

MANIFESTE JENNER/2026 : REFLEXIONS et SUGGESTIONS d'un PRATICIEN

www.jean-yves-delacaffiniere.com

- D'abord, la dénomination « Jenner » est pertinente, car il fallait un haut degré de « culot » pour en 1796, faire une inoculation humaine du poxvirus, *comme il en faudra au prochain président de la république*.
- C'est en tant qu'ex-praticien hospitalier universitaire que je me permets de faire les remarques qui vont suivre, mais aussi parce que mes 50 années d'exercice ont été diverses : à l'APHP (1965-1977), puis à l'étranger (1977-1985), puis dans un CHG (1985-2000) et enfin dans le secteur privé (2000-2017) :

Bien que je n'aie pas la compétence pour en juger sur le fond, je partage l'esprit de l'ensemble des propositions.

1/ Lors de la pandémie COVID-19, la politique de restriction en lits d'hospitalisation a croisé frontalement l'effet de saturation des établissements. Cela ne déjuge pas cette politique mais met en relief notre défaut de plasticité à nous adapter collectivement à une situation de crise imprévue qui ne manquera pas de se reproduire : pandémie, guerre, climat. D'un autre côté, la modernité permet des délais d'hospitalisation plus courts (HDJ, DMH de prothèses/hanche - genou = ou < à 5 jours). Je propose que chaque CHU regroupe dans un même espace toute cette activité pour la rendre réversible quasiment immédiatement à la moindre alerte en cas de besoin, non sans y associer une réserve de soignants sur le modèle EPRUS.

2/ La baisse de la qualité des prestations médicales en CHG est due à une baisse de niveau des praticiens par défaut de candidats de qualité, (taux de réussite au baccalauréat = 98%, études médicales low-cost, sélection complaisante, salaires insuffisants, médecins de formation étrangère) ce qui nous coûte très cher : multiplication des demandes d'examens complémentaires, hospitalisations et interventions chirurgicales abusives etc. En bref la source des mêmes maux qui impactent l'Éducation Nationale. Je propose - profitant du fait que le CHU préside chaque GHT – qu'il produise plus de professeurs agrégés lesquels, fraîchement nommés, devront (comme dans l'armée, la gendarmerie et l'administration hospitalière ...) passer cinq ans à diriger un service hospitalier de CHG de la région où ils ont été formés, et revenir ensuite dans un CHU une fois cette période accomplie. Démarche qui sera réservée aux services les plus dispendieux (réanimation, anesthésie, chirurgie, cardiologie, radiologie, etc.)

3/ La conjugaison de l'appauvrissement de la population de certaines régions, les avancées considérables des conditions de la pratique (délais écourtés d'hospitalisation, numérisation) et la liberté d'agir ont conduit nombre de médecins et chirurgiens (souvent les mieux formés) à exercer dans le secteur privé. Le fossé se creuse entre secteur public et secteur privé, conduisant le secteur public à perdre la médecine et la chirurgie sur rendez-vous et aussi à ne prendre en charge que la population la moins favorisée et les soins les plus dispendieux. Conséquence cruciale : perte de pans entiers de l'enseignement pratique en CHU.

Que faire pour arrêter cette hémorragie ?

- a) Répartir officiellement la charge des urgences public/privé
- b) Mettre en œuvre l'affectation provisoire des jeunes agrégés à un CHG
- c) Transférer le budget de praticiens plein-temps au profit d'attachés issus du secteur privé
- d) Comme le propose « Jenner-association », rémunération mixte en secteur public mais pour certaines spécialités : salaire fixe + rémunération à l'activité parallèlement à la suppression du secteur privé en hôpital public.
- e) Ouvrir un concours national ouvert aux médecins du secteur privé pour devenir « professeurs associés » en CHU ou même en CHG, contrat de cinq ans renouvelable.

Jean-Yves de la Caffinière