Directeur d'hôpital

Promotion : **2014 - 2016**

Date du Jury : **décembre 2015**

La déclinaison du Projet Social Médical au sein du groupe hospitalier de l'Est Parisien (AP-HP) ou comment renforcer concrètement son attractivité sur le personnel médical ?

Quentin DEMANET

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Je voudrai tout d'abord adresser toute ma gratitude à mon encadrant mémoire, le Professeur Antoine BREZIN, qui m'a accompagné tout au long de cette démarche et qui a contribué à alimenter ma réflexion.

Je tiens à remercier aussi tout spécialement, Julie GRUNDLINGER, Directrice de la Stratégie, des Affaires médicales et de la Recherche clinique du Groupe Hospitalier de l'Est Parisien pour sa patience, son écoute et sa disponibilité (tout au long de sa grossesse) dans la réalisation de ce travail, préparé bien en amont du stage long de formation.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers l'ensemble des personnes interrogées, particulièrement le sénateur Jacky Le MENN qui m'a permis d'échanger avec lui sur cette question. Ils font de ce mémoire un témoignage vivant des signes de difficultés d'attractivité à l'AP-HP. Ils ont toujours su me consacrer de leur temps pour répondre avec beaucoup d'attention à mes questions, me faire partager leurs expériences et leurs anecdotes. Je désir remercier tout spécialement ici les Professeurs Serge UZAN, Loïc CAPRON, Bertrand GUIDET et Guy VALLANCIEN qui, à travers les échanges que l'on a eu, m'ont permis de prendre de la hauteur sur ce sujet.

Je ne sais comment remercier Anne, Aurélie, Julia, Stéphanie et Myriam qui tout au long de ce stage m'ont apporté leur soutien, leur analyse des affaires médicales et leur amitié, bien au-delà du seul GH de l'Est Parisien. Un grand merci à Pascal DE WILDE, Directeur du groupe hospitalier pour sa confiance dans la réalisation de ce mémoire ainsi qu'à l'ensemble des équipes de direction qui ont participé de près à la réalisation de ce travail.

Enfin, ce mémoire n'aurait pu voir le jour sans Stefanija qui m'a toujours soutenu et accompagné tout au long de cette formation.

S o m m a i r e

Introduction 1

1 Longtemps considérée comme privilégiée en matière d'attractivité médicale, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris pâtit aujourd'hui de difficultés renouvelées ainsi que l'illustre l'analyse du GH de l'Est Parisien 7

A) Si l'AP-HP a longtemps été considérée comme un acteur privilégié, il ne lui est aujourd'hui plus possible de faire l'économie d'une réflexion sur l'attractivité médicale 7

1) Premier CHU de France, l'AP-HP a longtemps semblé être un acteur privilégié en termes d'attractivité 7

2) Ces dernières années, un certain nombre d'éléments soulignent cependant le regain d'actualité des problèmes d'attractivité et l'intérêt pour l'AP-HP de se plonger dans cette réflexion 10

3) Des signes plus ou moins forts selon l'interprétation mettent en exergue des difficultés d'attractivité naissantes ou déjà réelles au sein de l'AP-HP 14

B) L'analyse du GH de l'Est Parisien permet d'illustrer la thématique de l'attractivité au sein de l'AP-HP 19

1) Le GH de l'Est Parisien, premier GH en nombre de professionnels médicaux illustre les signes de difficultés d'attractivité des personnels médicaux au sein de l'AP-HP 19

2) L'analyse précise de l'évolution du personnel médical au sein du GH de l'Est Parisien témoigne de signes de perte d'attractivité aux conséquences potentiellement importantes. 22

3) Si l'établissement a pris conscience de cette problématique dans le cadre de son prochain plan stratégique, elle doit trouver place au sein d'un outil concerté : le projet social médical 27

2 La mise en place de propositions concrètes au sein du Projet social médical du GH de l'Est Parisien, moyen de renforcer l'attractivité médicale 29

A) Attirer 29

1) Valoriser les activités du GH et accroitre sa visibilité constitue le premier axe d'attraction des personnels médicaux 29

2) Renforcer l'accueil des praticiens au sein GH constitue le second axe d'attraction des personnels médicaux. 30

3) Améliorer les conditions d'exercice des praticiens constitue le troisième axe d'attraction du GH. 32

B) Fidéliser....34

1) Si la rémunération n'est pas la seule difficulté de fidélisation des personnels médicaux, elle doit faire l'objet d'une attention spécifique. 34

2) Améliorer l'organisation du travail constitue le second axe majeur de fidélisation des personnels médicaux. 36

3) Appuyer la recherche au sein de l'établissement constitue le troisième axe de fidélisation. 38

4) Favoriser la formation et redonner toute sa place au Développement Professionnel Continu constitue aussi un axe important de fidélisation des personnels médicaux. 41

C) Anticiper....41

1) Mener une analyse prospective au sein du GH de l'Est Parisien constitue le premier axe d'amélioration de l'anticipation. 42

2) Identifier les problématiques dominantes pour le GH le plus en amont possible constitue ensuite le deuxième axe d'amélioration de l'anticipation. 44

Conclusion 45

Bibliographie 49

Liste des annexes I

Liste des sigles utilisés

AHU: Assistant Hospitalo-Universitaire
AMP: Assistance Médicale à la Procréation
ANAP: Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
AP-HM: Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
AP-HP: Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS: Agence régionale de Santé

CH: Centre Hospitalier
CHG: Centre Hospitalier Général
CHU: Centre Hospitalier Universitaire
CLCC: Centre de Lutte Contre le Cancer:
CME: Communauté Médicale d'Etablissement
CNG: Centre National de Gestion:
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CVH: Commission de la Vie Hospitalière

DOMU: Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités
DPC: Développement Professionnel Continu
DRH: Direction des Ressources Humaines
DSAMR: Direction de la Stratégie, des Affaires Médicales et de la Recherche clinique

ECN: Epreuves Classantes Nationales
E.MA.M.H.: Ecole de Management des Médecins des Hôpitaux
ESPIC: Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ETP : Effectif Temps Plein
ETPR : Effectif Temps Plein Réalisé

FFI: Faisant Fonction d'Interne
FHF: Fédération Hospitalière de France

GH: Groupe Hospitalier
GHT: Groupe Hospitalier de Territoire

GPEEC: Gestion Prévisionnel des Emplois Et des Compétences
GRHM: Gestion des Ressources Humaines Médicale

HCL: Hospices Civiles de Lyon
HUEP: Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien
HUPSSD: Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis

INED: Institut National d'Etudes Démographiques

MCO: Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MCU-PH: Maître de Conférences – Praticien Hospitalier

PH: Praticien Hospitalier
PSM : Projet Social Médical
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
PU-PH : Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier

RPS : Risques Psycho-Sociaux

SIHP : Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification A l'Activité
TIM : Technicien d'Information Médicale

UP : Unités Physiques
UPOG : Unité Péri-Opératoire de Gériatrie

Introduction

Le 25 novembre 2014, Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, missionnait le sénateur Jacky Le Menn pour réaliser un rapport sur l'attractivité de l'exercice médical au sein de l'hôpital public. A la suite de nombreux rapports, dont celui de Danielle Toupillier consacré à l'exercice médical à l'hôpital (2011)[1], du député Olivier Véran sur l'emploi médical temporaire à l'hôpital (2013)[2] et celui de la Commission permanente de l'attractivité de la Fédération hospitalière de France (2014)[3], ce nouveau rapport[4] souligne le regain d'actualité du thème de l'attractivité médicale[5]. La question de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels, qu'il s'agisse des personnels médicaux ou non-médicaux est récurrente dans un contexte de forte tension entre les exigences de qualité de service rendu à la population et les aspects démographiques et médico-économiques[6].

Etymologiquement, cette notion provient de la contraction des termes latins *Ad* signifiant vers soi et de *Tractio* signifiant l'action de tirer. En ce sens, l'attractivité définit l'action de tirer vers soi, de s'approprier. En sciences physiques, ce terme désigne la tendance des corps célestes à s'attirer les uns les autres. En soulignant ainsi « *la nécessité d'améliorer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public* »[7], la Ministre s'intéresse au mouvement qui s'opère entre personnels médicaux et hôpital public. Mais ce mouvement n'est pas univoque et la question de l'attractivité de l'exercice médical ne peut pas faire abstraction d'une importante diversité tant dans les lieux que dans les

[1] TOUPILLIER D., AUBART F., DELMOTTE D., JACOB A. PRUVO J-P. et VERAN O., 2011, *Exercice médical à l'hôpital – Un système de santé recomposé, un hôpital public en mouvement, des citoyens mieux soignés, des praticiens plus reconnus*, Centre National de Gestion, p. 118.
[2] VERAN O., 2013, *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, Commission des Affaires sociales de l'Assemblée Nationale, p.28.
[3] FEDERATION HOSPITALIERE DE France, 2014, *L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public*, Rapport de la Commission permanente de l'attractivité médicale – Fédération Hospitalière de France, p. 42.
[4] « Dont les propositions vont devenir publiques dans les prochaines semaines », annonce de la DGOS lors des Journées RH de la Santé des 24 et 25 septembre 2015, Fédération Hospitalière de France (FHF) et Associations des Directeurs des Ressources Humaines des Etablissements sanitaires et sociaux (AdRHess).
[5] Journées RH de la Santé des 24 et 25 septembre 2015, Fédération Hospitalière de France (FHF) et Associations des Directeurs des Ressources Humaines des Etablissements sanitaires et sociaux (AdRHess).
[6] Sur la question des personnels non-médicaux, un référentiel a par exemple été établi en Ile-de-France par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France en juin 2008. AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'ILE-DE-FRANCE, 2008, *Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales – Référentiel d'aide à l'élaboration et à l'autoévaluation de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels*, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France, p. 46.
[7] Lettre de Mission de la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes en date du 25/11/2014 relative à la Mission sur l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public confié à Jacky LE MENN.

modes d'exercice[8]. Afin de mener une analyse sur l'attractivité des hôpitaux pour le personnel médical, il convient d'établir de nécessaires distinctions.

