COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 10 DÉCEMBRE 2013

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 11 MARS 2014

SOMMAIRE

I. Échange avec le directeur général de l'AP-HP 6

II. Informations communiquées par le président et la vice-présidente de la CME 9

III. Baromètre interne de l'AP-HP 11

IV. Avis sur le « contrat socle » du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'agence régionale de santé d'Île-de-France (Arsif) et l'AP-HP 14

V. Projet et organisation du comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT) 16

VI. Bilan social 2012 de l'AP-HP 18

VII. Révision 2014 des effectifs de praticiens hospitaliers 21

VIII. Approbation du compte-rendu de la réunion du 10 septembre 2013 22

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Echange avec le directeur général de l'AP-HP (M. Martin HIRSCH)
2. Informations communiquées par le président et la vice-présidente de la CME (Pr Loïc CAPRON, Dr Anne GERVAIS)
3. Baromètre interne de l'AP-HP (M. Antoine SOLOM, Institut IPSOS)
4. Avis sur le « contrat socle » du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) et l'AP-HP (Mme Florence LALARDRIE)
5. Projet et organisation du comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (Pr Loïc GUILLEVIN)
6. Bilan social 2012 de l'AP-HP (Mrs Christian POIMBŒUF et Jérôme HUBIN)
7. Révision 2014 des effectifs de praticiens hospitaliers (Pr Thierry BÉGUÉ, M. Jérôme HUBIN)
8. Questions diverses
9. Approbation du compte-rendu de la réunion du 10 septembre 2013

SÉANCE RESTREINTE

Composition C

Information sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers et praticiens des hôpitaux à temps partiel (publication du 15 octobre 2013, 2ème tour)

Avis sur trois premières demandes et trois demandes de renouvellement de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers et d'un praticien des hôpitaux à temps partiel

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix délibérative :***

- M. le Pr René ADAM
- M. le Pr Yves AIGRAIN
- M. le Pr Jean-Claude ALVAREZ
- M. le Pr Jean-Yves ARTIGOU
- Mme le Dr Isabelle BADELON
- M. le Pr Thierry BÉGUÉ
- M. le Dr Guy BENOIT
- Mme le Pr Catherine BOILEAU
- M. le Pr Loïc CAPRON
- M. le Pr Bruno CARBONNE
- M. le Pr Jean-Claude CAREL
- M. le Pr Pierre CARLI
- M. le Pr Stanislas CHAUSSADE
- M. le Pr Gérard CHERON
- M. le Pr Thierry CHINET
- M. le Pr Yves COHEN
- Mme le Pr Isabelle CONSTANT
- M. le Dr Rémy COUDERC
- Mme le Pr Béatrice CRICKX
- Mme le Dr Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le Dr Nicolas DANTCHEV
- M. le Dr Patrick DASSIER
- Mme le Dr Nathalie DE CASTRO
- M. le Pr Marc DELPECH
- Mme le Pr Élisabeth DION
- M. le Pr Jacques DURANTEAU
- M. le Dr Alain FAYE
- M. Mickaël FORTUN
- M. le Dr Jean-Luc GAILLARD
- M. le Pr Noël GARABÉDIAN
- Mme le Pr Pascale GAUSSEM
- Mme le Dr Anne GERVAIS HASENKNOPF
- Mme le Dr Louise GOUYET
- M. le Pr Bernard GRANGER
- M. le Pr Philippe GRENIER
- M. le Pr Bertrand GUIDET
- M. le Pr François HAAB
- M. le Dr Olivier HENRY
- M. le Pr Martin HOUSSET
- Mme le Dr Cécile HVOSTOFF
- M. le Dr Matthieu LAFAURIE
- Mme le Dr Anna LAMBERTI TELLARINI
- Mme Laura LECHIEN
- M. le Pr Paul LEGMANN
- Mme le Pr Ariane MALLAT
- M. le Pr Jean MANTZ
- Mme le Dr Lucile MUSSET
- M. le Pr Gilles ORLIAGUET
- M. le Dr Patrick PELLOUX
- Mme le Dr Julie PELTIER
- Mme le Dr Valérie PERUT
- Mme Caroline PRADINES
- M. le Pr Gérard REACH
- M. le Pr Christian RICHARD
- M. le Dr Frédéric RILLIARD
- M. le Pr Philippe RUSZNIEWSKI
- M le Pr Guy SEBAG
- M. le Dr Georges SEBBANE
- M. le Pr Alain SIMON
- Mme le Dr Annie ROUVEL-TALLEC
- M. le Dr Christophe TRIVALLE
- M. le Dr Jon Andoni URTIZBEREA
- Mme le Pr Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le Pr Dominique VALEYRE
- M. le Pr Jean-Philippe WOLF

- ***avec voix consultative :***

- Mme Corinne GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M. Martin HIRSCH, directeur général
- Mme Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers
- M. le Pr Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- M. le Pr Louis MAMAN, doyen de la faculté de chirurgie dentaire, Université Paris Descartes,
- M. le Pr Jean-Michel SCHERRMANN, doyen de la faculté de pharmacie, Université Paris Descartes

- M. le Pr Benoît SCHLEMMER, directeur de l'UFR de médecine de l'Université Denis Diderot
- M. Olivier YOUINOU, représentant du comité technique d'établissement central
- Mme Françoise ZANTMAN, directrice des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***
- M. le Pr Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris Est Créteil Val-de-Marne
- M. le Pr Serge UZAN, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie

- ***les représentants de l'administration :***

- Mme Monique RICOMES, secrétaire générale
- Mme Laure BEDIER, directrice des affaires juridiques
- Mme Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
- M. Jean-Michel DIÉBOLT, directeur médico-administratif
- M. Hubert JOSEPH ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication
- M. Christian POIMBŒUF, directeur des ressources humaines
- Mme Juliette TELLIER, directrice déléguée à la communication
- Mme Sibyle VEIL, directrice du pilotage et de la transformation

- M. Gérard COTELLON, directeur de cabinet par intérim
- M. Jérôme HUBIN, direction médico-administrative

- Mme Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- Mme Nadia BENZEKRI, cabinet de la présidence de la CME

- ***Représentant de l'ARSIF :***

- Mme Catherine BROUTIN-PIOLOT

- ***membres excusés :***

- Mmes et MM. les D^{rs} et P^{rs} Philippe ARNAUD, Cyril DAUZAC, Michel DRU, Fabienne LECIEUX, Guy LEVERGER, Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE, Michel ZÉRAH

La séance est ouverte à 8 heures 30 sous la présidence du Pr Loïc CAPRON.

L**e président** salue l'arrivée du nouveau directeur général de l'AP-HP, M. Martin HIRSCH. Le président l'invite à prendre la parole en introduction de la séance pour échanger avec la CME..

I. Échange avec le directeur général de l'AP-HP

Le directeur général, M. Martin HIRSCH, remercie les membres de la CME pour leur accueil depuis son arrivée. Il se réjouit par avance de ce qui pourra être entrepris ensemble.

M. Martin HIRSCH, se dit satisfait de la grande implication des médecins dans les décisions d'organisation et de gestion, mais aussi dans le dialogue social. Cela constitue une forme de démenti apportée au « capital réputationnel » parfois négatif de l'institution, accusée d'immobilisme et d'opacité. De telles attaques doivent être combattues afin que l'AP-HP puisse accéder aux financements nationaux. D'un autre côté, le « capital réputationnel » positif de l'institution, dont on loue l'excellence et la capacité d'innovation, doit être challengé en permanence.

