

Sondage « Nouvelle APHP »

1) Contexte

Nous avons lancé¹ ce questionnaire à la suite des discussions de la CME centrale du septembre 2018 sur la nouvelle APHP. Lors de cette CME, et comme rapporté dans notre compte-rendu, il nous a semblé être peu entendus sur le fait que « le terrain » se sentait exclu de la réflexion. Les promesses sur la future implication des équipes dans cette nouvelle organisation ne nous apparaissaient pas très crédibles.

Ce questionnaire a donc été élaboré dans l'urgence, le but n'était pas de faire une consultation exhaustive et méthodologiquement irréprochable. Nous souhaitons avoir une idée du niveau d'information des collègues, ainsi que de leur désir de s'impliquer dans le futur. Nous avons élaboré quelques questions pour préciser ces points, les questions peuvent être parfois mal posées ou incomplètes....

Le but n'est pas de se substituer à la direction générale et autres instances de décision pour résoudre les difficultés qui émergeront.

Ce que nous espérons, c'est pouvoir être entendus et faire des propositions sur les grands principes de la future APHP en nous appuyant sur les retours qui nous ont été faits.

Nous sommes partis du principe que la création des DMU avait été actée. C'est pourquoi nous n'avons pas inclus de question sur le bien-fondé des DMU....

2) Méthode

Ce questionnaire a été adressé via la liste de diffusion que nous utilisons pour envoyer nos CR de CME depuis 2012, mise à jour en 2015 selon les listes électorales pour le CME centrale. Elle a été élaborée manuellement (pour certains sites il n'y a que les PH, dans d'autres tous les médecins) et elle n'est pas exhaustive, mais elle permet de communiquer des informations à plus de 3000 des 12000 médecins seniors.

Les questions avaient pour but d'avoir une idée de l'intérêt des collègues sur 2 points: 1/ l'organisation « globale » des instances médicales (CME locale, supra GH, centrale, DMU...) 2/ si l'organisation en DMU est actée, l'intérêt et la façon d'être associé aux décisions.

Le questionnaire a été élaborée via Google forms. Afin de garantir l'anonymat, nous n'avons pas recueilli les adresses mail (nous demandions que les collègues ne répondent qu'une fois).

¹ Questionnaire et analyse réalisés par le groupe de PH de la CME centrale de l'APHP: Guy Benoit, Marie Bornes, Clara Bouché, Sophie Crozier, Nicolas Dantchev, Nathalie De Castro, Anne Gervais, Christian Guy-Coichard, Jean-Marc Naccache, Isabelle Nègre, Patrick Pelloux, Christophe Trivalle

La durée du questionnaire devant être de quelques minutes, nous avons essayé de limiter le nombre de questions, nous savons que cela a pu être un facteur limitant pour élaborer des réponses. Les verbatim des 3 questions ouvertes ne seront pas analysés car c'est un travail qui nécessite plus de temps, mais ils seront transmis dans leur intégralité au président de la CME centrale et au Directeur Général.

3) Analyse des résultats

Le questionnaire et les résultats (hors verbatim) sont détaillés dans le document joint.

Le 18/09, 3663 mails ont été envoyés, et 913 réponses (25%) au questionnaire sur la nouvelle APHP et les DMU (département médico universitaire) ont été reçues au 28/09. Ces réponses provenaient principalement de PH (60%) et HU (27%), la moitié des répondants avaient moins de 50 ans.

Ils avaient entendu parler du projet nouvelle APHP pour 93% d'entre eux mais se sentent insuffisamment informés (79%) bien que très concernés par le sujet (89%).

Il y a une très forte demande de la communauté médicale d'être associée à la définition des principes de la nouvelle organisation de l'APHP en départements médico-universitaires (à l'inverse de ce qui a été fait lors de la mise en place des pôles) puisque la plupart souhaitent que l'avis des professionnels de « terrain » soit pris en compte : le mode de consultation qui est le plus plébiscité est l'organisation de discussions dans chaque service (73%), 41% souhaitent que les CME et autres instances jouent leur rôle, 35% trouvent intéressante l'idée d'organiser un baromètre, de nombreuses propositions ont été avancées dans la question ouverte dont le verbatim sera adressé au DG et PCME

Concernant l'organisation des départements médico-universitaires (DMU) les questions proposaient de classer des propositions par voie d'importance.