Une première distinction géographique doit circonscrire l'espace sur lequel se pose cette question d'attractivité. En effet, il ne s'agit pas des mêmes problématiques en province que dans les grandes villes, dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) que dans les Centres hospitaliers généraux (CHG), au sein de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) ou des Hospices Civiles de Lyon (HCL) que dans le reste des CHU français ou encore entre les établissements de l'AP-HP de Paris intra-muros et ceux extra-muros. Il ne s'agit pas non plus des mêmes interrogations selon que l'on raisonne au niveau d'un service, d'un établissement, d'un groupement d'établissements, à l'échelle d'une région ou à l'échelle nationale. L'échelle géographique définit ainsi un ensemble d'interconnexions plus ou moins grandes jouant sur l'attractivité.

Cette question de l'attractivité n'est pas non plus la même selon les catégories de personnels médicaux à laquelle elle s'adresse, ce qui permet d'établir une seconde distinction en fonction des statuts hospitaliers. Les interrogations sont différentes pour les personnels médicaux séniors et les juniors, pour les personnels médicaux hospitalo-universitaires et les hospitaliers, pour ceux titulaires et les contractuels[9]. Cette distinction se cumule avec celle de l'âge sachant que les études de médecine, pharmacie et odontologie sont parmi les plus longues de France, et que le parcours hospitalier (universitaire ou non) impose des étapes obligatoires (épreuves classantes nationales (ECN), internat). Enfin, s'ajoutent à cette distinction par l'âge, des évolutions générationnelles importantes. Aujourd'hui se retrouvent schématiquement à l'hôpital au moins trois générations de praticiens : une première génération proche de la retraite, constituée de praticiens à dominance masculine, chef de structure ou d'unités qui ont connu l'essor de l'exercice médical hospitalier ; une seconde génération plus récemment titularisée confrontée à des évolutions médicales majeures, à une dégradation du contexte financier et amenée à prendre la relève de leurs aînés ; enfin une troisième génération, tout récemment nommée ou se destinant à être nommée, marquée par la féminisation du corps médical, des aspirations générationnelles différentes de celles de leurs aînés et un contexte financier fortement déprécié au sein des établissements publics de santé.

[8] LE MENN J. et CHALVIN P., 2015, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public – 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester*, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, p. 274.

[9] PRESIDENT DU CONSEIL DES MINISTRES., Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche.

Enfin, les difficultés d'attractivité varient en fonction des spécialités, qu'elles soient médicales ou chirurgicales[10], ce qui constitue une troisième distinction. Il existe ainsi des différences majeures entre les spécialités dont l'exercice est concurrencé en dehors de l'hôpital public et celles dont l'exercice lui est exclusivement réservé, entre celles soumises à des régimes de gardes, astreintes et permanence des soins et celles qui n'y sont pas soumises, ou entre celles dont l'évolution de la démographie médicale laisse imaginer une forte pénurie de praticiens et celles dont le renouvellement des praticiens est assuré. Et, quand bien même l'exercice d'une même spécialité est assuré à la fois à l'hôpital public et en dehors, le différentiel de rémunération entre ces lieux d'exercice doit être pris en compte. Ces différences forment alors un ensemble de concurrences plus ou moins exercées entre les disciplines qu'il convient d'avoir à l'esprit pour traiter la question de l'attractivité.

Finalement, s'interroger sur l'attractivité des hôpitaux pour le personnel médical se décline en trois temps ou trois axes structurants. Le premier axe, reprenant la définition tirée de la physique, s'intéresse à l'action d' « **attirer** » qui correspond au premier temps de l'attractivité. Pour un établissement public de santé, il s'agit autant de la phase de recrutement que de celle de formation des médecins. Le second axe, s'intéressant à l'insertion durable et continue des personnels médicaux au sein des établissements se décline autour de l'action de « **fidéliser** ». Elle correspond autant à la capacité d'un établissement à répondre à ses besoins de personnels médicaux qu'au développement nécessaire de son activité. Enfin, le troisième axe correspond à l'action d'« **anticiper** ». Cette action est essentielle afin d'identifier les difficultés de recrutement que va subir l'établissement mais aussi pour mener une réflexion prospective sur les évolutions nécessaires. L'anticipation est au cœur du projet médical d'établissement sur lequel se base toute la stratégie d'établissement mais correspond aussi aux recommandations du Rapport annuel de la Cour des comptes de 2009 qui insiste sur la nécessité pour les établissements publics de santé de « *disposer d'une bonne connaissance de la situation des personnes hospitaliers et d'analyses prospectives pertinentes indispensables pour faire évoluer l'offre de soins, asseoir les dispositifs de Gestion Prévisionnelles des Emplois, des Effectifs et des Compétences (GPEEC), ou présider à une politique de recrutement et de formation adaptée* »[11]. Ces trois moments cumulés forment alors une base d'analyse des questions d'attractivité du personnel médical.

[10] MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.

[11] COUR DES COMPTES, 2009, « Les personnels des établissements publics de santé », *in* COUR DES COMPTES, *Rapport annuel*, Paris : Cour des comptes, pp. 305-236.

Si la succession des rapports sur l'attractivité souligne l'actualité de cette question, force est de constater que l'analyse menée jusqu'à présent au niveau national a largement laissée de côté l'AP-HP, considérée jusque lors comme une structure privilégiée. Définie comme le premier CHU de France, la situation de l'AP-HP est pourtant paradoxale. Longtemps perçue comme épargnée par les problèmes d'attractivité, elle n'en demeure aujourd'hui pas moins affectée par des difficultés. Deux points permettent *a minima* de le mettre en exergue. Avec ses 12 groupes hospitaliers (GH) rassemblant 38 établissements hospitaliers, l'AP-HP est située au cœur de l'Île-de-France et à ce titre va être soumise à une réduction de la densité médicale dans la région de 20 à 25% à sa période la plus basse en 2020, réduction qui pourrait être plus importante dans certaines disciplines[12]. Selon l'Atlas de la démographie médicale du Conseil national de l'ordre des médecins de 2015[13], l'Île-de-France présente ainsi un très grand nombre de spécialités en régression démographique tandis que le pourcentage de médecins ayant obtenu leur diplôme dans la région Ile-de-France et exerçant dans cette même région a reculé de 81,2% en 2004 à 69,2% en 2013. L'AP-HP premier acteur régional de santé en termes de lits et d'activités[14] est aussi soumise à une concurrence de plus en plus exacerbée, de la part à la fois : des établissements de santé privés d'intérêts collectifs (ESPIC) regroupant ceux qui étaient auparavant dénommés comme participant au service public hospitalier (PSPH) et des Centres de lutte contre le cancer (CLCC), des établissements de santé privés mais aussi des autres établissements de santé publics[15]. Sous la double impulsion des évolutions démographiques et de la concurrence accrue des autres établissements de santé, la Direction de l'Offre Médicale Universitaire (DOMU) de l'AP-HP souligne ainsi que « *même si l'attractivité est une préoccupation ancienne, il y a une incitation nouvelle à s'y intéresser* »[16].

Ce mémoire s'intéresse à la question de l'attractivité du personnel médical au sein de l'AP-HP, illustrée plus particulièrement par l'analyse du GH de l'Est Parisien, lieu de stage pendant huit mois. Comprenant les Hôpitaux universitaires de Saint-Antoine, Armand-Trousseau, Rothschild, Tenon et La Roche-Guyon, le GH de l'Est Parisien est le plus important groupe hospitalier de l'AP-HP en nombre de personnels médicaux[17]. Les Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien (HUEP) ont placé au cœur de leur plan

[12] PONTONE Silvia, BROUARD Nicolas, HUBIN Jérôme, DAHMANI Souhayl, « L'hôpital public sous tension démographique en Ile-de-France à l'horizon 2020 ? », *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, vol. 33, pp. 361.
[13] RAULT J-F., 2015, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2015*, Conseil National de l'ordre des Médecins, p. 102.
[14] Rapport annuel 2014 – Une AP-HP ouverte, unie et innovante.
[15] Plan Stratégique 2015-2019, « Forces et faiblesses de l'AP-HP – Où sont nos enjeux aujourd'hui ? », Séminaire du 2 et 3 juillet 2013, AP-HP.
[16] Entretien avec Frédéric LE ROY réalisé le 25/09/2015.
[17] Chiffres clés 2013 des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien.

stratégique 2015-2019 le renforcement de l'attractivité du personnel médical. Cette volonté, déclinée dans le Projet social et professionnel du groupe hospitalier qui « *définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs* » a été établi pour la première fois conjointement par la Direction des Ressources humaines (DRH) et la Direction de la Stratégie, des Affaires médicales et de la Recherche clinique (DSAMR). Dans le cadre des missions qui m'étaient dévolues en tant qu'Elève Directeur d'Hôpital, ce mémoire s'appuie sur la construction du Projet social médical de l'établissement (PSM) et sa mise en œuvre sous forme de propositions concrètes, déclinaison du Projet social et professionnel (PSP) aux personnels médicaux. Ce mémoire cherche ainsi à répondre à une double interrogation : Quelles sont les difficultés d'attractivité au sein de l'AP-HP et spécifiquement du GH de l'Est Parisien ? Comment faire du Projet social médical du GH de l'Est Parisien l'outil d'amélioration de son attractivité ?

Afin d'apporter des réponses à ces questions, deux démarches simultanées ont vu le jour : l'analyse des difficultés d'attractivité du personnel médical au sein de l'AP-HP illustrées notamment au sein du GH de l'Est Parisien (**Première partie**), et la construction d'un Projet social médical spécifique pour le GH décliné en trois axes (Attirer, Fidéliser, Anticiper) permettant d'apporter des propositions concrètes pour améliorer l'attractivité du personnel médical (**Deuxième partie**). Si certaines mesures ont déjà pu se concrétiser, ce document se veut être une feuille de route des actions à mettre en œuvre dans le cadre du prochain Plan stratégique pour 2015-2019.