Plus largement, il s'agit d'adopter une stratégie offensive, ce qui implique de savoir justifier les politiques menées. Dans cette optique, le sujet du système d'information s'impose comme une priorité. L'AP-HP accuse un retard important dans ce domaine, incompatible avec son ambition de constituer un interlocuteur incontournable.

Par ailleurs, l'institution ne peut uniquement baser la réduction de son déficit sur des économies et des réductions de personnel. Elle doit également mettre un terme au gaspillage lié au codage et à la facturation, souvent incorrects. Cette modernisation permettra de préserver la mission sociale de l'AP-HP tout en défendant l'accès de tous aux mêmes soins d'excellence.

Cette stratégie ne réduira pas à néant pas la diversité de l'AP-HP. À cet égard, **M. Martin HIRSCH** refuse d'opposer les enjeux d'excellence et les enjeux sociaux. De nouveaux équilibres sont à construire, notamment afin de concilier proximité et excellence.

Les querelles de pouvoir au sein de l'AP-HP tendent à neutraliser sa capacité de décision et d'action, compromettant ainsi son évolution à travers des projets de long terme. Dans le contexte actuel, d'autres acteurs, dont l'ARS, risquent de tirer parti de cette situation pour décider en lieu et place de l'AP-HP.

En outre, l'AP-HP étant le premier pôle hospitalo-universitaire, elle doit assumer le fait que l'hôpital et l'université ont un besoin vital l'un de l'autre.

M. Martin HIRSCH assure que la définition de la stratégie offensive qu'il appelle de ses vœux ne se fera pas « en chambre ». Il souhaite que l'AP-HP soit acteur à part entière de sa transformation. À cette fin, il s'appliquera à tenir un discours unique auprès de tous ses interlocuteurs, y compris lorsqu'il ne correspond pas à leurs attentes. De surcroît, seuls seront pris les engagements susceptibles d'être tenus.

Il n'entend pas jouer sur les divisions et souligne son attachement aux instances de représentation et au dialogue social, l'AP-HP ne pouvant fonctionner en l'absence de climat de confiance avec les représentants du personnel. Les changements devront ainsi s'opérer dans la concertation.

M. Martin HIRSCH indique avoir beaucoup travaillé depuis sa prise de poste sur le projet de l'Hôtel-Dieu. En effet, l'Institution doit être capable de traiter et d'assumer l'ensemble de sa cohérence hospitalière, Hôtel-Dieu inclus. Il explique avoir d'abord cherché à assurer le bon fonctionnement de l'Hôtel-Dieu, qui bénéficie d'une autorisation de SAU. Les mesures prises visaient à ce que le SAU de l'Hôtel-Dieu soit complémentaire de l'ensemble des services d'urgences de l'AP-HP, notamment ceux sur lesquels ont été transférés les flux de patients. Enfin, il s'agira de mettre l'Hôtel-Dieu en situation d'assurer un certain nombre de services complémentaires à ceux qui sont proposés par les groupes hospitaliers du cœur de Paris, tout en veillant à ce que ces derniers soient associés à leur mise en place.

M. Martin HIRSCH indique ensuite s'être efforcé de redonner une impulsion positive à l'ensemble des services d'urgence de l'AP-HP. La *Charte de l'aval des Urgences* sera ainsi prise en compte dans le dialogue de gestion avec les groupes hospitaliers.

S'agissant de la localisation du siège de l'AP-HP à l'Hôtel-Dieu, **M. Martin HIRSCH** affirme être conscient des inquiétudes suscitées par sa décision. Cependant, de nombreuses incertitudes ayant trait au bilan de l'opération (notamment la difficulté de vendre les locaux de l'avenue Victoria) empêchaient d'effectuer d'autres choix.

M. Martin HIRSCH propose d'envisager la problématique de l'Hôtel-Dieu en concevant un projet médical, de prévention et universitaire tourné vers les besoins de la population, de la science et de la médecine. Cette approche supposera de rechercher des partenaires et des financements.

Au vu de la masse de travail à accomplir, il n'est pas pertinent de mobiliser les équipes du siège sur l'implantation de leurs bureaux à l'Hôtel-Dieu. La priorité est aujourd'hui de construire pour cet établissement un projet mobilisateur et utile, qui puisse s'inscrire dans le plan stratégique.

Pour conclure, **M. Martin HIRSCH** estime que sa place de directeur général sera aussi souvent que possible auprès des hôpitaux, afin d'en appréhender au mieux la réalité.

Le Pr Guy SEBAG, qui préside la commission investissements de la CME, accueille M. Martin HIRSCH avec plaisir. Il lui rappelle que sans équipements les médecins sont comme des soldats sans arme. Il se dit inquiet et s'interroge : le nouveau directeur général va t-il être de ceux qui, comme certains par le passé, vont tripler la dette de l'Assistance Publique ?

Avec une capacité d'autofinancement réduite, les hôpitaux sont aujourd'hui dans une extrême difficulté. Les plans d'efficience se succèdent, et le taux de vétusté est très important. Le nouveau directeur général va-t-il être au contraire un tenant de l'orthodoxie budgétaire, face à des groupes hospitaliers en lutte dans des guerres fratricides pour obtenir des ressources et de l'équipement ? Il y a urgence à réarmer l'institution en matière d'investissement. Aussi interroge-t-il M. Martin HIRSCH: « Serez-vous ce directeur de l'investissement dont nous avons tant besoin ? ».

M. Martin HIRSCH convient que l'évolution de la dette est «intéressante et frappante ». Il rappelle qu'un plan stratégique et un contrat d'objectifs et de moyens servent à donner une vision sur l'investissement. Après une année où l'effort a porté sur les petits équipements, il ne s'agit pas de pas baisser la garde. Avec une dette qui s'élève déjà à 32 % des produits d'exploitation, il n'a pas l'intention de laisser à ses successeurs le soin de rembourser ses arriérés. Une stratégie offensive permet, sur la base de données fiable, de décrocher des

financements nationaux sur les gros projets d'investissement, afin de préserver une capacité d'investissement pour les équipements internes qui sont autofinancés. Le fait est qu'il faudra lutter contre la vétusté sans accroître la dette.

Le Dr Nathalie DE CASTRO s'exprime au nom des six praticiens hospitaliers de médecine présents en séance, qui ont été élus sur un programme commun comportant deux axes : lutter contre l'idée que l'hôpital serait une entreprise comme les autres ; diffuser l'information à l'ensemble de leurs collègues des GH, puisque jusque-là celle-ci ne descendait pas jusqu'aux professionnels postés au lit des malades. Sur le premier point, elle dit avoir appris au cours des deux dernières années que l'offre de soins s'appelait « parts de marché », que les malades étaient « des usagers » (sans doute avant de devenir des clients), que la qualité des soins se mesurait à l'aide d'indicateurs de performance mis au point par des personnes qui n'avaient jamais vu de malades, et que lorsque l'on supprime des postes de soignants, on fait de l'efficience. En bref, les médecins sont devenus des producteurs de soins. Conscients des difficultés de l'AP-HP, ceux-ci ne nient pas la nécessité de faire des économies. Mais ils estiment que celles-ci ont été faites au cours des dernières années, notamment au travers de restructurations et de suppressions de postes. Cette situation a entraîné un fort sentiment de démotivation des équipes, qui ont un sentiment d'abandon : alors que leurs conditions de travail se sont dégradées, on ne les écoute pas. Quelles mesures sont prévues pour améliorer les conditions de travail des soignants, pour valoriser leur travail et les associer aux décisions qui les concernent ? Les orientations de l'AP-HP vont-elles être choisies en fonction de besoins de santé où dans la poursuite de la course à la productivité. ?

