

Soutenez le SYFMER en cotisant par PayAsso

A l'aube des vacances d'été nous consacrons cette lettre au secteur salarié en explorant les raisons du désenchantement. Une majorité de médecins MPR exercent en tant que salarié, de manière prépondérante en hôpital public, mais nombreux aussi en ESPIC et établissements privés. Nous ne pouvons rester indifférents aux mouvements de grève annoncés à l'hôpital, au problème démographique et à la baisse d'attractivité en général. [Voir données démographiques en MPR.](#)

Pour des raisons complexes une partie des syndicats (APH) appellent à faire la grève **le 3 juillet** et d'autres le **4 juillet** (INPH, SNAM-HP et CMH). Si le SYFMER est associé à l'INPH et appelle de ce fait à [préférer le 4 juillet](#), il laisse bien entendu libre ses membres de suivre à titre individuel telle ou telle intersyndicale de praticiens.

L'impérieuse nécessité d'un choc d'attractivité et de fidélisation

Aujourd'hui, 30 % des postes de PH sont vacants (39% en MPR) et 99 % des établissements connaissent des difficultés de recrutement. C'est un devoir collectif d'améliorer les conditions de travail et la participation aux processus de décision qui nous concernent, de revoir les formations et d'augmenter les rémunérations.

« Près de 15 % des postes de chefs de clinique ne sont pas pourvus en France. Or, ils sont le vivier des HU de demain », affirme Sadek Beloucif président du SNAM-HP. Le différentiel de salaire entre les médecins du public et du privé et la variabilité des conditions de travail mettent tous les secteurs en tension.

Le nombre d'étudiants en médecine devrait passer de 10 000 par an à 12 000 selon le président de la FHF. La qualité de l'encadrement des internes est aussi très importante et leur formation doit être mieux accompagnée. Il est urgent d'augmenter le nombre de MPR formés chaque année pour couvrir les besoins.

Le ministère de la Santé a ouvert en mars une concertation avec les syndicats de PH sur les carrières. Ces négociations sont arrêtées et il faut leur donner des perspectives.

MPR et gouvernance hospitalière. Que faire en contexte de rationnement ?

La MPR n'est pas épargnée par cette crise et le nombre de postes de praticiens vacants dans les établissements est de plus en plus élevé. À l'unisson des intersyndicales, le SYFMER insiste en premier lieu sur la revendication de la reprise d'ancienneté réelle de tous les PH afin de réparer l'injustice du Ségur et la perte de quatre années d'ancienneté pour les praticiens en cours de carrière.

Le précédent rapport Claris était consensuel mais jugé trop « mou » par certains notamment face aux contraintes de gestion qui pèsent sur le **binôme directeur / président de commission médicale d'établissement (CME)**. Quel que soit le secteur, la gouvernance est aujourd'hui plus le problème que la solution : elle ne peut être déconnectée de l'organisation de l'offre de soins et du financement.

Un autre sujet prioritaire en MPR est celui du **management de proximité au niveau des services**, un échelon qu'il faut renforcer. Il faut améliorer la formation au management des médecins car vivre protégé de la gestion en ignorant les contraintes est devenu illusoire. La récente grève des internes rappelle que les **conditions de travail sont aussi importantes que la rémunération**. Reconnaissons la valeur ajoutée de l'acte intellectuel et de la coordination d'équipes spécialisées.

Coopérations interprofessionnelles : dans quel cadre ?

L'incurie de santé instaurée depuis un demi-siècle, par le numerus clausus puis le blocage du secteur 1 en libéral, mais aussi le contexte social, environnemental, territorial, ont engendré les déserts médicaux en ville, l'asphyxie et la désertification des hôpitaux et des inégalités croissantes d'accès aux soins. Nous allons donc vivre et faire vivre aux patients au moins encore une dizaine d'années compliquées. Il est nécessaire de favoriser la coopération interprofessionnelle en développant l'exercice en pratique avancée pour les IPA et pour les professions spécifiques de la réadaptation, en établissement en ville et dans le secteur médico-social.

A la suite des débats sur la loi Rist, le cadre de l'exercice de l'art sans prescription médicale a été réglementé pour les IPA et les kinésithérapeutes (MK) afin de garantir les conditions d'une stratégie médicale coordonnée et du travail en équipe. Ainsi, il sera réservé uniquement à ceux exerçant dans un établissement de santé (secteur salarié), une maison de santé, un centre de santé ou une équipe de soins primaire ou spécialisée, et dans le cadre d'un « *exercice coordonné* » avec les praticiens.

Les parlementaires ont écarté le recours direct aux IPA et MK exerçant au sein de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui couvrent la moitié du territoire. Néanmoins, le texte final a acté une expérimentation dans les CPTS de six départements dont deux d'Outre-mer (durant cinq ans). Pour les orthophonistes en CPTS, « l'accès direct » restera possible.

Pour les MK, le nombre de séances autorisées en accès direct a été limité à huit, au lieu de dix initialement. Dernier garde-fou : l'envoi d'un compte rendu des soins réalisés au médecin traitant du patient et inséré dans son DMP a été garanti.

En secteur salarié comme en ville il est à craindre que la conception des programmes de soins, l'organisation des soins et des interventions de réadaptation échappe aux médecins, sous l'effet de la financiarisation et des plateformes commerciales.

Pour le SYFMER il s'agit de rester très vigilant face à un modèle de démedicalisation des soins primaires qui seraient alors sous la seule responsabilité des paramédicaux.

Sortir du tout T2A ? Oui mais... pour aller vers quoi ?

La tarification à l'activité correspond à 50 % des recettes en moyenne des hôpitaux et cela va s'étendre aux SMR. Trop curative en MCO, en SMR elle reste peu capable de capter les activités pertinentes au regard des besoins de santé (l'usage de la CIF progresse mais trop lentement). Le modèle tarifaire en SMR peine à décrire différentes ses missions (curatives, réadaptation...). Les compartiments complémentaires indispensables sont opaques et peu robustes. Il faut une réelle visibilité dans la programmation budgétaire pour l'hôpital, pour avoir des perspectives à long terme.

D'abord le diagnostic avec les parties prenantes

Contrairement aux postulats du Conseil national de la refondation les diagnostics sont loin d'être connus d'autant que les besoins de réadaptation, de prévention du handicap, d'accompagnement des limitations fonctionnelles en rapport avec le vieillissement et les attentes des usagers ne sont pas connus. La démarche doit mettre tout le monde autour de la table. La territorialisation des politiques de santé n'est pas qu'un mantra. Il faut poursuivre les expérimentations de responsabilité populationnelle qui mettent en synergie les acteurs hospitaliers et libéraux.

Participez à notre action commune en [cotisant au SYFMER](#)