Ce travail s'est appuyé sur une recherche documentaire importante permettant de faire le point sur les propositions des rapports successifs et leurs mises en œuvre. En complément, 23 entretiens non-directifs ont été tenus permettant de recueillir les impressions de « terrain » et de confronter les propositions élaborées à l'avis des personnels interrogés[18]. Ces entretiens ont permis de recueillir le point de vue des acteurs directement concernés par ces difficultés d'attractivité, sur plusieurs spécialités et à différents moments de la carrière hospitalière et/ou hospitalo-universitaire, à la fois au niveau central et au niveau local, à l'intérieur des groupements hospitaliers mais aussi en dehors du seul champ de l'AP-HP, permettant notamment de prendre en compte l'analyse des structures concurrentes de l'AP-HP.

L'audition de l'Elève Directeur, dans le cadre de la Mission sur l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public, par Jacky Le Menn le 6 mai 2015, et les échanges qui ont suivis, nourrissent aussi ce mémoire. Ce travail se base également sur la rencontre de

[18] Cf. annexe 1 : Liste des personnes interrogées.

nombreux intervenants lors des différentes conférences professionnelles relatives à cette thématique durant la durée du stage[19]. Enfin, la construction d'un Bilan social actualisé du personnel médical au sein du GH de l'Est Parisien depuis 2009, renforce l'analyse fine de la gestion du personnel médical sur le GH[20].

Longtemps considérée comme privilégiée en matière d'attractivité du personnel médical, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris pâtit aujourd'hui de difficultés renouvelées ainsi que l'illustre l'analyse du GH de l'Est Parisien (I).
Face à ces signes perceptibles de perte d'attractivité, la mise en place de propositions concrètes au sein du Projet social médical peut être un moyen de renforcer l'attractivité du personnel médical (II).

[19] Notamment les Journées RH de la Santé des 24 et 25 septembre 2015 organisées par la Fédération Hospitalière de France et l'Association des Directeurs des Ressources Humaines des Etablissements Sanitaires et Sociaux.
[20] Cf. Annexe 7 : Bilan social du personnel médical des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien.

1 Longtemps considérée comme privilégiée en matière d'attractivité médicale, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris pâtit aujourd'hui de difficultés renouvelées ainsi que l'illustre l'analyse du GH de l'Est Parisien

A) Si l'AP-HP a longtemps été considérée comme un acteur privilégié, il ne lui est aujourd'hui plus possible de faire l'économie d'une réflexion sur l'attractivité médicale

1) Premier CHU de France, l'AP-HP a longtemps semblé être un acteur privilégié en termes d'attractivité

Si les réflexions sur l'attractivité hospitalière ne sont pas nouvelles[21], force est de constater que les problématiques soulevées au niveau national ne se sont pas focalisées sur l'AP-HP. Deux évolutions majeures sont aujourd'hui à la base des réflexions en termes d'attractivité. En premier lieu, en dépit de l'augmentation continue du nombre de médecins observée depuis le début des années 2000, les évolutions de la démographie médicale conduisent à s'interroger sur les capacités de renouvellement des générations de praticiens proches de la retraite, dans certaines spécialités et certaines zones géographiques, amenant un certain nombre d'observateurs à parler de « *pénurie annoncée de médecins* »[22]. Ce constat est particulièrement vrai dans les spécialités dites sous tension démographique, où le nombre de nouveaux formés ne permet le remplacement que de 40 à 50% des effectifs du corps partant à la retraite[23]. C'est le cas des médecins spécialistes qui, en Ile-de-France, ne seront renouvelés par les médecins formés en France qu'à hauteur de la moitié des effectifs du corps et au deux tiers si l'on tient aussi compte des médecins à diplôme étranger, à l'horizon 2020[24]. Deuxièmement, la répartition géographique des personnels médicaux sur le territoire national conduit à mettre en évidence une désertification médicale accrue c'est-à-dire un manque de

[21] *Cf. Introduction*
[22] MEDJOUBI M., 16/01/2014, « Pénurie de médecins : à qui la faute ? », in *La Tribune.*
[23] PONTONE S., BROUARD N., HUBIN J. et NIVOCHE Y., 2014, « La démographie des anesthésistes-réanimateurs à l'horizon 2019 : plus favorable en France, déficitaire en Ile-de-France avec persistance d'une inadéquation à la demande de soins », *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, vol. 33, pp. 263.
[24] PONTONE S., BROUARD N., HUBIN J. et DAHMANI S., 2014, « L'hôpital public sous tension démographique en Ile-de-France à l'horizon 2020 ? », *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, vol. 33, pp. 361.

praticiens dans une zone donnée. Ceci est particulièrement vrai pour certaines régions et plus globalement pour les campagnes par rapport aux centres urbains[25]. Or, l'AP-HP ne semble pas directement impactée par ces évolutions. En effet, si la région Ile-de-France dans laquelle elle s'inscrit est bien concernée par la baisse de la démographie médicale[26], l'AP-HP connaît une augmentation continue du nombre de médecins depuis 1992[27]. Surtout elle demeure le premier CHU européen en termes de personnels médicaux[28]. Située dans la première région urbaine de France, avec ses établissements répartis majoritairement au sein même de la capitale, elle n'apparait pas, en comparaison des autres régions de France, touchée par une désertification médicale.

Les réflexions en termes d'attractivité hospitalière ont longtemps laissé de côté les CHU. En effet, ceux-ci sont traditionnellement considérés comme étant dotés d'atouts plus importants que les CHG, atouts encore plus affirmés au sein de l'AP-HP. Le constat de difficultés de recrutement de praticiens à l'hôpital et de fidélisation des effectifs s'est d'abord posé pour les plus petits établissements publics soumis à la concurrence à la fois des établissements privés, des ESPIC et des plus gros établissements publics. L'impact pour les CHU est toujours demeuré moindre dans la mesure où ils disposaient d'atouts importants résidant à la fois dans la formation des futurs praticiens au sein de leurs établissements, dans les statuts offerts par leurs établissements (au niveau hospitalo-universitaires et hospitaliers) mais surtout dans la triple mission dévolue à leurs personnels que sont l'enseignement, la recherche et le soin[29]. L'AP-HP premier centre de recherche et premier centre de formation en France cumulait sur ces deux points des avantages considérables[30]. Ce constat a notamment été mis en valeur dans le travail de Marie-Marthe HIANCE sur le projet social médical de Gonesse en 2013 qui souligne l'attractivité de la région francilienne et le tropisme exercé par l'AP-HP sur tous les autres établissements de la région[31].

Cette image de l'AP-HP privilégiée en termes d'attractivité médicale est confirmée au sein même des établissements. Ainsi Pascal DE WILDE, Directeur du Groupe

[25] RAULT J-F., 2015, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2015*, Conseil National de l'Ordre des Médecins, p.102.
[26] *Ibid*.
[27] Bilan social du personnel médical de l'AP-HP, CME, AP-HP.
[28] Rapport public annuel 2014 – Une AP-HP ouverte, unie et innovante.
[29] PRESIDENT DU CONSEIL DES MINISTRES. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. Journal officiel du 31 décembre 1958.
[30] « 1 médecin sur 5 formé en France dans l'hôpital passe par l'AP-HP » *in* Rapport public annuel 2014 – Une AP-HP ouverte, unie et innovante.
[31] HIANCE M-M., 2013, *Les ressources humaines médicales au Centre Hospitalier de Gonesse : Du projet social médical institutionnel au projet médical territorial – De l'impérieuse nécessité d'appréhender la globalité des facteurs de l'attractivité médicale*, Mémoire de formation de Directeur d'Hôpital, Rennes : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, p. 102.

Hospitalier de l'Est Parisien[32] souligne qu' « *avec ses hôpitaux très aigus et ses universités prestigieuses, l'AP-HP bénéficie d'un critère fort d'attraction par rapport à l'ensemble de ses concurrents* ». Pour Olivier SCATTON, Professeur universitaire – praticien hospitalier (PU-PH) au sein de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (GH de La Pitié Salpêtrière – Charles-Foix, AP-HP), « *la multidisciplinarité médicale au sein de l'AP-HP ainsi que l'importance de son plateau technique, disponible 24 heures sur 24* » participent à une différenciation forte par rapport aux autres établissements[33].

Lorsque la réflexion sur l'attractivité s'est finalement centrée sur l'AP-HP, les problèmes soulevés sont demeurés spécifiques. En effet, disposer d'atouts importants ne suffit pas à l'AP-HP pour ne pas être impactée en termes d'attractivité. Toutefois, trois éléments permettent de montrer qu'il s'agit de difficultés spécifiques, faiblement généralisables. D'une part, tous ses établissements ne sont pas touchés de la même manière et une première dissociation doit être faite entre les établissements de Paris intra-muros et ceux extra-muros[34]. Dans le premier cas, ils bénéficient d'un tropisme lié à Paris, d'un prestige important de leurs facultés de médecine et sont moins touchés par le départ de praticiens et les difficultés de recrutement. Tandis que dans le second, les personnels médicaux semblent plus souvent tournés vers la capitale ou le privé. C'est notamment l'analyse de Laure WALLON, Directrice de l'hôpital Jean-Verdier et Directrice de la Stratégie, du personnel médical et de la recherche au sein du Groupe Hospitalier de Paris Seine-Saint-Denis qui souligne « *le rôle du positionnement géographique au sein même de l'AP-HP* »[35]. D'autre part, lorsque l'AP-HP est touchée sur une discipline particulière par des difficultés d'attractivité, ces difficultés ne sont pas spécifiques à l'entité mais ressenties sur l'ensemble du territoire. Il n'y a pas de caractère propre à l'AP-HP d'être impacté par ces difficultés. Et enfin, même lorsqu'elle est touchée, l'impact des difficultés d'attractivité demeure moindre à l'AP-HP que dans le reste de la France hospitalière. C'est notamment ce que révèlent les travaux statistiques de Silvia PONTONE réalisés conjointement avec l'Institut national des études démographiques (INED) et l'AP-HP sur la spécialité de l'anesthésie-réanimation[36].