M. Martin HIRSCH confirme que l'hôpital n'est pas une entreprise et que les patients ne sont pas des clients. Il dit avoir conscience du manque d'association des acteurs en amont des projets. Pour y remédier, il faut commencer par donner des signaux, et les discours ne sont pas inutiles à cet égard, quitte à marteler certains principes. Il faut ensuite démontrer que les méthodes ont changé. Le directeur général réfute le fait qu'il faille choisir entre l'esprit de l'hôpital et la productivité. Le GH Saint-Louis-Lariboisière-Fernand Widal par exemple a besoin d'un nouveau bâtiment, ne serait-ce que parce que la sécurité incendie des blocs opératoires du 3ème sous-sol n'est pas correctement assurée. Outre les blocs, on pourra y placer des services saturés, ce qui amènera plus de qualité, plus de sécurité, mais également plus de productivité, laquelle productivité doit consister avant tout à ne pas gaspiller des ressources, et en particulier des ressources humaines. Quant à l'expression « parts de marché », on l'entend beaucoup dans la bouche des médecins. Ils l'utilisent en particulier pour faire état du départ de patients de l'AP-HP vers le secteur privé lucratif. Pour faire face à ce phénomène, il faut mettre en place des parcours et des filières de soins tels qu'ils soient jugés naturels et efficaces pour le plus grand nombre de patients de faire appel au secteur hospitalier d'Île-de-France.

Le président souligne, en réponse au Dr Nathalie DE CASTRO, que la CME a fait un effort sans précédent pour informer l'ensemble de la communauté médicale grâce à son site internet très dynamique. Il demande au directeur général d'apporter son soutien à ce site.

Le Dr Patrick PELLOUX constate que le nouveau directeur général prend ses fonctions alors que l'hiver arrive. Il se souvient d'avoir interrogé en vain Claude ÉVIN sur le lien entre l'AP-HP et le SAMU social. Or c'est un honneur pour l'institution de prendre en charge la très grande pauvreté et la très grande précarité, dont le poids s'accroît en période de crise. Malgré un tel contexte, le lien avec le SAMU social se dégrade, et le dialogue ne se construit pas, l'ARS restant totalement absente sur ce point. Qu'est-il prévu pour améliorer ce type de prise en charge ? **Le Dr PELLOUX** regrette certaines décisions de l'ARSIF, comme la fermeture de la

réanimation d'Arpajon, de la maternité de Dourdan et d'autres services en Seine-et-Marne, dont il résulte que les patients se dirigent vers Paris pour être soignés, provoquant un engorgement.

M. Martin HIRSCH se déclare convaincu du fait que la prise en charge conjointe du social et du médical n'est pas souhaitable, comme il est convaincu de l'attachement du corps médical de l'AP-HP à assumer la mission sociale, comme en atteste la position des président de CMEL qu'il a rencontrés. Il dit avoir prévu de rencontrer prochainement les acteurs du SAMU social. En ce qui concerne les relations avec l'ARS, elles dépendront de la qualité de la stratégie offensive développée par l'AP-HP.

Le président ne pense pas que l'ARS veuille défavoriser la Seine-et-Marne, en renvoyant tous ses habitants vers Paris. Elle met au contraire constamment en avant son souhait de lutter contre la désertification médicale ded ce département, comme en témoigne l'ouverture de l'hôpital de Jossigny.

Le Pr Serge UZAN déclare au directeur général, en ouverture de son propos qu'il est « le bienvenu chez lui ». Après avoir affirmé qu'il n'a jamais été dans les intentions de l'Université de dicter les restructurations de l'AP-HP, il estime que l'attractivité est un impératif et qu'il faut que les malades viennent s'y faire soigner parce que les médecins y pratiquent des actes que les autres ne font pas. Or, ce que ces médecins font de mieux, c'est du « H » et du « U » avec l'ARS, dans une optique d'animation du territoire. À cet égard, l'hôpital Jossigny, qui accueille 5 000 nouveaux cas de cancer par an, est exemplaire, malgré ses difficultés.

M. Martin HIRSCH partage ce point de vue.

II. Informations communiquées par le président de la CME

Le président fait part, avec tristesse du décès du Pr Pierre-Louis MICHEL, le 17 novembre 2013, alors qu'il exerçait comme professeur de cardiologie dans le groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Pitié- Salpêtrière-Charles Foix*. Il souhaite saluer sa mémoire et laisse la parole au Pr Jean-Yves ARTIGOU en qualité de représentant de la cardiologie et au Pr Philippe GRENIER, président de la CMEL du GH.

Le Pr Jean-Yves ARTIGOU, donne lecture du message suivant : « *Pierre-Louis MICHEL nous a quitté le 17 novembre, au terme du longue maladie qui l'a emporté en 18 mois, alors qu'il avait seulement 62 ans. Très lucide sur sa maladie, il a fait preuve jusqu'au bout d'un courage qui force l'admiration de tous ceux qui l'ont entouré. Quelques jours avant son décès, il avait tenu à participer à notre réunion de collégiale pour démissionner de ses fonctions de coordonnateur du DES. Cardiologue orienté vers les maladies valvulaires, c'était un élève de Jean ACAR, avec lequel il a fait une partie importante de sa carrière à Tenon. Nommé PU-PH en 1995, il succède en 2001 à son patron à la tête du service et assure avec compétence les fonctions de chef de service à Tenon jusqu'en 2011, date à laquelle il rejoint l'équipe de la Pitié-Salpêtrière. Pratiquant lui-même les explorations complémentaires, dont la coronarographie, il était avant tout un grand clinicien, très apprécié par ses patients et son équipe. Excellent golfeur, d'un abord initialement discret, certains diront un peu secret, son interlocuteur découvrait rapidement sa gentillesse et son grand sens de l'humour. Pierre-Louis et son épouse Catherine, également médecin néphrologue à l'Assistance Publique, avec laquelle il était uni depuis 41 ans, avaient transmis leur passion à l'un de leurs trois enfants, Pierre-Antoine, néphrologue à Tenon, auquel nos pensées vont ainsi qu'à toute sa famille».*

Le Pr Philippe GRENIER déclare que la disparition de Pierre-Louis MICHEL a beaucoup attristé la communauté médicale de la Pitié-Salpêtrière, qu'il a rejoint à l'occasion de l'ouverture de l'Institut du cœur. Lui et son équipe ont été très bien intégrés dans le département de cardiologie. Il s'est avéré très rapidement que Pierre-Louis MICHEL était un remarquable clinicien, un travailleur acharné, très proche de ses patients qui lui étaient extrêmement attachés. Parallèlement, il s'est affirmé comme un remarquable enseignant, doté d'un vrai talent pédagogique. Il était un véritable maître en compagnonnage ainsi qu'un fervent défenseur de l'enseignement au lit du patient, ce qui ne manquait pas d'attirer les internes. Il est vrai qu'il était parfaitement lucide de l'état de sa maladie. Bien qu'il en ait souffert terriblement, il a gardé un sens des responsabilités jusqu'au bout, avec un extrême courage et une grande dignité.

Une minute de silence est respectée en la mémoire du Pr Pierre-Louis MICHEL.

Le président accueille à la CME Mlle Laura LECHIEN, nommée par le directeur général en qualité de représentante des internes d'odontologie.

Le président indique que le décret du 20 septembre 2013 relatif à la CME prévoit aussi la désignation de représentants des étudiants hospitaliers et l'élection d'une seconde représentante des sages-femmes qui siègera aux côtés de Mme Caroline PRADINES. La direction médico-administrative (DMA) est chargée d'organiser le scrutin.

