

COMMISSION STRUCTURES ET STRATÉGIE

(Sous-commission de la CME)

RELEVÉ DE DÉCISION

Réunion du lundi 9 mai 2016

Présents :

P^r Philippe ARNAUD
P^r Francis BONNET
P^r Christophe CELLIER
P^r Gérard CHÉRON, vice-président
P^r Philippe CORNU
D^r Rémy COUDERC
P^r Bertrand GUIDET
P^r Paul LEGMANN, président
D^r Antoine PELHUCHE

DOMU :

M^{me} Ludivine PLANCHET
M^{me} Isabelle PLANTEC
M^{me} Marie-Anne RUDER

Invités :

P^r Gilles ORLIAGUET, président de la collégiale d'anesthésie-réanimation
P^r Benoît PLAUD, coordonnateur DÉSAR d'Île-de-France (ÎDF)
P^r Olivier HÉLÉNON, président de la collégiale de radiologie

En préambule le président précise que le P^r Noël GARABÉDIAN a rencontré le président de la collégiale de gériatrie suite à sa présentation en sous-commission des structures et de la stratégie. Compte tenu des enjeux pour la discipline, ce point fera l'objet d'une présentation lors d'une prochaine séance de la CME plénière.

1. Présentation de la collégiale d'anesthésie-réanimation (P^r ORLIAGUET, président) et du coordonnateur du DÉSAR (Pr PLAUD)

[Présentation en annexe](#)

Les difficultés étaient identifiées depuis une vingtaine d'années :

⇒ Décroissance nette des praticiens anesthésistes-réanimateurs avec un vieillissement de la population : âge médian des anesthésistes-réanimateurs à l'AP-HP 52,5 ans.

Des mesures correctrices ont été prises depuis mais qui se sont révélées insuffisantes :

⇒ intégration des médecins avec des diplômes étrangers ;
⇒ augmentation du numerus clausus ;
⇒ accroissement des flux de formation.

Évolution des effectifs de praticiens

⇒ Quelles que soient les études des praticiens, constat d'une réelle diminution de la densité, en particulier sur l'Île-de-France où la situation est plus défavorable que sur le territoire national.

⇒ Concernant les PH, on note dans cette spécialité ; un nombre de cessations définitives supérieures à celui enregistré pour l'ensemble des autres spécialités : 10 % pour les AR contre 4 % pour les autres spécialités.

⇒ Pourtant, le nombre d'actes n'a fait qu'augmenter : aujourd'hui autour de 12 millions d'actes pour 3,5 millions en 1980 (évolution des pratiques médicales : développement des prises en charge ambulatoires, radiologie interventionnelle, etc.)

⇒ De nombreux postes demeurent vacants.

Formation

⇒ Malgré une augmentation du nombre d'internes depuis 2010 les départs ne sont pas tous compensés.

⇒ Après plusieurs années d'augmentation, la spécialité a demandé une stabilité du nombre des internes en formation.

⇒ **Choix des internes au sortir de leur diplôme :**

- Près de 70 % choisissent le CHU, puis les CHG et les ÉSPIC (données nationales).
- La moitié s'oriente vers un clinicat ou un statut d'assistant hospitalier, la proportion de CCA étant plus élevée à l'AP-HP.
- Pour ce qui est de l'exercice principal, une moitié pratique en anesthésie, un quart en réanimation et un quart a une activité mixte.

⇒ La région ÎDF n'est plus attractive pour les ECN aujourd'hui, devancée par Nantes, Montpellier, Bordeaux.

⇒ Cependant, elle redevient attractive en post internat, avec un flux entrant significatif.

⇒ **Mesures correctrices de l'AP-HP pour rendre la région plus attractive :**

- augmentation du nombre de postes de CCA en AR ;
- mesures d'attractivité ;
- recrutement de médecins à diplômes étrangers, mais compétences et formations variables ;
- recrutement en intérim : différences de traitement avec les titulaires ;
- variations entre les GH : temps de travail additionnel et rémunération.

⇒ **Perspectives de la démographie des AR**

- La situation s'améliore à partir de 2018, avec cependant des tensions probables jusqu'en 2020 en raison de la mobilité des jeunes praticiens et du nombre important de cessation d'activités.
- Régulation de la démographie médicale difficile.
- Incertitude sur l'adéquation de l'offre à la demande.