L'AP-HP dispose ainsi d'une force de résistance par rapport aux problématiques d'attractivité du personnel médical ce qui explique qu'elle ne soit pas pour l'heure au cœur des préoccupations. Cette force de résistance se remarque notamment à travers les

[32] Entretien avec Pascal DE WILDE réalisé le 07/09/2015.
[33] Entretien avec Olivier SCATTON réalisé le 11/08/2015.
[34] Cf. Annexe 2: Cartographie de la répartition des groupes hospitaliers à l'AP-HP.
[35] Entretien avec Laure WALLON réalisé le 03/09/2015.
[36] PONTONE S., 2011, *La démographie médicale : de la rationalité arithmétique aux choix politiques et individuels*, Thèse pour le Doctorat en Epidémiologie : Université Paris Diderot (Paris 7), Ecole Doctorale Pierre Louis de Santé Publique, p. 210.

restructurations que l'AP-HP a mises en place. Alors qu'il est aujourd'hui question d'instaurer des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) afin de permettre, dans le cadre du Projet de la loi de Santé d'organiser l'offre de soins sur un territoire et de mutualiser les capacités des établissements, l'AP-HP semble avoir déjà pris en partie cette voie à travers la constitution des Groupes hospitaliers en 2010[37]. De surcroît, grâce à une taille plus importante que n'importe quel autre établissement, l'AP-HP dispose d'économies d'échelle et de moyens de financement significatifs qui lui permettent de réaliser des investissements et des innovations de pointe. Enfin, au niveau de la recherche, l'AP-HP détient une renommée reconnue[38].

2) Ces dernières années, un certain nombre d'éléments soulignent cependant le regain d'actualité des problèmes d'attractivité et l'intérêt pour l'AP-HP de se plonger dans cette réflexion

Les avantages et les distinctions accumulés jusque-là pour se différencier des autres établissements de santé s'amenuisent. Cela est d'abord le cas en termes de plateaux techniques innovants. Alors que les hôpitaux universitaires parisiens avaient il y a vingt ans le dernier équipement technologique, cela n'est plus le cas aujourd'hui et ils sont largement concurrencés à la fois par les ESPIC et les établissements privés. Sur les 15 robots chirurgicaux disponibles en Ile-de-France, l'AP-HP n'en dispose ainsi que de 3, soit à peine 1/5 de l'offre globale pour le premier acteur régional. C'est notamment ce que retranscrit François HAAB, ancien PU-PH en urologie à l'AP-HP lorsqu'il souligne que « *les CHU parisiens n'ont plus le monopole de la médecine de pointe* »[39]. C'est aussi l'analyse que l'on peut faire en termes de traitements spécialisés et innovants. Longtemps l'AP-HP a été à la pointe de l'innovation en termes de traitement des nouvelles maladies. Toutefois, en ce qui concerne le cancer, devenue première cause de mortalité en France depuis 2007[40], elle voit son activité autant que ses personnels largement concurrencés par les CLCC, à la fois antérieurs aux services de l'AP-HP et performants. Plus globalement, il s'agit pour Michaël PEYROMAURE, PU-PH en urologie à l'hôpital de Cochin (Groupe Hospitalier Paris Centre, AP-HP) du passage à une « *situation de déclin* ». Selon lui, « *on est passé de l'AP-HP comme le fleuron de la santé avec de*

[37] DE WILDE P. et DEMANET Q., 2015, « La mise en place des groupes hospitaliers à l'AP-HP : une expérience à méditer pour la constitution des GHT ? », *Journal de l'Association des directeurs d'hôpital*¸ [numéro à paraître].
[38] Avec plus de 9 200 publications scientifiques et près de 3 000 projets de recherche en cours, tous promoteurs confondus, elle est un acteur majeur de la recherche en Europe *in* Rapport public annuel de l'AP-HP 2014 – Une AP-HP ouverte, unie et innovante.
[39] Entretien avec François HAAB réalisé le 15/07/2015.
[40] D'après les données du Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'Institut national de veille sanitaire rendu public en septembre 2007.

l'innovation à une situation où aujourd'hui on n'innove plus, les carrières ne sont plus attractives. Le niveau global reste satisfaisant mais on perdu le niveau d'excellence, d'innovation et de recherche. C'est le socle qui s'effondre petit à petit »[41]. Antoine BREZIN décrit aussi cette érosion, spécifiquement pour les chirurgiens à l'AP-HP, qui aboutit *in fine* aujourd'hui à « *une véritable crise identitaire des chirurgiens de CHU et surtout à une crise de leur recrutement* »[42]. Plus généralement, c'est l'excellence de l'outil de travail dont le public n'a plus le monopole.

En parallèle, les contraintes imposées à l'AP-HP n'ont pas cessé d'augmenter à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du regroupement. En externe, avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements publics de santé à partir de 2004[43], les hôpitaux de l'AP-HP sont devenus de plus en plus dépendants de la tarification des actes et ont subi une baisse des valorisations de leurs activités de recherche depuis 2009[44]. En interne, aux politiques de chacun des groupes hospitaliers se sont ajoutées des politiques supra-GH imposées par des restructurations internes à l'AP-HP à la fois en termes d'innovation, de développement d'activité, de répartition de l'offre de soins et de personnels. De plus, des contraintes financières de plus en plus importantes ont augmenté les mesures d'efficience à réaliser pour l'ensemble des GH, se traduisant par des diminutions de capacitaires et des économies.

Surtout, au sein de l'AP-HP s'est développée une « *lourdeur administrative* » selon la formule du Pr Olivier SCATTON[45]. Pour Antoine BREZIN, s'établit ainsi un « *millefeuille de niveaux de décisions à l'AP-HP [qui] contribue à ralentir tout processus de changement ou d'innovation. Pour la quarantaine d'hôpitaux de l'AP-HP, la gouvernance s'exerce à la fois de manière centralisée et localement* ». Ceci conduit à une perte de temps et à des injonctions parfois contradictoires[46]. Cette lourdeur administrative s'illustre particulièrement à travers la procédure de la révision des effectifs des praticiens hospitaliers (PH) au sein de l'AP-HP. A la différence de tous les autres établissements hospitaliers publics, cette procédure y prend plus de temps et n'a véritablement qu'un tour de recrutement[47]. Elle fait intervenir de très nombreux acteurs commissions locales, instances locales, collégiales de spécialités, siège et instances centrales. Cette procédure doit assurer la confluence parfois complexe entre différentes visions : celle du service, du

[41] Entretien avec Michaël PEYROMAURE réalisé le 12/08/2015.
[42] Article Antoine BREZIN dans la Revue COMMENTAIRES.
[43] PARLEMENT., Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2014.
[44] Plan stratégique 2015-2019, « Forces et faiblesses de l'AP-HP – Où sont nos enjeux aujourd'hui ? », Séminaire du 2 et 3 juillet 2013, Assistance publique – Hôpitaux de Paris.
[45] Entretien avec Olivier SCATTON réalisé le 11/08/2015.
[46] Entretien avec Antoine BREZIN réalisé le 08/05/2015.
[47] Le deuxième tour de publication ne peut être que sur des postes proposés à la révision des effectifs n-1 et toujours vacants. Il ne s'agit pas véritablement d'un nouveau tour de publication.

GH, des Collégiales de spécialités, des thématiques prioritaires institutionnelles etc. En outre, l'avis des collégiales peut être entaché de conflits d'intérêt. Dans beaucoup de spécialités, une concurrence intra-AP-HP est observée entre différents établissements et n'est pas assez régulée. Prenons l'exemple d'une collégiale dominée par une majorité de praticiens issus de deux établissements A et B. Imaginons que les praticiens d'un établissement C, en concurrence avec A et B sollicitent l'aide de leur collégiale pour un recrutement. Cette aide peut leur être refusée ou n'être accordée que du bout des lèvres. Ainsi les collégiales peuvent être à l'origine de mécanismes de clans et/ou de clientélisme médical électoral, susceptibles de nuire à une répartition équitable des recrutements médicaux entre les établissements[48].

Ce millefeuille décisionnel alourdit considérablement le temps d'instruction des dossiers. Alors que la durée moyenne de recrutement d'un PH est d'environ 6 mois dans les autres établissements publics et est réalisé, le plus souvent, au fil de l'eau, l'instruction au sein de l'AP-HP est annuelle et prend environ 18 mois. Pour Guy VALLANCIEN, Président de l'Ecole Européenne de Chirurgie, cette lourdeur du processus de recrutement propre à l'AP-HP est symptomatique de la lourdeur de l'AP-HP et du « *manque de fluidité de la structure*» qui compte aujourd'hui plus de 1 200 personnes travaillant au siège de l'Institution[49].

