

## CME du 8 octobre 2019

### Intervention de M. Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP

Je souhaiterais aborder sans détour les difficultés actuelles.

À la dernière CME, vous avez adopté un vœu au sujet des annonces sur les urgences, qui a été l'occasion d'exprimer un malaise plus profond. Comme le président de la CME le sait, j'ai pris l'initiative de provoquer un rendez-vous autour de lui avec le directeur de cabinet de la ministre pour que puissent être directement exprimées les difficultés de la communauté médicale de l'AP-HP et leurs attentes.

Je voudrais d'abord revenir sur les difficultés actuelles de l'AP-HP telles que je les perçois. Structurelles comme conjoncturelles.

- Des difficultés de recrutement, particulièrement marquées et concentrées sur certains métiers, plus diffuses depuis un an, puisque par exemple, elles touchent de nombreuses IDE ; elles sont en partie liées à des questions indéniables de rémunération, accentuées en Île-de-France ; en partie liées au fait que les « attrait du grand CHU » ne viennent plus assez contrebalancer la part irréductible d'écart de rémunération entre privé et public ;
- Le fait que certaines spécificités de l'AP-HP sont mal prises en compte dans les modèles, qui va de la part importante de la recherche par rapport à notre activité clinique jusqu'aux conséquences de la précarité, comme par exemple, la situation extrême que connaissent nos maternités, et l'inadéquation du nombre de lits à nos besoins, et bien sûr les écarts de coûts de la vie ;
- Un décalage entre ce que pourrait être une vision optimale de l'organisation de nos activités médicales et chirurgicales et la réalité de cette organisation : c'est ce qu'a exprimé Rémi Nizard, la dernière fois, face au panorama de la chir ortho « cela fait 15 ans que je le dis et il ne s'est rien passé » ;
- Des difficultés de pratique quotidienne, en partie liée aux difficultés de recrutement, en partie à nos organisations, en partie à nos lourdeurs.

Que faisons-nous ? La stratégie que nous poursuivons consiste à adresser les différents sujets tout en se concentrant bien sur quelques objectifs bien précis et des buts de guerre atteignables.

#### **1 – La rémunération des paramédicaux**

Cela fait plusieurs années que je suis convaincu qu'il y a un problème de fond qui doit être traité. Je ne me suis pas drapé dans mon devoir de réserve pour le dire, pour l'écrire et pousser à ce qu'il soit pris en compte. Il y a un problème en France, et il y a un problème encore plus criant en Île-de-France. Il pose problème à ceux qui travaillent à l'AP-HP avec une reconnaissance insuffisante et ceux qui quittent l'AP-HP ou ne la rejoignent pas en considérant qu'ils s'en sortiraient mieux ailleurs.

La question est ancienne et toutes les études montrent qu'elle s'est aggravée au cours des 15 ou 20 dernières années.

Aujourd'hui, c'est probablement la première raison qui explique nos difficultés de recrutement et de fidélisation et donc les tensions que nous connaissons

Je suis parti de l'idée que si on se contentait de demander plus pour tous, on resterait dans une impasse. Qu'en revanche si on faisait significativement plus pour une partie significative, on pouvait obtenir un déblocage sur lequel construire la suite.

Qu'est-ce que cela veut dire en pratique ? Faire en sorte qu'à court terme, 10 ou 20 % des agents puissent avoir 10 ou 20 % de mieux, avec tous les leviers possibles.