On distingue globalement 2 types de propositions : celles qui sont considérées par une grande majorité comme très importantes (note > 7/10) et celles pour lesquelles les réponses sont plus partagées.

Importance de l'organisation dans les services et forte attente quant à la participation aux décisions (% des répondants donnant une importance > 7/10):

Il existe une forte demande d'être consulté dans le futur fonctionnement avec 83% des répondants qui donnent une haute importance à la proposition que soient prévues au sein des DMU des instances d'information et décision collectives, mais aussi représentatives incluant tous les soignants puisqu'un peu plus de 88% pensent qu'il faut une représentation des personnels non médicaux, au-delà des cadres.

Pour un fonctionnement idéal dans les services, il apparaît important aux répondants que dans chaque service les équipes médicales et paramédicales définissent collectivement le nombre nécessaire de personnes pour fonctionner sans tension et assurer l'ensemble des missions de soins, enseignement et recherche : 85% pensent important de définir un ratio IDE/AS avec les soignants et 92% un nombre idéal de médecins pour chaque mission.

Il existe de fortes attentes sur la formation médicale (86%) et le respect d'un temps non clinique d'au moins 1 journée/semaine (84%).

L'organisation administrative des DMU : les avis sont partagés...

Concernant l'organisation administrative au sein des DMU, les avis semblent plus partagés, comme en atteste la représentation graphique des réponses aux questions concernant le regroupement des services et la gouvernance des DMU : chaque note de 1 à 10 recueille un taux de réponse assez proche.

Sur la question du regroupement des services et éventuelle mobilité, cela semble plutôt peu important (58% des répondants ont donné une note de 1 à 5). Sur les chefferies tournantes et mandats courts, cela semble plutôt important avec 61% des répondants ayant mis une note de 6 à 10.

Nous n'avions pas élaboré de question sur ce qui nous semble déjà acté après la rédaction du plan RHPM (ressources humaines pour le personnel médical) en 2016 et par les décisions du groupe de travail oikiosis. Il faut signaler que cela a été abordé dans les questions ouvertes puisque la mise en pratique des procédures de nomination de chef de service est réclamée avec 1/ possibilité de choisir un praticien, non U, comme chef de service, si son aptitude au management est reconnue et 2/ nécessité de mettre en pratique les procédures de nominations avec l'avis formalisé des équipes.

Nous pensons que l'impossibilité de cumuler les fonctions doit être maintenue: il semble objectivement impossible de cumuler les fonctions de responsable de DMU (structure qui avoisinera le millier d'agents) et chef de service ou président de CME locale (les futurs GH pouvant regrouper jusqu'à 8 sites).

Conclusion

Les limites méthodologiques de ce questionnaire ne manqueront pas d'être soulignées, mais l'inquiétude de la communauté médicale à l'égard des décisions actuelles est évidente. Nos collègues expriment une certaine perplexité sur les DMU (vus comme des super-pôles inutiles dans certains verbatims et dont le fonctionnement futur passionne peu). Mais ils sont en même temps attentifs aux annonces qui sont faites et très demandeurs d'être associés réellement aux décisions (le nombre de réponses en 10 jours nous semble illustrer cette très forte attente).

Si l'ensemble de la communauté médicale et paramédicale ne participe pas réellement aux décisions, il n'y aura pas de nouvelle APHP mais une continuité dans les limites du fonctionnement passé.

Cela ne veut pas dire qu'il faille faire des sondages ou votes sur tout, mais il ne faut pas non faire de la consultation de façade avec des réunions n'impliquant que chefs de pôle et administration... Nous pensons qu'un juste milieu est possible en s'appuyant dans les services sur tous ceux qui savent ce qu'ils doivent faire pour assurer leurs missions de soins, recherche et enseignement.

Même si beaucoup de collègues ont exprimé dans les verbatims leur scepticisme sur le fait d'être réellement entendus, nous voulons être force de proposition et nous défendrons les grands principes généraux listés ci-dessous, afin de répercuter l'avis des plus de 900 médecins qui nous ont fait confiance en répondant à ce questionnaire. Nous sommes conscients du risque d'être instrumentalisés et nous serons attentifs à ce que ces grands principes ne soient pas détournés.