⇒ **Départs des médecins de l'AP-HP**

- Problématique du logement et qualité de vie en province.
- Accès aux innovations technologiques (équipements plus attractifs dans le privé).
- Conditions de travail et concordance des temps avec le PNM.
- Difficultés d'accès au bloc (manque de personnels : chirurgiens, IBODE, etc.)
- Salaires : ce point n'est pas particulièrement mis en avant, le statut semble encore attractif, malgré un besoin de reconnaissance.
- Délai d'attente avant une nomination de PH (2 ans en PHC en moyenne).

⇒ **Pistes de réflexion**

- **Organisation du travail**
 - structurer l'organisation des blocs : charte et conseils de bloc à mettre en œuvre ;
 - assurer la concordance des temps des personnels dans les blocs ;
 - envisager de nouvelles modalités d'organisation du travail médical (*benchmark*).
- **Conditions de rémunération**
 - appliquer les mesures de la note de 2013 ;
 - arrêter l'intérim externe au profit d'une valorisation du TTA.

- **Valorisation des carrières**
 - Valoriser les activités transversales non postées.
 - Participation à l'activité d'enseignement et de recherche.
 - Augmenter l'encadrement HU des services (ratio 1/10 PU-PH de chirurgie).
 - Assurer un exercice indissociable de l'anesthésie-réanimation.
- **Promotion des projets médicaux ambitieux et résoluement HU** : développer l'activité universitaire, qui est moins présente que dans les autres spécialités.
- **Anticiper et accompagner les transferts des AR lors des restructurations chirurgicales.** À noter que les structures d'anesthésie ne sont pas toujours dans le même pôle que celles de chirurgie.
- **Interpréter avec prudence les résultats des ratios d'activité**
- **Développer la reconnaissance institutionnelle du travail réalisé**
 - Retour du baromètre social.
 - Bénéficier des 15 jours ouvrables statutaires de formation continue.
 - Possibilité d'exercer 2 DJ hebdomadaires d'activités d'intérêt général.
 - Conditions de travail (bureau etc.) identiques aux PH des autres spécialités.
 - Accès aux crèches.
- **Préserver les postes d'AR** pour favoriser le recrutement en particulier dans certains territoires particulièrement défavorisés.
- **Accélérer le recrutement des jeunes** : un débat existe entre un recrutement de PH à l'issue d'une période de 2 ans de PHC ou une nomination en qualité de PH directement après l'internat.
- **Limiter la concurrence inter-GH.**
- **Délégation de tâches (IDE/IBODE)** : travail en cours au niveau du ministère.

⇒ **Les pistes de réflexion doivent être étudiées au regard des conclusions du rapport HANNOUN sur la chirurgie :**

- Développer la notion d'équipes médico-chirurgicales avec mise en place de médecins anesthésistes référents.
- Valoriser un 5^e P/24h en cas de débordement au-delà de 18h30 et la rémunérer comme une plage de jour.
- Revaloriser l'indemnité de service public exclusif.
- Les restructurations chirurgicales <-> restructurations anesthésiques.

En conclusion :

- Nécessité d'agir sans tarder car le contexte est hautement concurrentiel, et les cliniques développent des projets très intéressants rendant le privé aussi attractif pour les internes que les CHU.
- Espoir de sortie de crise mais il faut avoir conscience que les jeunes praticiens sont mobiles et n'épousent pas une carrière hospitalière dans l'institution toute leur vie.
- Les CHU de province ont mieux anticipé la démographie des anesthésistes réanimateurs que l'ÎDF.
- L'impact de la mise en place des GHT doit être mesuré.
- Notion de référent par spécialité très importante.

2. Présentation de la collégiale de radiologie (P^r HÉLÉNON)

[Présentation en annexe](#)

⇒ **La démographie en ÎDF :**

- La situation démographique est préoccupante en Île-de-France où seulement 20 % des radiologues exercent. On note une attractivité des jeunes praticiens pour le secteur libéral qui regroupe plus de

la moitié des radiologues, contre un tiers qui travaillent en tant que salariés. Les prévisions de départs en ÎDF sont de 70/an jusqu'en 2022.