L'AP-HP pâtit aussi aujourd'hui d'une concurrence accrue des autres établissements de santé. Dans Paris intra-muros, la concurrence première de l'AP-HP provient des ESPIC constitués des PSPH et des CLCC[50]. Les parcours de Charles COUTANT, PU-PH au CLCC de Dijon[51], parti du service de gynécologie de l'Hôpital Tenon pour rejoindre un CLCC, tout comme celui de François HAAB[52] du service d'urologie qui a rejoint le Groupe Hospitalier Diaconesses – Croix Saint-Simon (PSPH), témoignent de l'attractivité de ces établissements. En extra-muros, mais aussi sur certaines spécialités en intra-muros, la concurrence accrue des établissements privés est importante. C'est le cas notamment en chirurgie où l'on peut citer la concurrence des spécialités d'orthopédie, d'urologie, de chirurgie de la main ou encore de chirurgie réparatrice, mais aussi en médecine avec l'imagerie ou la biologie par exemple. A cette double concurrence régionale s'ajoute aussi la concurrence des autres établissements

[48] Ceci est d'autant plus vrai dans la Collégiale d'ophtalmologie où siège aussi des représentants d'établissements extérieurs à l'AP-HP, directement en concurrence avec ces derniers.
[49] Entretien avec Guy VALLANCIEN réalisé le 30/09/2015.
[50] Plan stratégique 2015-2019, « Forces et faiblesses de l'AP-HP – Où sont nos enjeux aujourd'hui ? », Séminaire du 2 et 3 juillet 2013, Assistance publique – Hôpitaux de Paris.
[51] Entretien avec Charles COUTANT le 31/08/2015.
[52] Entretien avec François HAAB réalisé le 15/07/2015.

publics surtout à l'extérieur de Paris (regroupements régionaux proches de la région parisienne notamment) et en province.

C'est particulièrement le cas dans les spécialités dites sous tension avec la mise en place de stratégies plus fluides de la part des établissements de province (révision des effectifs au fil de l'eau ou encore contrat de clinicien par exemple). Le Pr Loïc CAPRON, président de la Communauté médicale d'établissement (CME) centrale de l'AP-HP, fait le constat de cette augmentation de la concurrence des autres établissements qu'il relève aussi dans l'évolution même des lieux de stage des internes. Ainsi, il existe aujourd'hui « *un attrait très fort pour les jeunes d'Ile-de-France à être formé aussi en dehors de l'AP-HP. C'est particulièrement le cas en urologie en raison de la faiblesse de la présence des robots chirurgicaux à l'AP-HP mais aussi plus globalement dans les PSPH et le privé. Il y a danger de l'extension de l'internat dans le privé pour l'AP-HP dans sa capacité de fidélisation des jeunes générations* »[53].

Des évolutions importantes confirment aussi une adaptation nécessaire de son modèle. D'une part des évolutions générationnelles invitent à prendre en compte de nouveaux critères dans les choix de carrière professionnelle. Selon Olivier SCATTON[54], ces évolutions générationnelles sont doubles : d'une part la féminisation des professions médicales qui ne sont pas sans impacter les organisations de travail[55] et le désir croissant de concilier vie professionnelle et vie personnelle. Cet équilibre et des conditions d'exercice jugées agréables sont aujourd'hui au cœur des demandes de la plus jeune génération. Selon l'enquête sur « Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France » réalisée par le Syndicat des internes des Hôpitaux de Paris (SIHP) et TNS Sofres en 2013[56], l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle est le critère le plus important dans le choix de carrière pour les jeunes médecins et notamment les femmes, de plus en plus présentes dans les carrières médicales. Elles sont 62% contre 45% pour les hommes à être très attentives dans leur choix de carrières à leurs conditions de travail les jugeant « *très* » ou « *extrêmement importantes* ». Ce changement constitue pour Laure WALLON une « *fracture générationnelle et une incompréhension de la part des chefs de services formés ''à l'ancienne''* »[57].

[53] Entretien avec Loïc CAPRON réalisé le 14/09/2015.
[54] Entretien avec Olivier SCATTON réalisé le 11/08/2015.
[55] PONTONE S., BROUARD N., HUBIN J. et DAHMANI S., 2015, « Prolongation d'activité professionnelle en anesthésie-réanimation : mythe ou réalité ? », *Anesthésie & Réanimation – SFAR Le Congrès*, vol. 1, pp. 298.
[56] TNS Sofres et SYNDICAT DES INTERNES DES HOPITAUX DE PARIS, 2013, *Les aspirations professionnelles des jeunes médecins,* TNS Sofres et Syndicat National des Internes des Hôpitaux de Paris, p. 75.
[57] Entretien avec Laure WALLON réalisé le 03/09/2015.

Ce changement se conjugue d'autre part avec la montée en puissance de la mobilité dans l'exercice hospitalier. Selon Danielle TOUPILLIER, Directrice du Centre National de Gestion (CNG)[58], « *la tendance est plus grande ces dernières années et la mobilité accentuée. Il y a une accélération importante des départs autres que la retraite depuis 2004, très contrastée entre les disciplines et renforçant les disciplines sous-tension en concurrence avec la ville* ». A titre d'exemple, Paul CHALVIN souligne que « *les nominations de praticiens hospitaliers à temps partiel en Ile-de-France en 2015 étaient destinées pour 15% d'entre elles à des temps plein titulaires de l'établissement qui souhaitaient devenir temps partiel pour exercer une autre activité en parallèle* »[59]. Le modèle d'un exercice continu et durable d'un praticien poursuivant sa carrière au sein d'un même établissement semble donc de plus en plus remis en cause incitant à une gestion plus fine des ressources humaines médicales (GRHM) qui tienne compte de l'ensemble des éléments d'attractivité d'une carrière hospitalière et/ou hospitalo-universitaire au sein de l'AP-HP. Pour reprendre les mots du Président de la CME centrale de l'AP-HP : « *le modèle du moine soldat est aujourd'hui caduc avec une réelle volonté de bien-être au travail et de gains plus important de la part de la nouvelle génération* »[60].

3) Des signes plus ou moins forts selon l'interprétation mettent en exergue des difficultés d'attractivité naissantes ou déjà réelles au sein de l'AP-HP

En premier lieu, l'analyse conjointe des départs de l'AP-HP ainsi que des prévisions en termes de démographie médicale laisse suggérer des difficultés d'attractivité croissantes, particulièrement pour certaines disciplines. S'il n'est pas possible de parler d'un exode massif des praticiens de l'AP-HP tel que peuvent le subir d'autres établissements hospitaliers publics, plusieurs éléments interrogent sur les effets d'un *turn-over* renouvelé au sein de l'AP-HP. Faire l'ensemble de sa carrière médicale au sein du même établissement tel que cela a longtemps été le cas au sein des hôpitaux de l'AP-HP semble de plus en plus révolu, telle que l'envolé des démissions de PU-PH depuis cinq ans l'illustre. Avec 12 départs en 2010, 21 en 2011, 20 en 2012 et près de 24 en 2013 pour redescendre à 11 en 2014, cette variation importante interroge sur la désaffection de l'AP-HP des statuts dits « les plus prestigieux ». Le Pr Michaël PEYROMAURE souligne ainsi qu'en urologie, discipline fortement concurrencée par

[58] Conférence thématique n°2 – Pour une approche globale de l'attractivité médicale des établissements de santé du 24/09/2015; Journées RH de la Santé, Fédération Hospitalière de France (FHF), Association des Directeurs des Ressources Humaines des Etablissements de santé (Adhress).
[59] Entretien avec Paul CHALVIN réalisé le 06/05/2015.
[60] Entretien avec Loïc CAPRON réalisé le 14/09/2015.

l'exercice en ville, sur les 15 PU-PH exerçant à l'AP-HP, 1/5 des effectifs a démissionné en deux ans ; « *les trois pour des raisons différentes, mais dans tous les cas, c'est un signe de désaffection de l'AP-HP qui transparait. Cela touche aussi d'autres disciplines et est particulièrement vrai en chirurgie et encore plus en anesthésie* »[61].

Cette mobilité accrue est d'autant plus inquiétante qu'elle intervient aujourd'hui de plus en tôt après la titularisation, ce qui souligne le manque de fidélisation des personnels, notamment dans les disciplines sous-tensions. Pour le Pr Serge UZAN, Vice-Président Santé de l'Université Pierre et Marie Curie, ancien chef de service de l'hôpital Tenon et qui a été pendant 15 ans doyen de la faculté de Médecine Pierre et Marie Curie (Paris VI), ce constat est le signe que les personnels de l'AP-HP sont « *très attractifs pour les PSPH et le privé* » ; « *avant, les départs de PU-PH à l'AP-HP ne concernait que cinq personnes par an contre une vingtaine actuellement et surtout on ne partait pas à 800 mètres* » insiste-t-il[62]. L'ophtalmologie, première spécialité choisie à l'internat de médecin et celle qui enregistre tout statut confondu le plus de départs, est selon le Pr Antoine BREZIN « *caricaturale du fait qu'on ne maintient pas l'attractivité à l'AP-HP*»[63]. Surtout, cette mobilité en hausse intervient dans le cadre de perspectives démographiques à court terme qui laissent craindre, à l'AP-HP, des tensions sur un certain nombre de spécialités. Pour le Dr Silvia PONTONE c'est le cas de : « *la médecine nucléaire, la génétique médicale, la médecine physique et de réadaptation, l'oncologie option radiothérapie, l'anesthésie-réanimation chirurgicale et la gynécologie-obstétrique ainsi que de l'anatomie cytologie pathologiques et la médecine du travail. Dans une moindre mesure, de l'oncologie option oncologie médicale et radiologie* »[64]. Selon le Pr Loïc CAPRON, « *une personne par semaine part aujourd'hui de l'AP-HP : le fantasme de la démission n'en est plus un et joue un rôle désormais systématique dans la négociation des projets médicaux* »[65].

En second lieu, la mise en jeu d'une concurrence extérieure exacerbée et d'une concurrence intérieure contre-productive conduit à un pronostic inquiétant pour l'attractivité des praticiens de l'AP-HP. En effet, les établissements de santé extérieurs à l'AP-HP, qu'ils soient publics ou privés, sont aujourd'hui en pleine évolution et concurrencent de plus en plus l'AP-HP. C'est le cas évidemment en termes de rémunération avec des montants de l'ordre de 1,5 à 3 fois supérieurs en dehors de l'AP-HP sur la même spécialité médicale, mais aussi sur un certain nombre d'éléments qui jouent pleinement dans l'attractivité du personnel médical.

