

Ce manifeste est très intéressant et je partage ce qui est y dit.

Néanmoins je voudrais soulever plusieurs questions qui méritent d'être revues sur la base de la « nouvelle donne » préventive, prédictive, participative et personnalisée de la médecine.

Plusieurs questions concernent l'organisation de la fonction du personnel médical dans les CHU. Celle-ci repose toujours en grande partie sur la loi Debré de 1958 élaborée à une époque où la médecine n'avait rien à voir avec ce qu'elle est actuellement. Cette organisation a subi quelques évolutions circonstanciées au cours du temps mais reste globalement immuable dans ses principes qui comportent plusieurs aspects délétères en partie responsables des difficultés organisationnelle et financières du système de soins hospitaliers.

Le premier aspect est l'exercice de la soi-disant « triple mission » des praticiens hospitalo-universitaires. Cette triple mission comporte théoriquement une mission de soins à l'hôpital, une mission d'enseignement à l'université et une mission de recherche dans une structure de recherche habilitée. Ces 3 missions se répartissent, selon la jurisprudence des Doyens de Faculté, en 50% de « temps hospitalier » pour les soins et 50% de « temps universitaire » pour la recherche et l'enseignement. On peut ajouter à cela une 4<sup>e</sup> mission « à la carte » comme l'exercice d'une chefferie de service où un mandat électif dans les instances Hospitalières. Ces 3 voire 4 missions sont à l'évidence impossibles à exercer en même temps. Dans la pratique, l'une des missions est nécessairement privilégiée par rapport aux autres. Le plus souvent il s'agit de la mission de recherche plus valorisante en termes de notoriété nationale et internationale mais qui se fait au détriment des 2 autres missions et notamment de la mission de soins qui devrait-être pourtant la fonction principale du praticien hospitalier. C'est pourquoi il serait temps, près de 70 ans depuis la mise en œuvre de la loi Debré, que le mode d'exercice de ces missions soit repensé. On pourrait pour cela prendre l'exemple de ce qui se fait dans d'autres pays (Canada, USA) où les 3 missions ne sont exercées en même temps mais de façon séquentielle, chacune pour une période de plusieurs années choisie par le praticien.

Le second aspect à revoir est la différenciation des praticiens hospitalier en praticiens hospitalo-universitaires et praticiens hospitaliers purs. Elle crée au sein d'un même établissement hospitalier une catégorie d'élite appelée « *par nature* » à diriger et être à la pointe de l'innovation et des connaissances et une catégorie de médecins de « *seconde zone* » qui ont la même formation et les mêmes qualités que les premiers mais dont le hasard de leur cursus et le manque de chance n'ont pas permis qu'ils intègrent « *la voie royale* ». Une telle différenciation est délétère pour le fonctionnement de l'hôpital. Celui-ci repose en grande partie sur les praticiens hospitaliers dont la seule activité est l'activité de soins. Cela permet aux Hospitalo-universitaires d'assurer comme ils l'entendent leurs missions de soins et de recherche. Cette différenciation devrait être repensée dans le cadre d'une redéfinition de la triple mission des praticiens hospitalo-universitaires

L'activité dite libérale au sein d'un hôpital publique a été mise en place en 1958 par la loi Debré crée au sein de l'hôpital publique une médecine à 2 vitesses. Avant la loi Debré, les

médecins hospitaliers exerçaient à mi-temps le matin à l'hôpital. L'après-midi ils avaient une consultation privée à l'extérieur de l'hôpital. La loi Debré avait introduit la fonction de praticien hospitalier à plein temps et avait supprimé dans le cadre de cette fonction toute possibilité de consultation privée à l'extérieur de l'hôpital. En même temps elle avait permis aux praticiens à plein temps d'avoir une activité privée à l'hôpital pour compenser la perte de d'activité privée qu'ils pouvaient avoir antérieurement. Actuellement l'activité libérale à l'hôpital est encadrée par des règles mais ces règles ne changent rien au fait que cette activité privée introduit une médecine « à 2 vitesses » avec notamment des rendez plus faciles à obtenir et dans un délai beaucoup plus rapide en activité privée qu'en activité publique.

