

SOUS-COMMISSION DES STRUCTURES ET DE LA STRATÉGIE

(Sous-commission de la CME)

Compte rendu

Réunion du lundi 6 juin 2016

Présents :

P^r Philippe ARNAUD
P^r Francis BONNET
D^r Anne-Reine BUISINE
P^r Gérard CHÉRON
D^r Rémy COUDERC
D^r Sophie CROZIER, vice-président
P^r Paul LEGMANN, président
M^{me} Delphine DUBARRY
M^{me} Isabelle PLANTEC

Invités :

P^r Dominique PATERON, président de la collégiale des urgences
P^r Éric RONDEAU, président de la sous-commission des structures (HUEP)

La séance du jour est consacrée à l'audition de la collégiale des responsables des structures des urgences. Elle vient compléter une série d'auditions des collégiales de : gériatrie, imagerie, anesthésie. En outre, il est prévu de se rapprocher du président de la collégiale de cancérologie pour une prochaine réunion.

Après l'audition de ces collégiales considérées « sensibles » en termes d'attractivité ou/et de fidélisation, les membres de la sous-commission des structures et stratégie proposent qu'une présentation synthétique (état des lieux, « clignotants », raisons des difficultés, actions mises en œuvre par les collégiales, propositions...) soit faite à l'occasion d'une prochaine CME.

1. Présentation de la collégiale des responsables des structures des urgences (P^r PATERON) : [annexe](#)

1) État des lieux

SAU adultes

256 ÉTP pourvus pour 290 ÉTP en cible, soit 34 postes vacants en juin 2016. La situation de l'emploi n'a pas évolué entre 2015 et 2016, avec en moyenne une trentaine de postes vacants. On note cependant une hétérogénéité des situations entre les établissements : Bichat, Louis-Mourier et Antoine-Béclère ont la plus forte proportion de postes vacants.

Point de vigilance : les règles budgétaires du TPER peuvent avoir un effet négatif sur l'attractivité et la fidélisation des médecins dans une structure contrainte (PDSSES).

Les ratios entre les établissements ont pu être homogénéisés à l'AP-HP sur la base de 3,7 ÉTP pour 10 000 passages (adultes).

SAU enfants

86 ÉTP pourvus pour 90 ÉTP en cible, soit 4 postes vacants en juin 2016. On note une bonne occupation des postes, sauf pour Necker et surtout Bicêtre qui ont la plus forte proportion de postes vacants.

Les ratios ont pu aussi être homogénéisés à l'AP-HP sur la base de 2,9 ÉTP pour 10 000 passages (pédiatrie).

Les ratios pour les SAU adultes et enfants ne reposent pas sur une évaluation précise des besoins. Si le ratio du SAU enfant est inférieur à celui du SAU adulte, c'est en raison du taux d'hospitalisation après passage

aux urgences qui est moins important chez l'enfant que chez l'adulte (isolement, personnes âgées) et donc moins consommateur en temps médical.

SAMU-SMUR

Il s'agit d'un secteur plutôt attractif, cependant, le nombre de postes autorisés ne permettrait pas de couvrir l'ensemble des lignes de gardes d'urgence.

Un référentiel métier national avec des ratios de personnels existe, il est proche des ratios AP-HP pour les urgences adultes. Cependant, il ne tient pas compte des lits d'UHCD qui sont par contre compris dans les cibles AP-HP. L'écart moyen AP-HP / référentiel national correspond à – 1 emploi posté.

2) Tendances sur évolution du métier aux urgences

Il y a une relative stabilité des urgences vitales, augmentation des autres urgences (surtout pathologies cardiovasculaires et neurologiques, complications aiguës des cancers et maladies chroniques) et déclin de la traumatologie routière.

Le contexte pèse lourd sur les structures des urgences : vieillissement de la population, handicap, exclusion, fin de vie (15 à 20 % des décès se produisent aux urgences)... S'ajoute les problématiques des situations sanitaires exceptionnelles et des urgences psychiatriques.

3) Attractivité

Elle repose principalement sur la gestion de l'aval des urgences, l'évolution des statuts et le suivi des effectifs.

L'aval : il s'agit de la principale cause des pesanteurs. Ce n'est ni la quantité d'urgences ni la gravité des urgences pour lesquelles il existe des circuits bien identifiés qui créent le plus de tension mais bien les urgences nécessitant une hospitalisation du patient.

L'accueil dans les structures des urgences est le reflet de la gestion dans l'établissement de l'aval en hospitalisation.

Les pistes d'amélioration :

- La commission des activités non programmées. Mais quels pouvoirs par rapport à la prévision et les fermetures de lits ?
- La gestion des lits ou « *bed management* ». Des expériences en chirurgie à la Pitié-Salpêtrière et Georges-Pompidou sont en cours.
- Les unités d'aval des urgences.
- Des capacités d'hospitalisation à géométrie variable en période d'épidémie (ex. : plan bronchiolite) et en fonction des besoins.
- Le respect des règles d'hospitalisation (ex. : engagement des services de récupérer les patients de leur spécialité sous 48h...)
- La régulation des filières gériatriques. Mais il reste des situations très hétérogènes d'un établissement à l'autre (ex. : nombre de lits de SSR...)
- 3 postes de PH ont été fléchés par la CME sur l'aval des urgences.