[61] Entretien avec Michaël PEYROMAURE réalisé le 12/08/2015.
[62] Entretien avec Serge UZAN réalisé le 24/08/2015.
[63] Entretien avec Antoine BREZIN réalisé le 08/05/2015.
[64] Entretien avec Silvia PONTONE réalisé le 25/092015.
[65] Entretien avec Loïc CAPRON réalisé le 14/09/2015.

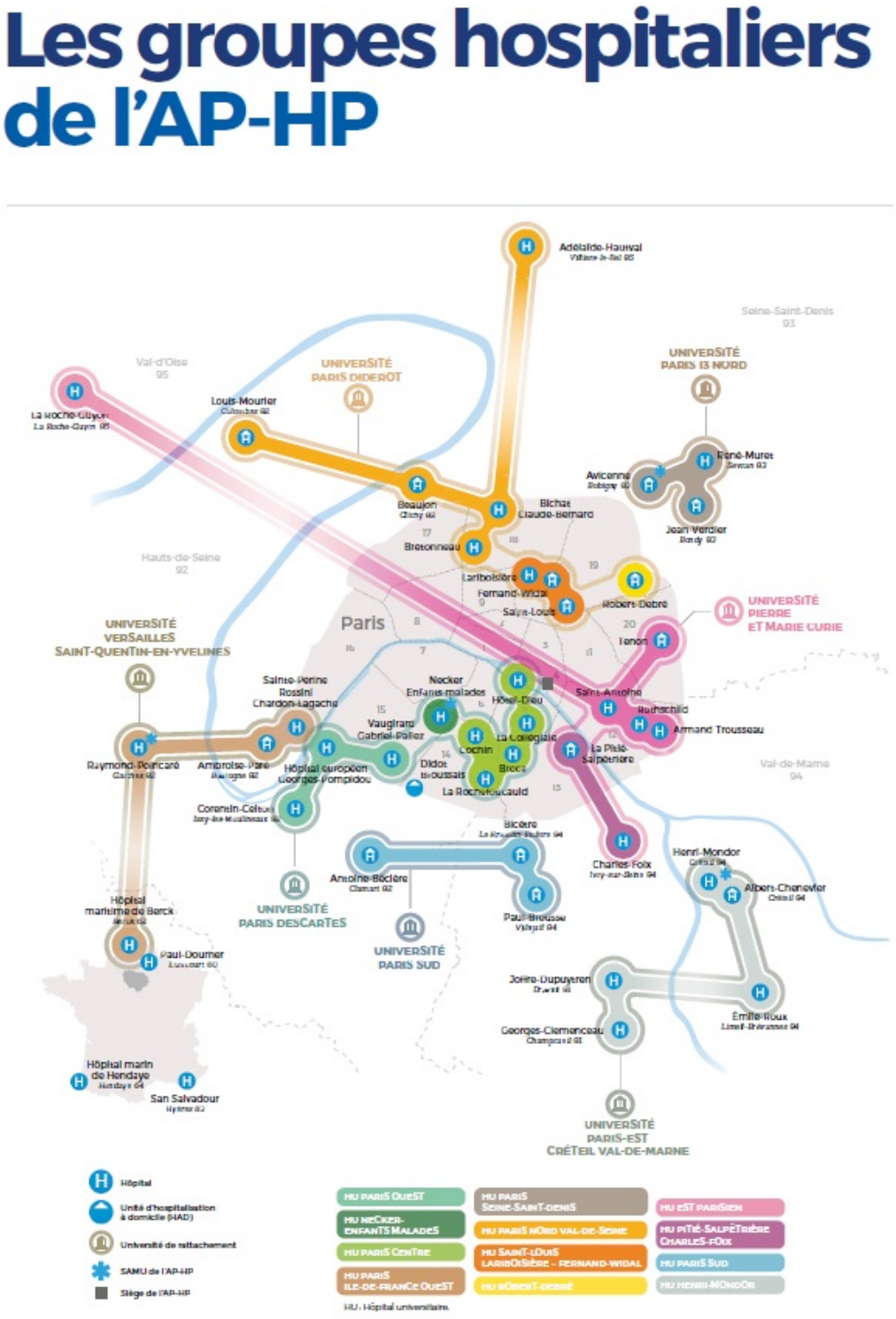
D'une part, nombre de ces établissements mettent en place une stratégie de regroupement afin d'obtenir une masse critique plus importante à la fois en termes de médecins, de patients et d'investissements ; c'est le cas du Groupe Hospitalier Saint-Joseph et de la stratégie décrite par Jean-Patrick LAJONCHERE, Directeur du groupe[66]. C'est dans ce cadre notamment que ces groupes disposent aujourd'hui sur l'Île-de-France de 12 robots chirurgicaux contre seulement 3 à l'AP-HP (répartis sur les GH d'Henri Mondor, de La Pitié-Salpêtrière - Charles-Foix et de Paris Ouest). D'autre part, ils mettent en place des conditions de travail de plus en plus diversifiées pour attirer les personnels médicaux de l'AP-HP. Ainsi le centre hospitalier privé Les Peupliers propose aujourd'hui une salarisation de ses personnels médicaux avec une proposition d'engagement sur un salaire mensuel quelle que soit l'activité au bloc et une partie de rémunération libérale sur consultation. Alors que la sécurité du statut de salarié était jusqu'à présent largement réservée aux personnels de l'AP-HP, ce statut se développe aussi au sein des autres établissements de la région. Plus généralement, ces établissements mettent l'accent sur la stratégie de support qu'ils offrent aux médecins notamment en termes de charge administrative et de réactivité dans la prise de décision. Pour Xavier POLLET-VILLARD, Assistant hospitalo-universitaire (CCA-AHU) en biologie à l'hôpital Tenon, « *ce n'est pas la difficulté qui fait partir, mais la capacité de pouvoir faire mieux ailleurs et l'impossibilité au sein de notre hôpital de se mettre à niveau notamment en terme de réactivité et de moyens mis à disposition dans le privé* »[67]. C'est le même constat qu'établit le Pr Serge UZAN lorsqu'il souligne « *l'environnement administratif qui a pour but de faciliter la vie des médecins* » dans beaucoup d'établissements concurrents de l'AP-HP[68].

Cette concurrence est d'autant plus forte qu'elle se cumule à une concurrence intérieure au sein de l'AP-HP entre les différents GH. En effet, si juridiquement l'AP-HP ne forme qu'une entité unique, elle se décompose dans la pratique en 12 groupes hospitaliers qui forment un ensemble commun. Or dans le cadre de la T2A et d'une rémunération à l'acte hospitalier, Pascal DE WILDE souligne que « *la création des GH a exacerbé la concurrence au sein même de l'institution* »[69]. Pour le Pr Mehdi KAROUI « *le principal concurrent de l'AP-HP c'est lui-même et cela crée des difficultés* », car au sein du même ensemble, la Direction générale n'impose pas un circuit pour les malades, ce qui pose des problèmes de rationalisation des circuits et des regroupements[70]. Selon le Pr Olivier SCATTON, le manque de rapidité des prises de décision en interne est néfaste à l'attractivité des médecins[71]. Pour François HAAB qui a quitté l'AP-HP en raison

[66] Entretien avec Jean-Patrick LAJONCHERE réalisé le 28/08/2015.
[67] Entretien avec Xavier POLLET-VILLARD réalisé le 10/08/2015.
[68] Entretien avec Serge UZAN réalisé le 24/08/2015.
[69] Entretien avec Pascal DE WILDE réalisé le 07/09/2015.
[70] Entretien avec Mehdi KAROUI réalisé le 28/08/2015.
[71] Entretien avec Olivier SCATTON réalisé le 11/08/2015.

notamment de « *manque de réactivité* », *« il n'existe pas pire concurrent que celui de l'AP-HP. Il n'y a pas d'émulation saine entre les GH, ce qui nuit à l'attractivité des personnels médicaux* »[72].

Carte de la répartition des groupes hospitaliers de l'AP-HP[73]



[72] Entretien avec François HAAB réalisé le 15/07/2015.
[73] Tiré du Rapport annuel 2014 – Une AP-HP ouverte, unie et innovante.

En dernier lieu, l'AP-HP pâtit d'une image qui se dégrade et d'une prise en compte des difficultés d'attractivité encore timide. Cette dégradation s'observe en premier lieu dans le recul d'un certain nombre de ses services au sein des classements nationaux[74]. Surtout cette dégradation se manifeste dans le manque de dynamisme de l'AP-HP reproché par l'ensemble des personnes interrogées. A titre d'exemple, pour Guy VALLANCIEN, « *l'AP-HP n'est plus une machine à gagner* »[75] et elle mériterait « *une profonde restructuration* »[76] pour le Pr Michaël PEYROMAURE. Finalement selon le Pr Antoine BREZIN, l'AP-HP « *subit une inversion du paradigme où c'est maintenant à l'institution de se battre pour garder ses personnels médicaux* »[77]. Ces difficultés sont d'autant plus inquiétantes qu'elles se conjuguent avec un discours paradoxal au sein des instances supérieures de l'AP-HP. Ainsi tourné vers l'extérieur, le discours du Directeur Général de l'AP-HP est de nuancer l'ensemble de ces difficultés. En réponse au départ du Pr François HAAB en 2014, il déclarait ainsi : « *les départs de grands professeurs, entre dix et vingt par an, relativement stables dans le temps, sont une somme de cas particuliers aux multiples facteurs. En réalité, il n'y a pas d'hémorragie de médecins stars. Chaque partant est remplacé par un praticien tout aussi chevronné. Les départs sont donc sans conséquence pour les patients ou pour la vigueur de la recherche. Cependant beaucoup dénoncent les pesanteurs administratives. L'organisation des hôpitaux n'est responsable que de la moitié de ces frustrations. Le reste est dû aux divisions, aux jalousies entre équipes.* »[78]. A l'inverse, le Président de la CME centrale fait le constat d' « *un gros souci d'attractivité à l'AP-HP, d'importance variable selon les spécialités mais déjà avec des spécialités sinistrées : imagerie, anesthésie-réanimation et urgences sont les plus touchés. Les autres peuvent aussi pâtir : disciplines chirurgicales, gériatre… Les trous commencent à apparaître* »[79].