- On a mis en place la prime de tutorat qui se déploie dans cet esprit ;

- Les primes pour les agents des urgences (qui concernent 3,5 % de nos effectifs) va dans ce sens ;
- On a demandé et obtenu une prime pour les protocoles de coopération ; elle ne concerne que peu d'agents aujourd'hui, elle doit pouvoir à court terme concerner 5 % des infirmières et commencer à concerner les aides-soignantes ;
- On a augmenté la promotion professionnelle ; il faut obtenir un assouplissement pour pouvoir augmenter sensiblement le nombre d'agents qui peuvent progresser dans la carrière (en faisant plus de VAE notamment) ;
- La loi fonction publique a prévu un intéressement des équipes aux performances médicales : nous faisons en sorte qu'elle puisse être mise en œuvre rapidement et souplement à l'AP-HP, à un niveau suffisamment élevé pour être une vraie marque de reconnaissance et d'attractivité ;
- Et nous nous battons pour obtenir des mesures spécifiques sur les métiers les plus en tension que sont les IBODE, les MK, les manip radio et les orthophonistes, mais aussi pour la gériatrie ; ce que nous avons mis en place pour les MK a un effet réel, puisque nous avons inversé la tendance et nous avons plus de MK en septembre 2019 que nous n'en avions en septembre 2018.

Avec l'ensemble de ces mesures, nous pourrions, à court terme, avoir un effet significatif sur une proportion significative de nos équipes. Et si nous obtenons, mettons en œuvre, cela peut inverser la tendance.

## **2 – L'attractivité pour les médecins**

Je regrette de ne pas être capable de pouvoir exprimer une position sur ce sujet qui résulte d'une réflexion collective. Nous avons essayé, sous différentes formes y compris en directoire, mais je ne suis pas sûr de savoir déterminer les points qui feraient consensus.

J'aurais donc tendance à faire des recommandations sur ce que je pense pouvoir être porté.

1 - je pense juste de chercher à ce que les responsabilités qu'elles soient managériales (direction de DMU, chefferie de service) ou liées à une activité d'intérêt général ou de santé publique (implication dans la qualité et la sécurité des soins ; formation pour les non HU ; etc.) soient prises en compte, reconnues et rémunérées sous formes de valence permettant rapidement de pouvoir adapter les rémunérations et reconnaître l'importance de ses activités ;

2 – il me semble aussi que l'on peut défendre que la rémunération des gardes, peut s'assimiler à des heures supplémentaires et bénéficier du même régime d'exonération sociale et fiscale ;

3 – il me semble également logique que la réforme des retraites soit l'occasion d'intégrer la partie H dans la retraite pour ne plus avoir une retraite calculée sur une demi rémunération ;

4 – les mesures de début de carrière pour les PH, qui semblent envisagées, doivent être soutenues par l'institution.

Il y a probablement d'autres évolutions mais celles là me sembleraient déjà de nature à apporter des réponses concrètes à des questions qui se posent.

## **3 – L'adaptation de notre offre de soins aux besoins**

Dans ce domaine notre stratégie repose à nouveau sur plusieurs leviers :

1 – la nouvelle AP-HP qui a permis de configurer un cadre des GHU et des DMU qui doit favoriser de nouveaux équilibres, de nouvelles organisations, sur un fondement plus médical, avec moins de barrières étanches ; c'est récent, cela n'a pas pu encore produire des effets réels ; et le travail engagé par disciplines, sur des bases nouvelles, doit y contribuer.

2 – le contrat « zéro brancard » qui doit conduire à pouvoir raisonner différemment sur le capacitaire en partant des besoins réels pour concilier avec des urgences et activité programmée et compenser des effets de la T2A qui pénalisent cette conciliation;

3 – un fort niveau d'investissement conciliant grandes opérations très restructurantes (c'est ainsi que nous faisons avancer Ambroise Paré/Raymond Poincaré), des investissements plus ciblés (en bâtiments comme en équipement) ;

Sur ce dernier levier, je pense que le bon combat pourrait être de demander qu'on nous permette d'utiliser à plein de l'opportunité des taux d'intérêt négatif pour renforcer notre politique d'investissement tout en allégeant sa charge sur le cycle d'exploitation (en pouvant emprunter davantage ou en pouvant obtenir de l'état un refinancement de nos emprunts) dans un contrat où nous nous engagerions sur des objectifs de satisfaction des besoins et de santé publique.