Le directoire de l'AP-HP a été dissout, suite au départ de Mme Mireille FAUGÈRE. Le président de la CME, vice-président chargé des affaires médicales et le Pr Benoît SCHLEMMER, vice-président doyen, en sont des membres de droit. Le directeur général doit désigner (a) deux membres médecins sur proposition conjointe du président de la CME et du vice-président doyen, (b) le vice-président recherche. Le directoire siègera dans sa nouvelle configuration le 17 décembre 2013.

Mme Sibyle VEIL a organisé un séminaire le 14 novembre dernier par pour réaliser un point d'étape sur les travaux des 20 groupes de travail transversaux du plan stratégique. La synthèse des échanges de ce séminaire est disponible sur le site de la CME. Le prochain séminaire aura lieu le 24 janvier 2014, pour conclure cette première phase de conception du plan stratégique 2015-2019.

La sous-commission *Vie hospitalière* (s-CVH de la CME), présidée par le Dr Patrick DASSIER, a mis en place un dispositif d'aide et de soutien aux médecins, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes en situation de souffrance professionnelle. La principale nouveauté est la création d'une messagerie dédiée, où les susdits pourront signaler leurs soucis et recevoir des conseils, en coordination avec les représentants médicaux de leur GH (chef de pôle, CMEL et s-CVH locale). Le dispositif est précisé dans un courrier adressé aux présidents des CMEL et des-CVH locales.

Le Dr Nicolas DANTCHEV, vice-président de la s-CVH, précise que la sous-commission centrale agit en relais des s- CVH locales quand celles-ci ne sont pas en capacité de traiter les situations.

Le président souhaite tout le succès qu'elle mérite à cette initiative.

Le Dr Anne GERVAIS souhaite intervenir sur la précarité et les enjeux financiers qui en découlent. En effet, la prise en charge de patients précaires entraîne 45 millions d'euros de

surcoût. À ce sujet, il est prévu que dans la semaine du 14 au 20 décembre, les assistantes sociales des services de médecine de chirurgie et de psychiatrie passent dans les services de SAU afin de faire un recensement des items connus par les systèmes d'informations de l'AP-HP (CMU, AME, SDF, etc.), mais aussi pour faire le point sur les modes d'hébergement et l'isolement social dont l'impact est important sur la prise en charge et la gestion de l'aval des urgences.

III. Baromètre interne de l'AP-HP

M. Antoine SOLOM, de l'Institut IPSOS, rend compte d'une synthèse des résultats du baromètre réalisé au printemps 2014 auprès de l'ensemble des collaborateurs de l'AP-HP. Celui-ci a donné lieu à 22 500 réponses, soit un taux de participation de 26 %, qui est plutôt homogène entre les entités, bien que les médecins en formation aient été très difficiles à joindre, alors que 33% des médecins titulaires ont répondu.

1. Un travail valorisant, mais un fort besoin de reconnaissance et d'accompagnement

L'ensemble des personnels de l'AP-HP a répondu massivement que le contenu de son travail était satisfaisant et lui permettait de renforcer ses compétences, avec dans le corps médical le sentiment de participer à la recherche et à l'innovation. Le rapport au travail est beaucoup plus fort et affectif que ce que l'on observe en général dans les entreprises privées. Toutefois, 37 % du PM(personnel médical) et un peu plus de 40% l'ensemble des personnels de l'AP-HP déclarent que leur motivation est en baisse, alors que ce taux est de 30% environ dans la population des salariés. Le phénomène est d'autant plus inquiétant qu'il commence à partir de deux ans d'ancienneté, voire dès le début de carrière pour les personnels paramédicaux. Cela s'explique par un problème de reconnaissance du travail, et l'absence de possibilités d'évolution perçues au sein de l'AP-HP.

Les éléments collectés sur l'environnement de travail font apparaître de tensions existant moins avec les patients ou les familles de patients qu'entre agents, 46 % des PM répondant être concerné souvent ou de temps en temps par des situations conflictuelles entre collègues, comme c'est le cas pour l'ensemble de l'AP-HP. Face à ces situations, il y a peu de soutien, peu d'accompagnement.

L'évaluation de la qualité des soins est jugée très bonne ou excellente par seulement une minorité du personnel médical (PM), sans beaucoup de variations entre établissements, et cela malgré le fort investissement de chacun dans son travail.

2. La qualité de vie au travail et l'organisation

Si l'environnement et le climat de travail sont jugés en général très positivement, le vrai point de repère c'est le service. Or 51% du PM ont un jugement critique sur la répartition de la charge de travail, et 63% expriment le même jugement sur l'organisation du travail et le respect des plannings. Cette opinion vaut pour toutes les catégories. Il est à noter toutefois que les agents sont très satisfaits de leurs horaires de travail et de l'équilibre trouvé entre leur vie privée et leur vie professionnelle.

En ce qui concerne la collaboration et le partage 63% des PM estime que les propositions d'amélioration faites par les professionnels ne sont pas prises en compte. Il en va de même pour le personnel paramédical. Dans cet univers où tout le monde se respecte, on échange finalement assez peu. Sur le sujet spécifique de la collaboration au sein du service entre le

personnel médical et le personnel paramédical, le PM dit que cela va plutôt bien, le paramédical est loin d'être de cet avis, puisqu'il y a 20% d'écart entre les deux populations, écart qui atteint même 30% avec les chefs de service et les chefs de pôle. Et tout le monde se rejoint pour estimer que la collaboration au-delà de l'unité de travail est loin d'être optimale. Au plan matériel, le jugement est particulièrement critique en ce qui concerne l'informatique.

3. Capital attachement à l'institution

Le sujet de l'attachement à l'institution relève du paradoxe : d'un côté on est plutôt fier de travailler à l'AP-HP (66% du PM, 69% sur l'institution) et dans son service (94%), on recommanderait très largement l'institution à un proche qui devrait être hospitalisé et on est très fier du travail que l'on y réalise ; d'un autre côté on peut s'interroger sur les raisons d'un tel sentiment d'appartenance, alors que seulement 15% des PM se disent informés des projets de l'AP-HP, un taux qui se retrouve chez les chefs de pôle ou de service, ce chiffre n'atteignant par ailleurs que 66 % chez le personnel médical (PM) pour les projets concernant l'unité de travail (55% en moyenne sur l'institution), alors qu'à cette échelle règne une ambiance assez fusionnelle. Le déficit de vision et de partage est donc manifeste.

4. Priorités

À la question ouverte portant sur les priorités, les praticiens ont établi la hiérarchie suivante :

- les conditions du travail ;
- la reconnaissance du travail ;
- l'organisation du travail ;
- la formation et le développement personnel ;
- le management ;
- la qualité des soins.

Les réponses des chefs de services et des chefs de pôle mettent en avant le management et la responsabilisation des professionnels.

Le Pr Benoît SCHLEMMER constate avec étonnement qu'aucune question n'a été posée au personnel du premier CHU du pays, qui concentre 40 à 50 % de la recherche clinique et forme des professionnels de santé, sur le fait que l'AP-HP soit aussi une structure de formation et de recherche. C'est à son avis une carence regrettable.

M. Antoine SOLOM explique que le questionnaire a été construit en concertation avec des représentants du personnel médical et qu'en outre il a fallu limiter sa longueur. Une question fait cependant référence au sentiment d'être impliqué dans la recherche et l'innovation, qui est très élevé chez le PM.