Deux exemples permettent d'illustrer cette situation paradoxale en partie due aux oppositions internes au sein de l'AP-HP. La procédure de révision des effectifs PH est aujourd'hui considérée par les acteurs comme « *trop complexe, illisible et beaucoup trop longue sans véritable responsabilisation pour le niveau local avec un processus de choix déconnecté du processus budgétaire des GH* »[80]. Au niveau de la DOMU, des évolutions tendent aujourd'hui à apporter des marges de manœuvre plus importantes à l'échelon

[74] Notamment celui établit annuellement par le Palmarès des hôpitaux et cliniques du journal *Le Point*.
[75] Entretien avec Guy VALLANCIEN réalisé le 30/09/2015.
[76] Entretien avec Michaël PEYROMAURE réalisé le 12/08/2015.
[77] Entretien avec Antoine BREZIN réalisé le 08/05/2015.
[78] BARRET A-L., Article du 12/10/2014, « Hémorragie de talents à l'hôpital public » in *Le Journal du Dimanche*.
[79] *Ibid.*
[80] Entretien avec Pascal DE WILDE réalisé le 07/09/2015.

local et favorisent une plus grande réactivité des prises de décision au sein des GH. Mais au niveau des différentes Collégiales de Spécialités et de la Présidence de la CME centrale, il y a un refus catégorique de raccourcir cette instruction « *qui permet d'assurer un contrôle sur la qualité, de tester les agents et de voir leur résistance aux muses du privés* »[81]. En termes de rémunération, alors qu'il n'y a pas de refus de principe de la part de la Direction de l'AP-HP de se tourner vers une rémunération plus importante à l'activité afin d'apporter un complément de revenu à ses personnels médicaux et de mieux faire face aux écarts de rémunération avec le privé - dans les disciplines sous-tension notamment –, la CME centrale s'y oppose catégoriquement soulignant la perte engendrée en termes de qualité et de sécurité des soins[82].

In fine, les réponses concrètes à ces difficultés d'attractivité se font attendre tandis que la réflexion devient de plus en plus prégnante. L'illustration au sein du GH de l'Est Parisien de ces différents éléments permet de donner la mesure de ces interrogations et des marges de manœuvre à trouver.

B) L'analyse du GH de l'Est Parisien permet d'illustrer la thématique de l'attractivité au sein de l'AP-HP

1) Le GH de l'Est Parisien, premier GH en nombre de professionnels médicaux illustre les signes de difficultés d'attractivité des personnels médicaux au sein de l'AP-HP

Le GH de l'Est Parisien né du regroupement de cinq hôpitaux est en 2015 dans une situation difficile. Regroupant les cinq sites de Saint-Antoine, Rothschild, Armand-Trousseau (Paris, 12ème), de Tenon (Paris, 20ème) et de La Roche-Guyon (Val-d'Oise), le GH de l'Est parisien est situé au cœur de son territoire, associé à la faculté de Médecine Pierre et Marie Curie (Paris VI). Le GH se situe dans la partie Est du territoire de santé 75-2 comptant 672 541 habitants, soit 31% de la population parisienne en 2013[83]. Le territoire compte 16 établissements de santé assurant de la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et des soins de suites et réadaptation (SSR) dont 6 de l'AP-HP, 1 établissement public non AP-HP, 3 ESPIC, 1 fondation, 5 établissements privés à but

[81] Entretien avec Loïc CAPRON réalisé le 14/09/2015.
[82] « L'argent on ne peut rien faire ; les rémunérations sont celles de la fonction publique » entretien avec Loïc CAPRON réalisé le 14/09/2015.
[83] Source Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE).

lucratif, 6 secteurs de psychiatrie et 1 secteur de psychiatrie infantile[84]. Son territoire présente une densité d'offre de soins élevée, second territoire de la région en activités de courts séjours. L'offre de soins couvre tous les âges de la vie et se décline à travers 14 pôles[85]. En termes de capacité d'accueil et d'activité, le GH, leader de l'AP-HP en MCO dispose fin 2014 de 1 949 lits, de 198 places de jour, de 17 postes de dialyse, de 55 fauteuils d'odontologie et fait l'objet de plus de 175 000 hospitalisations annuelles dont 55% en ambulatoire en 2013. Il détient à lui seul 13% de la capacité d'hospitalisation de l'AP-HP. En termes de personnels, le GH compte 9 688 professionnels au service du patient dont 2 728 professionnels médicaux et 6 960 professionnels soignants, administratifs, techniques et logistiques. Le GH est le plus important en termes de professionnels médicaux et 2ème de l'AP-HP en termes d'hospitalisation.

Si la trajectoire financière ascendante du GH a permis une résorption de près de 25 millions de son déficit en 4 ans, il demeure en 2014 ciblé à 10.92 millions d'euros[86].Ce déficit fait du GH de l'Est Parisien l'un des établissements les plus endettés de l'AP-HP. Cette situation rend indispensable de renforcer le dynamisme de ses activités. Un projet médical stratégique permettant de faire émarger nouvelles activités et innovations est ainsi fondamental. L'ensemble des praticiens interrogés insistent sur le rôle majeur que joue le plateau technique dans leur choix de lieu d'exercice. Qu'ils soient praticiens seniors ou en formation, disposer d'équipements modernes et innovants est un véritable gage d'attractivité. Le GH de l'Est Parisien est sur ce point fortement concurrencé puisque les établissements concurrents disposent d'une plus grande réactivité et ont pris beaucoup d'avance sur l'équipement de leur centre. C'est le cas notamment en termes de robots chirurgicaux mais aussi en termes de techniques innovantes en radiothérapie et médecine nucléaire. Si le premier intérêt d'utilisation de ces machines est de faire venir les patients, il devient donc rapidement un outil d'attractivité pour le personnel médical et un enjeu majeur, tout particulièrement dans les disciplines concurrencées. Dans le cadre d'une situation financière dégradée, les difficultés rencontrées dans ces disciplines peuvent avoir un impact sur l'activité (cas des anesthésistes dans l'activité du bloc opératoire par exemple) qui influent directement sur les finances de l'établissement (baisse d'activité, augmentation des dépenses d'intérim etc.). Les difficultés que l'on rencontre sur ces disciplines rendent donc d'autant plus indispensable de mettre en place des actions spécifiques pour fidéliser nos personnels médicaux. Si la nuance reste de mise pour le Directeur du Groupe hospitalier par rapport au reste de la France hospitalière, il n'en reste pas moins ainsi que le déficit du GH emporte « *des*

[84] Données tirées de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France.
[85] Chiffres clés 2013 des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien.
[86] Etat des Prévisions, des Recettes et des Dépenses 2014, Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien.

conséquences sur le dynamisme même du projet médical, outil d'attraction pour les personnels »[87].

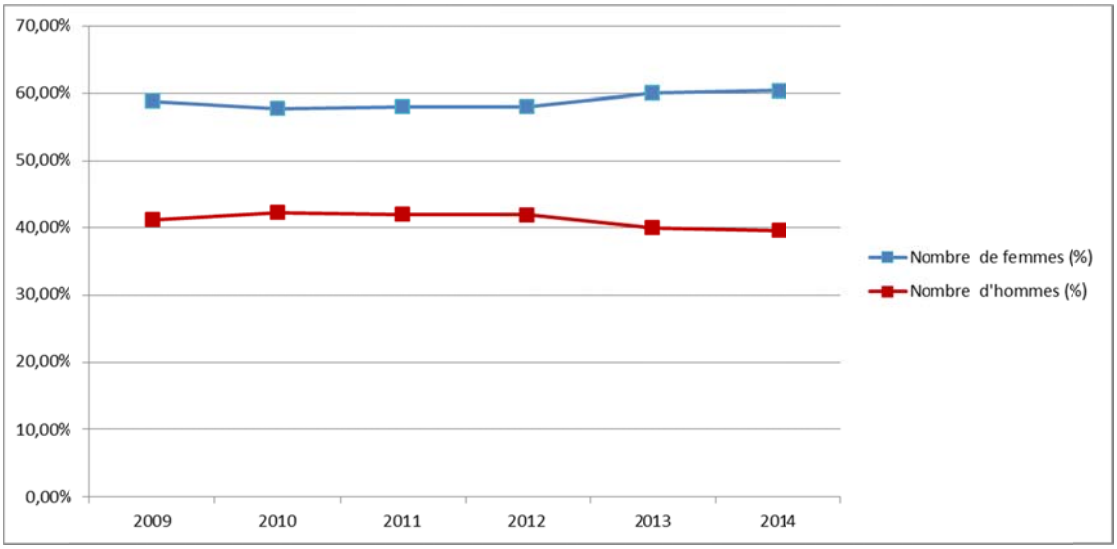
Le GH est de plus en plus concurrencé à la fois par les établissements extérieurs à l'AP-HP et au sein même de l'AP-HP. En externe, au sein de son territoire 75-2, le GH ne subit pas la concurrence directe des CLCC à la différence d'autres GH de l'AP-HP. Mais à l'inverse, il pâtit d'une concurrence exacerbée des PSPH et notamment du Groupe Hospitalier Diaconesses-La Croix Saint-Simon et de la Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild. La concurrence est particulièrement forte en chirurgie notamment en orthopédie, en endoscopie ou encore en urologie[88]. Cette concurrence extérieure est particulièrement néfaste lorsqu'en interne l'établissement est en capacité de remplir cette activité et qu'elle est de plus particulièrement rentable. C'est notamment le cas de l'endoscopie où près de 90% des actes restent réalisés dans le privé alors qu'ils auraient pu être faits au sein de l'établissement, mais aussi de l'Aide médicale à la procréation (AMP), spécialité très touchée par la concurrence comme le souligne Xavier POLLET-VILLARD[89]. Cette concurrence externe se double pour le GH d'une concurrence interne accrue depuis la mise en place des GH en 2010. Les pressions budgétaires et les modalités de financement conduisent chaque GH à conforter ses filières de recrutement et à les développer sur une enveloppe fermée au niveau de l'AP-HP. Cela se remarque aussi bien pour les meilleurs professionnels médicaux, aujourd'hui convoités par l'ensemble des GH, mais aussi pour les activités cliniques et de recherche. A titre d'exemple, l'ouverture prochaine d'un service d'oncologie thoracique à l'Hôpital Bichat (GH de Paris Nord Val-de-Seine, AP-HP), alors qu'il existe déjà trois services au sein de l'AP-HP dont un au sein du GH de l'Est Parisien, va entraîner mécaniquement une perte de recettes d'activité pour l'ensemble des autres sites. Perte de recettes qui risquent de conforter à terme les contraintes financières. Pour le GH de l'Est Parisien, cette concurrence exacerbée se remarque aussi au sein des classements nationaux des services, à l'image de sa perte de réputation au sein du dernier classement 2015 Le Point[90] ou encore de son passage au second rang des Centres de périnalité au sein de l'AP-HP[91].