- À l'AP-HP la situation est un peu meilleure du fait de l'attractivité de la région, et du CHU en début de carrière avec cependant une difficulté de fidélisation d'où un turn-over élevé. On note 17 départs par an de PH, dont 12 sont dus à des démissions. Le nombre de PHTP n'a pas évolué, en revanche le nombre de PH contractuels a fortement augmenté entre 2011 et 2015 (+ 89 %). Pour la révision des PH 2016, 23 postes concernaient la radiologie.

⇒ **La problématique de l'adéquation de la situation démographique actuelle et des besoins en imagerie :**

- Il y a une forte augmentation de la charge de travail des radiologues du fait des besoins croissants en imagerie, de l'évolution des pratiques et des techniques :
 - Besoins croissants en imagerie en coupes en particulier (scanner, IRM, échographie).
 - Évolution des pratiques médicales avec le développement de la radiologie interventionnelle à visée diagnostique et thérapeutique.
 - Évolution des techniques avec la diffusion d'équipements performants mais complexes qui mobilisent un temps médical important (conduite d'examens, interprétations, expertises, recommandations du plan cancer 3, etc.). En ce qui concerne les IRM, 84 IRM ont été accordés dans le cadre du SROS-PRS dont 15 à l'APHP.
- Au niveau national il y a plus d'1/3 de postes vacants chez les PHTP et près de 50 % pour les PHTPA.

Le P^r HÉLÉNON précise que dans le cadre d'une coopération interprofessionnelle, 15 manipulateurs ont été formés à l'AP-HP mais il existe encore des problèmes de valorisation de cette nouvelle activité et des recettes induites.

Pour répondre aux difficultés liées à des départs, il peut être envisagé des regroupements de compétences et de techniques spécifiques, sachant que ce type de restructuration entraînerait des déplacements d'équipes spécialisées. Cependant, il faut veiller à laisser sur chaque site un socle minimum de ressources en imagerie (équipements et personnels).

⇒ Attractivité et fidélisation :

Comme pour l'anesthésie-réanimation, se pose la question de la titularisation en tant que PH. Dans l'hypothèse où celle-ci se fait toujours après une période de 2 ans en tant que PHC, la revalorisation du statut de PHC pourrait être une solution d'attente. Compte tenu du caractère définitif de la nomination en tant que PH, chacun s'accorde à être exigeant sur la période probatoire.

Plusieurs autres pistes sont abordées :

- Reprendre l'ancienneté dès l'emploi de PH.
- Améliorer le niveau de rémunération des P attachés qui sont souvent des médecins expérimentés travaillant en libéral mais désirant conserver une activité hospitalière (*appliquer l'indemnité différentielle*).
- Création de postes d'assistants spécialisés pour fidéliser les jeunes radiologues.

⇒ Le P^r HÉLÉNON propose de constituer une commission *ad hoc* chargée de :

- Proposer des mesures pour rendre attractive la profession au sein du CHU.
- Travailler sur la base du rapport LE MENN sur l'attractivité.
- Réfléchir au statut de PH.
- S'inspirer des mesures prises en 2013 pour l'AR.

Le cas particulier de l'implantation des salles dites « hybrides » (bloc, services de radiologie...) est évoqué compte-tenu des différentes compétences nécessaires à son fonctionnement (radiologues, cardiologues et anesthésistes-réanimateurs).

Conclusion :

⇒ Des spécialités sont en difficulté par manque de recrutement et d'un nombre considéré comme encore trop faible d'équipements lourds.

⇒ Or, des plateaux techniques performants sont source d'attractivité pour les jeunes.

D'un point de vue général, il est rappelé la nécessité d'un bon management, de bien accueillir les jeunes médecins et offrir un cadre de travail pour permettre à la fois d'attirer et de fidéliser les praticiens.

3. Approbation du compte rendu de réunion de la CSS du 11/04/2016

Sans observation => le compte-rendu est approuvé.

4. Questions diverses :

⇒ Présentation d'un règlement intérieur de la CME : le groupe de travail animé par le P^r J.Y. ARTIGOU devrait être en mesure de présenter un document à la CME du mois de juin.

⇒ Décret du 11 mars 2016 : réelle nécessité d'une procédure allégée pour des nominations fluides lorsqu'il n'y a pas de problème. Le calendrier des nominations est dense, beaucoup se feront en 2017.

**Prochaine réunion de la sous-commission structures et stratégie :
Lundi 6 juin 2016 à 17 heures, salle Pierre-Damelon :
présentation de la collégiale des urgences (P^r PATERON)**