Le Dr Nicolas DANTCHEV indique que la s-CVH est en train d'analyser en détail les résultats du baromètre. Il s'inquiète du fait qu'environ 20% des praticiens hospitaliers titulaires de moins de 50 ans déclarent avoir l'intention de quitter l'AP-HP au cours des deux prochaines années. Il est à noter que ce taux est très supérieur au taux de démissions ou de départs constaté à ce jour, qui avoisine 1%.

M. Antoine SOLOM rappelle qu'une déclaration d'intention ne vaut pas un passage à l'acte. Ce résultat doit en outre être rapproché de ceux qui portent sur la motivation.

Le Dr Patrick DASSIER fait valoir que le baromètre concernant l'ensemble de l'AP-HP, les questions n'ont pas été ciblées sur la relation hôpital/université, point qui pourrait faire l'objet d'une enquête ultérieure. En tant que président de la la s-CVH, il déclare ne pouvoir se satisfaire d'une enquête faisant apparaître que les quatre problèmes majeurs pour les praticiens hospitaliers à l'APHP sont : 1) les conditions de travail, 2) la reconnaissance du travail, 3) l'organisation et 4) la formation. Il reste manifestement beaucoup de travail à faire , en particulier pour être attractif à l'égard des professions où la démographie est très faible, comme celle des anesthésistes, des radiologues ou et des psychiatres.

Le Dr Guy BENOIT se dit frappé par la différence de point de vue entre les chefs de pôle et les autres personnels, et en déduit un vrai déficit d'information et de communication. C'est pourquoi il recommande de diffuser ce baromètre social le plus largement possible. Il retient que 75% des personnels recommanderaient l'AP-HP si l'un de leurs proches était hospitalisé, mais note que le compte-rendu de référence indique (page 102) que le PM ne recommanderait son pôle qu'à 59% et que ce taux descend à 56% dans le corps de la direction.

Le Dr Julie PELTIER estime que le baromètre reflète bien la démotivation des médecins et des équipes sur le terrain, qui ont le sentiment d'être écartés des décisions, y compris de celles qui impactent directement leur organisation de travail. Elle espère que le diagnostic qui est fait se traduira par des actions correctrices concrètes. Elle indique que la CVH a réalisé une enquête sur le personnel médical, dans laquelle le *burn out* et les problématiques d'organisation du travail sont évoqués, et qu'il était question de profiter du financement IPSOS pour le diffuser. Elle souhaite en connaître le calendrier.

M. Jean-Michel DIÉBOLT ne peut préciser l'échéancier de diffusion, mais indique que le financement d'une enquête spécifique aux médecins est prévu pour 2014.

Le président rappelle que le constat des situations inquiétantes ne s'assortit pas nécessairement de solutions efficaces.

M. Antoine SOLOM estime que les écarts de résultats constatés entre pôles ou hôpitaux, notamment en ce qui concerne l'efficacité perçue du travail, peuvent suggérer des solutions.

Le directeur général, M. HIRSCH considère pour sa part que ce n'est pas parce que des constats difficiles sont posés que l'on ne doit pas y trouver de solution. Au contraire, il est indispensable d'en trouver.

Le président estime que la prochaine édition du baromètre prévue dans deux ans, sera riche en enseignement, et que les résultats pourraient s'avérer cruels si aucune action n'est engagée.

Le Pr Bernard GRANGER rappelle au directeur général à propos de la solidarité avec les personnels soignants, que les médecins ont défilé avec eux dans la rue contre la loi HPST, alors qu'il était lui-même au gouvernement. Il constate par ailleurs l'attachement connu et reconnu des médecins aux services, même si le questionnaire ne parle, et c'est dommage, que des « unités de soin » ou des pôles. Aussi, sans préconiser de supprimer les pôles, dont l'existence est prévue par la loi, il rappelle que la cellule de base de l'organisation hospitalière est le service. Enfin, il dit espérer que le sous-titre du baromètre social « écouter pour agir » ne restera pas vain.

Sans contester la qualité du travail effectué, **Le Dr Patrick PELLOUX** s'interroge sur le coût de réalisation d'un baromètre dont les résultats étaient selon lui déjà connus, alors que l'AP-

HP traverser une période de « disette » actuelle. Il déclare partager le constat selon lequel l'unité de fonctionnement pertinente est le service, c'est-à-dire l'unité de proximité, et non le pôle.

M. Christian POIMBŒUF indique que le présent questionnaire et le suivant ont valu à IPSOS un marché 250 000 euros, auxquels il faut ajouter 30 000 euros pour la plateforme qui sera mise en place début janvier 2014, soit 3 euros par agent. Il souligne par ailleurs que l'on pensait recueillir des résultats beaucoup moins bons sur les questions relatives à l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle et les conditions de travail. En revanche, on n'anticipait pas un tel volume de démotivation, et surtout à une propagation aussi rapide de celle-ci. Il y a là un vrai sujet qui appelle des actions.

Le Pr Gérard REACH recommande de demander aux personnes interrogées les solutions qu'elles préconisent, dans le cadre d'un « agir ensemble ».

M. Christian POIMBŒUF indique que les résultats du questionnaire sont mis à disposition dans les GH, les hôpitaux et les pôles, afin que chacun prenne le temps de les analyser. L'objectif qui a été assigné aux GH est de se mobiliser en interne pour bâtir un plan d'actions, en privilégiant les notions de service et d'unités de travail.

Le Pr Paul LEGMANN souligne la variété des types de pôles sur lesquels certains crient haro. Leur responsable doit faire en sorte que les chefs de service travaillent ensemble, dans l'intérêt du pôle et du GH. Le déficit d'information, aussi bien vers les cadres que vers les praticiens hospitaliers, est cependant indéniable. Il observe que plus la structure est éloignée du praticien plus ce déficit est important, pour culminer avec le Siège dont beaucoup savent à peine qu'il existe. Enfin, il faut prendre en compte le fait que la loi HPST n'a pas complètement abouti, comme l'atteste la création d'un comité de suivi des pôles.

IV. Avis sur le « contrat socle » du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) et l'AP-HP

Mme Florence LALARDRIE présente la première étape d'un processus qui va aboutir à la signature du CPOM pour la période 2013-2018, suite réglementaire de la publication du projet régional de santé (PRS) signé par M. Claude ÉVIN en décembre 2012. Le CPOM vise à organiser l'offre de soins, en cohérence avec le SROS et le PRS, dans le cadre du ou des territoires d'implantation des établissements.

Le contexte a évolué depuis le précédent CPOM (2007-2012), puisque les agences régionales de santé ont été mises en place, avec un domaine d'attribution élargi au médico-social, à la prévention et à la médecine de ville. Cela induit des organisations beaucoup plus transversales en termes d'interfaces et de parcours. D'autre part, la loi HPST a mis en avant le PRS comme la base d'organisation et d'évolution de l'offre de soins et de santé. Il se retrouve dans le contrat d'objectifs et de moyens, qui se décline dans les plans stratégiques des établissements de santé. Le CPOM prendra donc en compte les orientations stratégiques de l'AP-HP.

Pour des raisons de calendrier et d'organisation du travail, l'ARS d'Île-de-France a scindé le CPOM en deux parties, étant entendu que celui-ci doit être signé pour les quelque 500 établissements d'Île-de-France au plus tard le 28 décembre 2013. Le « contrat socle » qui sera signé à cette date, constitue une base administrative réglementaire constituée d'un contrat type complété par une base historique des autorisations d'activité de soin, des reconnaissances

réglementaires, des missions de service public et des attributions financières au titre des missions d'intérêt général (MIG). Dans un deuxième temps, l'avenant contractuel donnera lieu à une négociation avec l'ARS au cours du 1er semestre 2014. Des engagements seront pris en nombre limité, sur la base du SROS-PRS et en lien avec les projets territoriaux et les orientations stratégiques de l'AP-HP. Ces engagements seront évaluables et ajustables dans le temps.