4) Propositions

En préambule, et indépendamment des résultats de ce sondage, il nous semble important de rappeler ce qu'on oublie parfois : les DMU doivent s'intégrer dans la **réponse aux objectifs sanitaires de notre région** et **le DMU est garant de la qualité et sécurité des soins dans ses services et ne doit donc pas avoir pour seul objectif la réduction de lits/personnel.**

La collégialité et l'association des personnels à la prise de décision pour ce qui concerne l'organisation au sein des DMU devra être la règle.

- Les grands principes de création et fonctionnement des DMU, doivent être expliqués dès maintenant : réunions dans les services, éventuellement consultation électronique après information des personnels.
- Les projets médicaux sous tendant les DMU et permettant d'en définir les contours ainsi que l'organisation devraient être présentés de façon formalisée aux équipes concernées dans chaque service et des groupes de travail incluant des représentants choisis par chaque service (médicaux et non médicaux) pourraient travailler sur différentes thématiques
- Une fois les DMU mis en place, la concertation devra se poursuivre en instituant par exemple des conseils de DMU avec des représentants (élus ou choisis de façon plus informelle selon l'organisation qui sera décidée) de tous les services et toutes les catégories de personnel. Un avis formalisé du conseil de DMU devra être requis pour les projets ultérieurs majeurs remettant en cause le projet médical par exemple. Le conseil pourra s'appuyer sur les résultats d'un baromètre annuel de satisfaction au travail basé sur des items reconnus. Il développera, après analyse des résultats, un plan d'action pour l'amélioration collective de la qualité de vie au travail.

Un véritable volet ressources humaines médicales devrait être inclus dans le projet du DMU avec un responsable RH médecin dans chaque DMU

- Chaque service définit régulièrement, collectivement, et de façon transparente, les activités assurées, et les praticiens HU ou H qui en ont la charge, en garantissant à chacun le respect d'activités non cliniques (enseignement, recherche, activité transversale). Certains verbatim ont souligné que la dichotomie entre H et HU est source de tensions dans le fonctionnement quotidien. Chacun semble mal informé sur les droits/obligations de l'autre (nombre de jours de formation, congés, etc..). Une note d'information sur ce sujet précisant ce qui est prévu statutairement pourrait d'ores et déjà être diffusée à tous, et remise lors de chaque prise de fonctions (livret d'accueil par exemple). Cela permettra de mieux déterminer les rôles de chacun dans l'organisation des services.

- Respecter les obligations annuelles de formation (au moins un congrès ou une formation par an)
- Si des projets médicaux entraînent une mobilité des médecins (mais également des PNM) au sein des DMU, cette mobilité est organisée collectivement pour répondre aux besoins, avec l'adhésion des personnels volontaires. Il n'est pas envisageable que la mobilité des personnels médicaux ou paramédicaux soit la règle pour répondre à la pénurie.
- La mise en place de la nouvelle organisation de l'APHP doit être une opportunité pour organiser une politique RH. D'après ce que nous avons compris, il est envisagé dans chaque DMU, une sorte de triumvirat : le chef de DMU (PUPH) serait assisté d'un responsable du PNM et d'un autre PUPH pour l'interface avec l'université (enseignement/recherche). Nous proposons qu'un(e) 3^{ème} personne assiste le chef de DMU pour ce qui concerne les ressources humaines médicales. Il nous semble que ce responsable des RH médicales doit être un PH puisque la majorité des médecins à l'AP sont des PH. Ce responsable pourrait travailler en lien avec la commission vie hospitalière et les directions des affaires médicales. Il ne lui incombera pas de tenir les tableaux de service, mais de travailler sur les questions de qualité de vie au travail (cf baromètre annuel évoqué un peu plus haut) et éventuellement sur les recrutements (à définir avec le responsable du DMU). Avec le responsable PNM du DMU, il pourra s'assurer que les effectifs nécessaires sont respectés (cf infra). Ce point nous semble d'autant plus important que d'après les récentes annonces gouvernementales, des évolutions sont prévues concernant les statuts des médecins ce qui risque de compliquer les choses.

L'organisation du DMU doit garantir la qualité et sécurité des soins dans ses service ainsi que du temps de concertation

- Chaque service définit les effectifs nécessaires de PM et PNM pour son fonctionnement optimal, ceux pour un fonctionnement dégradé qui ne doit pas devenir la norme, en fonction de sa typologie de patients et en accord avec les réglementations (soins intensifs, etc..), et les données de la littérature internationale
- Il doit exister du temps dédié pour les réunions de concertation au niveau des UF, services, site, DMU selon les besoins, sans qu'il y ait trop de réunions