Le dernier problème- *et non le moindre*-problème qui mine l'hôpital et le rend difficilement gouvernable est l'opposition -*quasi systématique et érigée en principe par certains praticiens*- entre les praticiens hospitaliers et le personnel administratif. Une telle opposition retarde, dilue et dégrade les décisions et ne permet pas de savoir qui dirige réellement l'hôpital. Cela est d'autant plus délétère que les décisions sont discutées au sein d'un millefeuille administratif et médical qui comporte de multiples commissions et sous commissions. Il faudrait repenser les modalités de prises décisionnelles avec une direction hospitalière claire et bien individualisée qu'elle soit administrative ou médicale. Cela existe et fonctionne bien dans des hôpitaux privés comme l'Hôpital St Joseph à Paris ou le CMC Ambroise Paré à Neuilly. Dans les énormes structures hospitalières publiques comme l'APHP les prise de décision sont encore plus complexes car elles se font à 2 étages, l'étage local de l'hôpital concerné et l'étage central du siège de l'APHP et l'opposition entre praticiens hospitaliers et personnel administratif se retrouve à ces 2 étages. Cela doit conduire à mettre en place une véritable autonomie pour chaque groupe hospitalier constituant l'APHP.

Une autre question importante à discuter concerne la prévention qui n'a jamais été une véritable priorité de santé en France.

Le seul domaine de la prévention qui bénéficie de moyens et de relative reconnaissance est la prévention de masse « dite de santé publique » qui s'adresse à l'ensemble de la population ou à des segments de population bien caractérisés. Elle comporte des actions non personnalisées impliquant les médias, la médecine du travail, la médecine scolaire et qui devrait aussi impliquer les généralistes. Malheureusement cette dernière catégorie médicale est dans une extrême difficulté. Beaucoup de médecins généralistes sont partis à la retraite et n'ont pas trouvé de remplaçants ce qui explique que de plus en plus de patients ne parviennent pas à trouver un médecin traitant notamment dans ce que l'on appelle les déserts médicaux, et la plupart des médecins généralistes en exercice se disent surchargés de travail médico administratif. Il faudrait avoir sur ce sujet une véritable politique de réorganisation de la médecine générale et ce n'est pas la création d'une « spécialité de médecine générale » visant à attirer de jeunes médecins qui change ce problème.

Plus regrettable encore en matière de prévention est que la prévention dite personnalisée, qui se profile comme l'avenir de la prévention voire de la médecine, n'est pas comprise voire ignorée par les autorités de santé et par beaucoup de médecins. La prévention personnalisée n'a rien à voir avec la prévention de masse. La prévention personnalisée est une médecine nouvelle que l'on peut qualifier « hightech » rendue possible par les progrès diagnostiques et thérapeutiques qui permettent de détecter les maladies à un stade pré clinique et de les traiter en vue d'empêcher leur progression vers des complications morbides voire mortelles.

Ce type de prévention ne doit pas être considéré comme une spécialité mais doit être promu de façon transversale dans chaque pathologie concernée, ce qui est loin d'être le cas. La prévention cardiovasculaire en est une parfaite illustration. Elle utilise des outils diagnostique d'imagerie extrêmement performants (ultrasons, scanner, IRM, médecine nucléaire) pour détecter très précocement, par exemple l'athérosclérose dans les principales artères à risque (carotides, coronaires, aorte). Elle bénéficie aussi d'outils thérapeutiques hyper efficaces permettant d'empêcher la progression de cette athérosclérose vers l'infarctus, l'AVC, et l'artérite (statine et médicament antihypertenseur parmi les plus connus). C'est un exemple à suivre pour de nombreuses autres spécialités en particulier La cancérologie qui semble suivre le même chemin que la cardiologie dans ce domaine.

C'est pourquoi Il faudrait promouvoir des structures médicales capable d'assurer cette prévention personnalisée soit à l'hôpital dans les pôles de chaque spécialité, soit en dehors de l'hôpital dans des centres de santé ou dans des structures privées habilitées