Le président signale qu'il aurait été opportun d'indiquer précisément la nature de la demande d'avis de la CME. Le « contrat socle » constitue la base du contrat qui sera signé l'été prochain entre l'ARSIF et l'AP-HP. C'est un état des lieux des autorisations et reconnaissances d'activités de soins, un recensement des autorisations dont jouit l'AP-HP. Le calendrier prévoit une signature de ce contrat socle avant le 31 décembre 2013. Le CPOM complet sera négocié au premier semestre 2014 et présenté en CME. Ce qui est sollicité aujourd'hui est l'avis non bloquant de la CME uniquement pour le contrat socle.. Le président indique ne pas avoir identifié de raison valable de s'y opposer.

Le Pr Yves AIGRAIN observe que si les MIG (missions d'intérêt général) ont progressé au cours des dernières années, la part qui en revient à l'AP-HP n'a pas suivi la même évolution. Il demande si des engagements sont pris à cet égard.

Mme Florence LALARDRIE répond que le « contrat socle » se borne à une reprise des notifications de 2012, avant une négociation portant sur la période 2013-2018.

Le Dr Patrick PELLOUX remarque que cette période verra des départs à la retraite massifs parmi les soignants et s'inquiète de l'existence d'un volet social portant sur le recrutement. A moins que l'on profite encore de la nécessité d'économiser pour ne pas remplacer des départs à la retraite, et aggraver ainsi les conditions de travail des médecins.

Mme Florence LALARDRIE indique que l'avenant contractuel comportera des grands chapitres, dont l'un portera sur la politique des ressources humaines.

Le président souligne que le « contrat socle » est une photographie du passé plutôt qu'une projection vers l'avenir. L'important sera ce qui sera construit à partir de ce socle, et ce n'est pas l'objet de la présente consultation.

Le Dr Anne GERVAIS note qu'il est question de « *l'évaluation des résultats sur la base des indicateurs prévus au contrat* » et s'enquiert des modalités d'établissement et de contrôle de ces indicateurs.

Mme Florence LALARDRIE explique, sur la base de l'expérience du premier CPOM, que des indicateurs cibles seront associés à chaque objectif fixé.

Le directeur général, M. Martin HIRSCH confirme que le « contrat socle » relève d'un constat partagé. Il est signé pour éviter que les autorisations en vigueur tombent. L'avenant qui sera associé à ce constat sera la substance sur laquelle l'AP-HP s'engagera, en faisant en sorte d'être à l'origine de la définition des indicateurs retenus. Quant aux moyens en personnel, ils sont définis dans le cadrage 2014 qui sera débattu plus tard en séance.

L'avis relatif au contrat socle du CPOM est adopté à la majorité des suffrages avec 44 voix pour, 17 abstentions. Aucune voix contre n'est enregistrée.

V. Projet et organisation du comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT)

Qu'est-ce que le CEDIT?

Le Pr Loïc GUILLEVIN rappelle que le CEDIT, qu'il préside, est un comité interne à l'AP-HP créé en 1982 pour donner des avis sur l'acquisition et l'implantation de nouveaux matériels dans les hôpitaux, ainsi que sur la performance des technologies existantes. Il assure aussi une veille technologique pour l'institution. Enfin, il est impliqué dans des réseaux nationaux et internationaux liés à l'évaluation.

Le CEDIT « plénier » se compose de :

- représentants des collégiales de médecins ;
- représentants de l'administration
- d'un secrétariat scientifique composé d'un médecin, d'un méthodologiste, de deux ingénieurs et d'une secrétaire à temps partiel, ainsi qu'une interne de Santé Publique.

Fonctionnement du CEDIT

Il est à noter que le budget de fonctionnement du CEDIT ne prévoit pas de financement de la réalisation des évaluations. Si le Comité peut être saisi par le directeur général, le président de la CME, les Collégiales ou tout membre de l'AP-HP, il peut également s'autosaisir. En 2014 le CEDIT prévoit la publication d'études sur les ECMO (*extra corporeal membrane oxygenation*) et les *stents* résorbables. Ses rapports font l'objet d'une diffusion assez confidentielle, aux seules personnes qui en font la demande, alors qu'une diffusion large serait souhaitable en interne comme en externe.

Le CEDIT collabore avec des structures équivalentes des grands CHU de province, afin d'éviter des procédures d'évaluation redondantes. Au plan international, il participe au HTA (*health technology assessement*).

Pour se faire connaître, le CEDIT a mis en place depuis deux mois un site internet cedit.aphp.fr. Tous les documents utiles, dont les avis déjà rendus, y sont disponibles, ainsi qu'un moyen de saisine du comité. Une *Lettre de veille technologique* est rédigée pour chaque discipline.

Nouveaux projets pour 2014

Les projets pour 2014 portent sur les sujets suivants :

- les robots pédiatriques (avec choix d'un site d'implantation dès la mi-janvier) ;
- les échanges plasmiques (la dernière évaluation sur le sujet date de 1994) ;
- les implants cochléaires ;
- la désinfection par rayon ultraviolet des sondes d'investigation et d'exploration rectales et vaginales.

Dans le cas des robots pédiatriques, un avis sera rendu dans un délai de deux mois. Une saisine portant sur une revue bibliographique de la littérature prend quinze jours. Pour la désinfection par rayon ultraviolet, le rendu d'avis prendra plus d'un an.

Comment améliorer le CEDIT

L'amélioration du CEDIT passe par :

- une facilitation des saisines, éventuellement grâce à la mise en place d'un guichet unique ;
- augmenter le nombre de projets à évaluer ;
- conduire plusieurs évaluations en parallèle ;
- évoluer de l'évaluation d'une innovation vers l'évaluation de techniques de soins ou d'organisation des soins ;
- diffuser les résultats des travaux effectués dans la presse scientifique ;
- donner au CEDIT une attache administrative correspondant aux missions qu'il effectue, tout en sécurisant son personnel (trois des quatre personnes affectées ont des statuts précaires) et ses moyens de fonctionnement.

Pour mémoire, **le Pr Loïc GUILLEVIN** indique que les grands CHU consacrent des budgets compris entre 1 à 1,5 million d'euros par an à l'innovation. Des pistes de financement existent notamment en évitant l'acquisition de matériels hors marché et hors évaluation.

Le président estime que l'auto-saisine du CEDIT doit être favorisée, mais doit passer par un contrôle du président de la CME et du directeur général, comme c'est la règle pour ce type de procédure. Concernant la forme, il souhaite que le logo de l'AP-HP soit nettement apparent sur le nouveau site du CEDIT.

Il souhaite que le CEDIT soit aussi saisi sur des sujets relatifs à l'organisation médicale et à l'organisation des soins. Enfin, le comité a besoin, pour être efficace, de moyens financiers et d'une attache administrative claire, sans doute la DMA.

Le Pr Philippe RUSZNIEWSKI demande ce qu'il en est d'un éventuel financement par la DRCD.

Le Pr Loïc GUILLEVIN admet que la DRCD est une source de financement possible, mais difficilement mobilisable alors que le budget du PHRC est en baisse. Le financement peut aussi provenir de la recherche fondamentale.

Le président estime que le maintien du rattachement du CEDIT à la DRCD est loin d'être acquis, même s'il a un fondement historique.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE demande si le CEDIT peut être saisi pour des matériels consommables non inscrits à la nomenclature ou en cours d'évaluation par les autorités.