#### **4 – Les rigidités à l'AP-HP**

C'est au cœur de la « nouvelle AP-HP » en rapprochant la décision du terrain. C'est là que doit intervenir le fond de transformation et ces 30 millions d'euros ; je rappelle que nous n'avons jamais disposé d'une telle somme pour des projets participatifs centrés sur la qualité de vie au travail et la qualité des prises en charges et que nous faisons en sorte qu'il soit opérationnel dès début 2020 ; Sa réussite sera grande s'il aide à mettre en place de nouveaux modes de fonctionnement, de management, d'autonomie et de responsabilité.

Il va de soi qu'il doit s'accompagner de bons instruments de mesure de la qualité de vie au travail et de bonnes enquêtes.

#### **5 – La prise en compte des spécificités de l'AP-HP**

1 – le travail fait pour que nous soyons moins pénalisés sur les MERRI a porté ses fruits ; après plusieurs années de baisse, nous allons être gagnants dès cette année ; c'est ce qui nous permet de revoir l'intéressement et de tripler l'intéressement pour la recherche ; et nous sommes prêts à aller plus loin sur les politiques d'intéressement, notamment vers les DMU.

2 - nous plaillons pour un « contrat APHP », demande qui figure d'ailleurs déjà dans le document nouvelle AP-HP avec un raisonnement selon lequel nous avons certes de profondes transformations à réaliser, mais elles doivent s'accompagner de plus de souplesse dans notre cadre de fonctionnement et d'accompagnement pour que nous bénéficions des fruits de nos efforts ; peut être que le contrat zéro brancard sera un premier pas dans cette direction.

#### **Quelques points de conclusion :**

1 – Comme je le dis régulièrement, je pense que nous affaiblissons nos positions quand nous considérons que tous nos problèmes sont « exogènes » , mais que nous devons admettre qu'il y a une partie des difficultés qui relèvent de nos comportements, de nos fonctionnements et que nous devons continuer à les corriger, à les améliorer, sans quoi nous sommes moins crédibles et les mesures exogènes ne viennent pas ou ont moins d'effets ;

2 - Nous ne découvrons ni les problèmes ni les solutions ; ce que j'expose ici est cohérent avec ce sur quoi nous avons travaillé, ce que nous avons plaidé avec constance, et ce que nous pouvons faire progresser ; et je pense que la constance a du bon et qu'elle peut payer ;

3 – Je pense que nous avons intérêt à avoir des propositions ciblées, précises, à mise en œuvre et effet rapides plutôt que d'être trop généraux ; je sais que c'est une approche différente de celle qui consiste à dire qu'il faut d'emblée tout changer du financement macro de la santé au système de tarification en passant par beaucoup de remises en cause ; mon point de vue est que nous avons plus à gagner pour notre

quotidien avec des demandes ciblées qu'avec des revendications trop générales, trop ambitieuses ou trop systémiques.

4 - En ce qui concerne le financement, nous avons obtenu à la mi-année que les mesures sur les urgences et sur le remplacement de congé maternité ne se fassent pas à masse salariale zéro ; je pense que nous devons poursuivre sur la même logique en faisant en sorte que l'on comprenne que des mesures, telles que je les ai énoncées, ne peuvent être financées en les gageant sur des emplois au moment où nous avons au contraire des besoins pour répondre à la demande ; et je pense que plaider pour que nous puissions desserrer la contrainte sur l'exploitation des investissements à la faveur des taux d'intérêt négatif permet de redonner des marges de manœuvre pour le type de mesures utiles à court terme et est plaidable ;

5 – je suis prêt à ce que cela soit débattu, y compris largement, pour qu'on puisse, dans la communauté médicale et soignante de l'AP-HP connaître l'ordre de priorité et cela ne me poserait pas de problème d'utiliser notre site intranet ou toute autre formule participative pour consulter sur ce type de propositions, dans un moment où il est utile de construire des réponses collectives.