative...

Devant ces très graves menaces à l'encontre des fondements de la médecine et du droit médical, les articles tant débattus sur la gouvernance hospitalière ou l'absence de réforme de la psychiatrie, semblent autant de chiffons rouges destinés à distraire l'attention des syndicats médicaux - à l'instar de celle du taureau lors d'une corrida pour mieux le poignarder entre les épaules- et nous écarter des véritables enjeux de la Loi en préparation...

Les premières réactions des grandes centrales syndicales, le silence assourdissant de l'Ordre des médecins, la passivité quasi-comateuse de l'Académie de médecine, dont on observe au passage que l'avis ne sera plus nécessaire pour l'étude des décrets relatifs aux pratiques avancées des paramédicaux semblent - pour l'instant - donner raison à la DGOS et à madame Touraine. Mais le feu couve sous la cendre et il se pourrait bien que les

« La nature des missions en pratiques avancées et les modalités et conditions de mise en œuvre sont déterminés par décret en Conseil d'État. »

³ L'exercice illégal de la médecine est défini et réprimé par l'article L.4161 du CSP, qui dispose :

« Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un **diagnostic** ou au **traitement** de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5 ;... »

⁴ Les officiers de santé de l'époque Napoléonienne pouvaient, sans être docteurs en médecine, exercer la médecine dans le département de leur (courte) formation (trois années d'études).

⁵ L'exposé des motifs indique en effet, pour l'article 17 : « cet article organise la généralisation du tiers-payant pour la médecine de ville.... »



SYNDICAT DES
RADIOLOGUES
HOSPITALIERS

médecins finissent par rejeter en bloc l'entier projet de loi et se lancent prochainement, pour faire reculer le Gouvernement, dans une de ces Grandes Grèves médicales dont la France a fait l'économie depuis celles des années 80-90 et qui étaient majoritairement soutenues par la population, puisqu'elle reste attachée à un système de santé naguère qualifié par l'OMS de « meilleur du monde ».

L'exaspération des médecins, notamment les radiologues hospitaliers, est à son comble et il faudra bien plus que des propos lénifiants pour regagner leur confiance.