Le Pr Loïc GUILLEVIN répond positivement. Il constate que les matériels bénéficiant d'un marquage CE n'ont jamais été évalués et qu'ils sont achetés par les directions hospitalières hors validation du siège et de l'AGEPS. En pratique, c'est le temps qui décide de l'intérêt de la technique. C'est une pratique qu'il faut faire cesser. Tout nouveau matériel doit être évalué. Le budget consacré par un hôpital à l'acquisition d'un matériel hors marché pourrait être consacré à l'évaluation elle-même.

Après avoir constaté que le CEDIT, un des fleurons de l'institution, a trouvé un maître à sa mesure, **le Dr Alain FAYE** demande si toutes les collégiales chirurgicales ont nommé un représentant en son sein.

Le Pr Loïc GUILLEVIN confirme que toutes les collégiales ont délégué des membres au sein du CEDIT.

M. le Pr Jean-Philippe WOLF s'enquiert d'un montant d'investissement en dessous duquel il ne serait pas utile de saisir le CEDIT.

Selon **le Pr Loïc GUILLEVIN** tout équipement est éligible, étant entendu que les dispositifs médicaux sont évalués par la COMEDIMS. Le niveau d'investissement ne justifiant pas l'intervention du CEDIT se définit au cas par cas.

Le Pr Yves COHEN préconise, dans la mesure où le personnel infirmier utilise souvent les innovations thérapeutiques, il lui paraît essentiel de l'associer à l'évaluation des nouveaux dispositifs médicaux.

Le Pr Loïc GUILLEVIN est d'accord avec cette suggestion et rappelle que la présidente de la commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation est membre du CEDIT.

Le Pr Serge UZAN recommande que le CEDIT se rapproche des universités disposant d'UFR d'ingénierie en santé. C'est le cas de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie qui a remporté le plus de brevets en 2013.

Le Pr Loïc GUILLEVIN approuve cette suggestion.

Le Pr Paul LEGMANN demande ce qui est prévu en matière d'évaluation du PET IRM.

Le Pr Loïc GUILLEVIN évoque une revue de la littérature existante. Dès que la saisine sera faite, l'implantation et l'évaluation de ce matériel seront envisagées. Les indications du PET SCANNER dans les pathologies inflammatoires non cancéreuses devront faire aussi l'objet d'une évaluation.

VI. Bilan social 2012 de l'AP-HP

M. Jérôme HUBIN HUBIN présente l'évolution des effectifs médicaux entre 2010 et 2012. La synthèse fait apparaître que celui des seniors est en diminution de 0,43%, ce qui reflète à la fois la contrainte existant sur cette population et la difficulté de recruter et de fidéliser certains médecins dans un contexte démographique très défavorable. L'effectif des internes et résidents progresse de 36,43% en conséquence de l'élévation récente du numerus clausus en région Île-de-France.

On observe une hausse des effectifs des PH seniors depuis dix ans, du fait de la révision des effectifs, même si cette hausse se limite à 0,81% entre 2010 et 2012. Dans la mesure où l'on finance les nouveaux postes de PH sur la base des rendus de vacation, cette évolution s'est faite au détriment du temps de travail des praticiens attachés seniors, qui ne représentent plus que 28% des équivalents temps plein médicaux seniors de l'AP-HP tandis qu'en effectif physique, cette part est de 42%. La part relative des personnels hospitalo-universitaires est stable. Les praticiens attachés ne travaillent en moyenne que quatre demi-journées par semaine à l'AP-HP. Ce chiffre est assez stable sur dix ans, ce qui illustre le lien entre l'hôpital et la ville.

Si la part des hospitalo-universitaires à l'AP-HP est conforme à celle de la moyenne des CHU, l'AP-HP se distingue par une sous-représentation des PH et la sur-représentation des praticiens contractuels (+8%). Cet écart relatif est cependant en cours de réduction en raison

de la politique de titularisation menée depuis plusieurs années, laquelle a une incidence sur la rigidification de la structure des emplois médicaux de l'institution.

Si l'âge moyen des médecins, toutes catégories confondues, a augmenté de deux ans entre 2002 et 2012, cela recouvre des évolutions très disparates selon les grades et les spécialités.

Seulement 18,9% des PU-PH sont des femmes, alors que le taux de féminisation des autres grades dépasse toujours 50%. Il atteint 63% chez les internes, ce qui induit que les effectifs médicaux de l'AP-HP vont fatalement se féminiser à l'avenir.

On observe que le taux de départs constaté pour la catégorie des PH a cru de 32% entre 2009 et 2012 et ce chiffre ne prend même pas en compte le fait que 93 PH sont partis pendant cette période en disponibilité sans jamais revenir. Ce constat alarmant fait écho au sentiment de démotivation mis à jour par le baromètre interne présenté précédemment par IPSOS. Il se retrouve aussi dans l'enquête réalisée au mois de mai 2013 auprès des internes, selon laquelle un grand nombre d'entre eux envisagent de s'orienter soit vers un exercice mixte, soit vers un exercice libéral, après quelques années d'expérience hospitalière.

Enfin, dans un contexte de stabilité de l'effectif médical, la progression de la masse salariale afférente s'est ralentie, pour passer de 2,62% en 2009/2010 à 0,54% en 2011/2012. Celle-ci a représenté 926 millions d'euros en 2012, dont 69% sont affectés au traitement brut et 9% à la permanence des soins.

Pour la partie relative au personnel non médical, **M. Christian POIMBŒUF** précise que la présentation tardive du bilan social tient à la prise en compte de la modification de nombreux indicateurs. De plus, ce bilan n'est plus une photographie au 31 décembre, mais rend compte de moyennes annuelles. Après une décroissance en 2011 liée à des difficultés de recrutement dans certaines catégories professionnelles, l'évolution est repartie à la hausse en 2011, du fait en particulier des nombreux recrutements infirmiers effectués. On observe une légère diminution du nombre de titulaires et de stagiaires, une relative stabilité des contractuels de remplacement, mais une croissance importante des contractuels sur poste permanent. Il est à noter cependant que la loi Sauvadet de mars 2012 oblige l'institution à résorber l'emploi précaire. Dans de nombreux cas les contractuels remplacent des personnels titulaires ou stagiaires absents pour raison de congé maladie, de congé de maternité ou de congé de longue durée.

L'absentéisme a globalement diminué de 2010 à 2012, à l'exception du personnel du secteur médico-technique. C'est sans doute l'effet de l'application du jour de carence sur les congés de courte durée, lequel est abrogé dans la loi de finances de 2014.

Au plan des accidents du travail et des maladies professionnelles, on constate une moindre fréquence, mais une augmentation de la gravité. Le CHSCT a décidé d'analyser ce fait. Le taux d'actualisation du document unique des unités de travail, qui traite des risques professionnels et doit être porté à la connaissance de l'ensemble des agents, n'est que de 34%. Un effort de mobilisation doit être réalisé à cet égard. Le taux d'emploi de travailleurs handicapés a légèrement progressé, même s'il reste en deçà du seuil légal de 6%, malgré le recours à des ateliers protégés dans le cadre de nombreux marchés publics.

On constate une diminution du nombre de promotions professionnelles, par le biais de « l'ascenseur social » (accompagnement dans leurs études des agents pressentis pour une promotion). Un débat aura lieu à cet égard dans le cadre du prochain plan stratégique. L'effet

de la réingénierie des diplômes ayant accru les exigences académiques, un accompagnement plus en amont des candidats doit être mis en place. On observe enfin une diminution du nombre de jours de formation, même si l'obligation légale en la matière est respectée.