S'agissant du statut :

- Création d'un internat de spécialité d'urgence à partir de 2017 devrait avoir l'avantage d'améliorer l'attractivité de la discipline mais l'inconvénient de la « filiarisation » (problème des listes de gardes). La future maquette pour le DES comprend : urgences, pédiatrie, réanimation, SMUR...
À ce jour, le nombre de DES n'est pas connu, il pourrait avoisiner 300 praticiens de spécialité en formation pour la France alors que le DESC concerne 500 praticiens (dont 100 en Île-de-France).
- Si la répartition et la diversité des statuts permettent de gérer les flux et la démographie médicale, la discipline reste encore peu attractive (sauf SAMU-SMUR).
À ce jour, près de 55 % de praticiens contractuels PHC ou PA (à noter : il existe une dérogation notamment pour les structures d'urgences puisque les contrats peuvent être renouvelés sans

limitation). La transformation PA en PHC reste finalement plus compliquée que celle PHC vers PH car il n'y a pas de révision des effectifs pour les praticiens contractuels. La promotion PHC est possible pour des PA mais uniquement en réduisant « la voilure ».

La répartition des statuts proposée est 10 % HU (contre 8,6 % en 2014), 50% PH (contre 36,8 % en 2014), 30 % PHC (contre 27,2 %) et 10 % PA (contre 27,3 %), et la titularisation d'une proportion plus importante de contractuels (diminution de nombre de PA).

- Le nombre de postes de CCA a progressé et sera un atout pour l'encadrement des futurs DES.
- Réflexion en cours pour augmenter le nombre de postes partagés SAU / SAMU-SMUR (ces derniers sont plus attractifs), y compris sur une petite quotité de temps de travail.

S'agissant des effectifs :

- La circulaire de décembre 2014 est d'application difficile car son interprétation est différente en fonction des interlocuteurs en présence. Ainsi pour la définition de l' « activité postée » / « activité postée - non clinique » (difficilement comptabilisable).
- Le calcul de ratio :
 - o a l'avantage de permettre d'homogénéiser les effectifs ;
 - o mais l'inconvénient de créer des arbitrages puisque la référence au nombre de passages (3,7 ÉTP pour 10 000 passages aux SAU adultes et 2,9 ÉTP chez l'enfant) n'est pas suffisante comme critère d'allocation des moyens. À ce titre, la vision des moyens entre la DOMU / GH / site n'est pas toujours partagée.

Propositions :

- raisonner à partir des organisations plutôt que d'appliquer des ratios bruts ;
- se donner des objectifs partagés DOMU/GH/praticiens ;
- mieux adapter la présence des médecins en modulant les effectifs en fonction des flux ;
- sortir le temps de travail des responsables des urgences PH dans les calculs des effectifs adossés aux structures.

En conclusion :

Il y a peu de problèmes d'attractivité mais davantage un problème de fidélisation des praticiens des urgences, avec des leviers d'amélioration possibles : aval, statut et effectifs.

2. Liste des demandes modificatives de structures

Le P^r RONDEAU, président de la sous-commission locale des structures du GH HUEP, expose la liste des modifications de structures envisagées par le GH en l'absence du P^r GUIDET, en particulier :

- Dans le pôle de spécialité, hôpital Saint-Antoine : création d'un service de stomatologie et chirurgie implantaire (initialement UF de stomatologie dirigée par le D^r WOIMANT), alors qu'il existe déjà un service de consultations de stomatologie dirigé par le Dr LALO (transfert de Tenon) et que les locaux et le personnel sont partagés entre les deux structures.

Le P^r Bertrand GUIDET soutient la demande pour deux raisons :

- équité entre les 2 structures de stomato, dont celle intitulée service, et ayant migré à Saint-Antoine (service LALO) ;
- signal fort pour H. WOIMANT, très volontaire pour faire avancer les dossiers

Il s'agit d'une étape puisque d'ici 4-5 ans, ces activités ont vocation à être transférées dans le pôle d'odontologie du GH.

Le président de la sous-commission des structures fera valider cette organisation auprès du président de la CME.

- Création d'un service de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique – microchirurgie - régénération tissulaire par transformation des 2 UF existantes :
 - o UF de chirurgie reconstructrice mammaire et gynécologique rattachée au service de gynécologie-obstétrique – médecine de la reproduction,
 - o UF de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, directement rattachée au pôle.
 - Modification du rattachement de l'UF de néonatalogie, initialement rattachée au service de gynéco-obstétrique - médecine de la reproduction. Elle sera rattachée directement au pôle.
- D'ici 2-3 ans, il est prévu le regroupement des 2 unités au sein d'un même pôle.

Prochaine réunion de la sous-commission *Structures et stratégie* :
Exceptionnellement jeudi 7 juillet, 17h00
(salle 702 bis – RDC, après l'ascenseur, prendre couloir de gauche)
Présence du P^f LOTZ (collégiale de cancérologie)