Le président indique qu'il manque les résultats concernant l'état quantitatif et qualitatif des médecins du travail de l'AP-HP.

M. Christian POIMBŒUF fait état de plus d'une dizaine de postes vacants à ce jour. L'intégralité des sites n'est pas couverte en matière de visite de médecins du travail. On ne dispose pas aujourd'hui de la capacité à suivre l'ensemble des professionnels les plus exposés aux risques (personnel de nuit, de laboratoire, etc.). Même si la situation s'est améliorée, elle n'est pas du tout satisfaisante. Il y a un débat national sur ce sujet et fait remarquer qu'à l'issue de l'examen des épreuves classantes, des postes restent vacants pour cette discipline.

Le président souhaiterait qu'un bilan de la santé au travail à l'AP-HP soit présenté lors d'une prochaine réunion.

M. Christian POIMBŒUF verra avec le Dr LECIEUX pour prévoir cette présentation.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE alerte sur le fait que l'encadrement médical de proximité est état de grande souffrance. Ses conditions de travail ont été dégradées par le modèle économique en vigueur et des diminutions de personnel. Cette profession mal reconnue et dont les rémunérations sont très variables d'un GH à l'autre, connaît des difficultés de recrutement, un tiers des postes étant parfois occupé par des « faisant fonction ».

M. Christian POIMBŒUF affirme qu'un travail important a été entreprise depuis l'assemblée générale des cadres qui s'est tenue en décembre 2012 à l'Hôpital Saint-Antoine, avec la production de trois documents :

- le *Schéma d'organisation de l'encadrement*, qui appelle l'ensemble des GH à examiner les conditions dans lesquelles on organise l'encadrement de proximité, l'encadrement supérieur et la coordination ;
- un document relatif à la résorption des « faisant fonction », étant entendu que la prise en charge à l'Institut de formation des cadres de Santé a été accrue à raison d'une trentaine de stagiaires en interne et d'une quinzaine en externe, de sorte que le quota de cet établissement sera atteint ;
- une étude engagée par les GH sur la continuité de l'encadrement.

Le président dit être extrêmement attentif à la situation des cadres paramédicaux, car ils sont essentiels au bon fonctionnement des services. Il a d'ailleurs réuni sept fois les cadres infirmiers des SAU concernés par la fermeture de l'Hôtel-Dieu en 2013, pour échanger sur leur situation et leurs difficultés.

Le Dr Anne GERVAIS remarque que l'évolution de l'effectif physique des personnels non médicaux est en baisse de 0,8% sur trois ans et que par ailleurs les écarts entre le prévu et le dépensé représentent 20 millions d'euros entre 2010 et 2012, sans que le recours à l'intérim ne compense ce chiffre. Par ailleurs elle s'enquiert du taux de féminisation de la fonction de chef de pôle.

M. Jérôme HUBIN indique que l'on compte moins d'une dizaine de femmes parmi les 110 PU-PH chefs de pôle.

M. Christian POIMBŒUF attire l'attention de la CME l'exercice extraordinairement compliqué que représente la gestion de la masse salariale. Un écart de 20 millions d'euros représente moins de 0,5% de la masse salariale. Face à cela, les dépenses en intérim représentent 30 millions d'euros, et il faut y ajouter les dépenses de remplacement et les heures supplémentaires. Un effort est fait pour renforcer l'emploi permanent au détriment des dépenses de remplacement et des dépenses d'intérim.

Le Dr Patrick PELLOUX s'inquiète de la baisse des effectifs de praticiens hospitaliers et du départ finalement définitif de ceux qui sollicitent une disponibilité, alors que la crise de l'emploi médical ne fait que commencer. Il pense que le décompte défavorable du temps de travail des PH est un facteur clé dans les départs. La situation sera encore dégradée par l'arrêté du 9 novembre 2013 qui maintient le principe d'un décompte du temps médical à la demi-journée alors que le décompte se fait en heures dans les hôpitaux généraux. A cet égard, la contractualisation voulue par les règlements et réclamée par des jurisprudences du tribunal administratif n'est pas mise en œuvre. Une véritable conférence sur l'emploi des médecins à l'AP-HP doit être organisée pour pallier cette carence.

M. Jérôme HUBIN rappelle que le décompte d'heures n'est appliqué et applicable que dans les services où les emplois sont postés, comme les urgences ou l'anesthésie-réanimation. Il préconise une évaluation de ce que cela pourrait coûter et rapporter l'application d'un décompte à l'heure, sachant qu'en situation de pénurie d'effectifs cette approche est mécaniquement inflationniste. S'agissant de la contractualisation du temps de travail additionnel elle a fait l'objet de la diffusion par l'AP-HP aux directions locales d'un contrat type à signer avec chaque praticien.

Le Pr Thierry BÉGUÉ s'étonne qu'il n'ait pas été question dans le bilan social des cadres de blocs opératoires, alors que l'accroissement des contraintes réglementaires entraîne pour ceux-ci d'importantes difficultés de fonctionnement. Il demande en outre que soit fournie une ventilation des praticiens contractuels et des praticiens titulaires au sein des GH et entre les établissements de Paris *intra-muros* et ceux du reste de l'Île de France.

M. Christian POIMBŒUF explique que la granularité du bilan social ne descend pas jusqu'au niveau des fonctions occupées. Ce point sera cependant abordé par le groupe de travail dédié, dans le cadre de la préparation du Plan stratégique, aux professionnels de santé.

M. Jérôme HUBIN s'engage à fournir la ventilation demandée par le Pr Thierry BÉGUÉ dans la prochaine édition du bilan social.

Les membres de la CME rendent un avis favorable sur le bilan social 2012 de l'AP-HP : 30 voix pour, 4 abstentions.

VII. Révision 2014 des effectifs de praticiens hospitaliers

Le président indique que la révision 2014 des effectifs de PHa fait l'objet d'un très long travail préparatoire au sein des GHpar les CMELet les sous-commissions du *Temps et effectifs médicaux* locales *(CTEML)*. Leurs conclusions ont été soumises à la DMA, qui a réalisé un travail de compilation. Le groupe restreint de la CME a ensuite procédé à un premier tri, en concertation avec les GH. Enfin, le bureau élargi de la CME (bureau de la CME et la sous-commission *Temps et effectifs médicaux*) a examiné les demandes de titularisation au cours de deux longues réunions. Les réponses à ces demandes sont classées A (acceptation), B (décision en suspens) ou C (rejet).

Les membres de la CME sont amenés à se prononcer sur huit demandes classées actuellement en B, à savoir :

- un poste en pédiatrie à Necker Enfants malades ;
- un poste en néphrologie à Tenon ;
- un poste en chirurgie viscérale et digestive à Henri Mondor-Albert Chenevier ;
- un poste de médecine générale à Raymond Poincaré-Berck ;
- un poste en neurologie à Beaujon ;
- un poste en gastro-entérologie et hépatologie à Beaujon ;
- un poste en pneumologie à Bicêtre ;
- un poste en gastro-entérologie et hépatologie à Antoine Béclère.

À l'issue des échanges, ces propositions sont classées en catégorie A.

Le président rappelle que la liste des recrutements ainsi établie sera proposée au directeur général, qui soumettra sa liste définitive au vote de la CME du 14 janvier 2014, avant son envoi à l'ARSIF.

VIII. Approbation du compte-rendu de la réunion du 10 septembre 2013

Le compte-rendu de la réunion du 10 septembre 2013 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 12 heures 35.

* *
*

La prochaine réunion de la commission médicale d'établissement est fixée au :

mardi 14 janvier 2014 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 18 décembre 2013 à 16 heures 30