[87] Entretien avec Pascal DE WILDE réalisé le 07/09/2015.
[88] L'exemple du départ de François HAAB pour rejoindre le PSPH concurrent en 2014 en témoigne.
[89] Entretien avec Xavier POLLET-VILLARD réalisé le 10/08/2015.
[90] Palmarès 2015 des hôpitaux et cliniques du journal *Le Point*, n° 2241 du 20 août 2015.
[91] Rapport annuel 2014 – Une AP-HP ouverte, unie et innovante.

2) L'analyse précise de l'évolution du personnel médical au sein du GH de l'Est Parisien témoigne de signes de perte d'attractivité aux conséquences potentiellement importantes.

Le personnel médical du GH de l'Est Parisien vieillit, se féminise et doit faire face à de nouveaux enjeux[92]. Le GH de l'Est Parisien témoigne des différentes évolutions démographiques des professionnels médicaux. Alors que l'âge moyen de ses praticiens reste stable depuis 2009, la part des praticiens juniors au sein des personnels médicaux augmentent. Par déduction, le personnel senior du GH de l'Est Parisien vieillit. Ce vieillissement de la population est particulièrement vrai pour les hommes que pour les femmes et il se décline aussi en fonction des statuts avec une augmentation plus conséquente chez les hospitalo-universitaires (âge moyen de 53.5 ans) que chez les hospitaliers (35 ans). Ce constat laisse entrevoir un nécessaire renouvellement de ses professionnels médicaux dans un contexte de démographie médicale de plus en plus tendue[93].

Evolution du nombre de femmes et d'hommes au sein du personnel médical du GH de l'Est Parisien

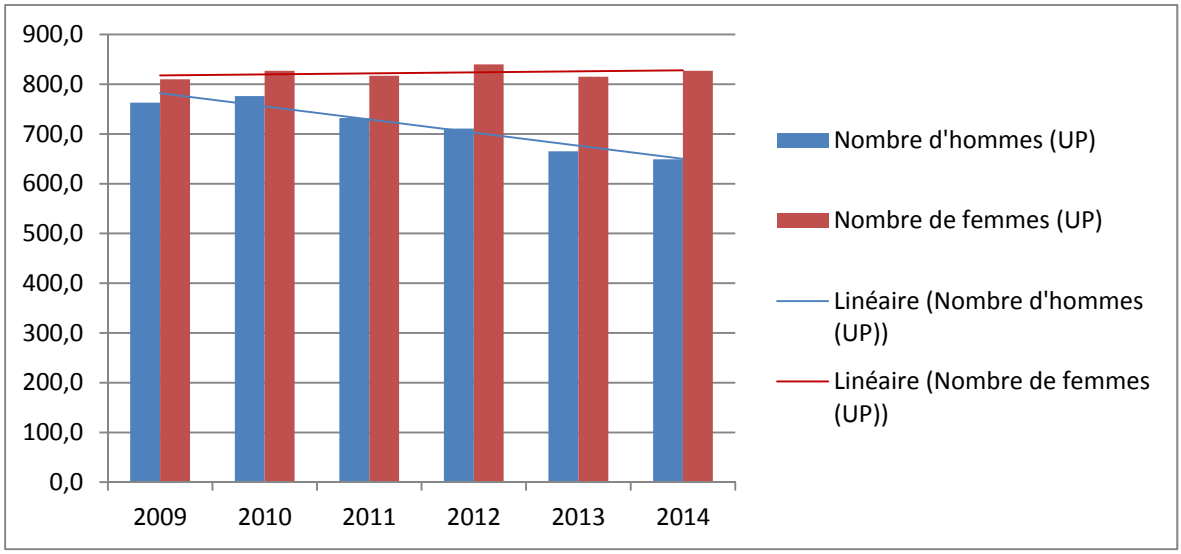


Le personnel médical du GH de l'Est Parisien se féminise aussi très largement. Alors que les femmes représentaient 56.5% des personnels médicaux fin décembre 2009 (en unités physiques), elles représentent près de 58.76% de cette catégorie fin décembre 2014 soit une hausse de 2.26 points.

[92] Cf. Annexe 7 : Bilan social du personnel médical des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien.
[93] PONTONE S., 2011, *La démographie médicale : de la rationalité arithmétique aux choix politiques et individuels*, Thèse pour le Doctorat en Epidémiologie : Université Paris Diderot (Paris 7), Ecole Doctorale Pierre Louis de Santé Publique, p. 210.

Cette envolée est encore plus importante lorsque l'on prend en compte les personnels médicaux seniors (internes et résidents, faisant fonction d'internes (FFI) et étudiants) avec un passage de 51.49% à 58.49% soit une hausse de 7 points en 5 ans.

Evolution du nombre de femmes et d'hommes au sein du personnel médical seniors du GH de l'Est Parisien



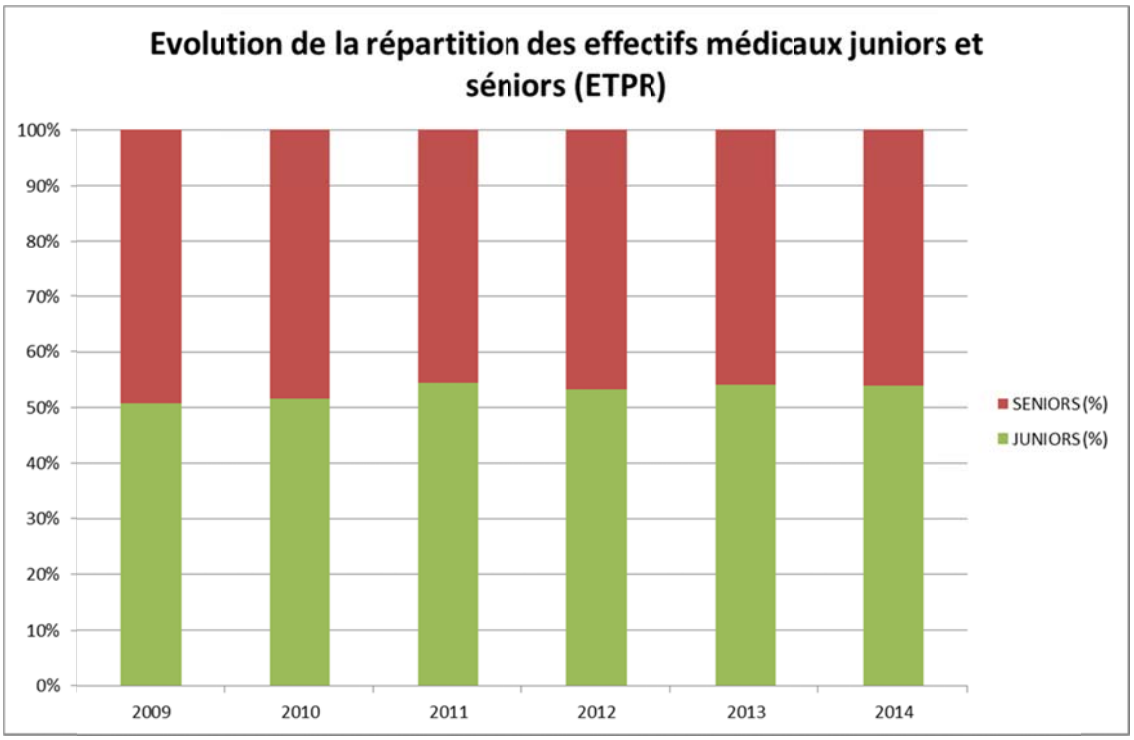
Or, cette féminisation n'est pas sans emporter des conséquences importantes pour l'établissement. Ainsi selon le dernier *Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2015* établie par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)[94] : « *il existe des différences importantes dans la cessation d'activité entre les hommes et les femmes. Celles-ci interrompent leur activité avant 65 ans plus fréquemment que leurs confrères et prolongent leur activité au-delà de 65 ans trois fois moins* ». Cette féminisation risque pour le GH de l'Est Parisien, d'accroitre le besoin de renouvellement de son personnel médical et donc la nécessité de renforcer son attractivité.

Enfin, la structure des professionnels médicaux du GH témoigne aussi de l'augmentation constante du numérus clausus en médecine, chirurgie, odontologie. Avec près de 53.97% de personnels juniors sur l'établissement fin décembre 2014 contre 50.71% en 2009, l'augmentation des internes, résidents, FFI et étudiants participent pour plus de 84.6% à l'augmentation totale du personnel médical. Plus encore, cette augmentation des nouvelles générations de médecins induit des évolutions

[94] RAULT J-F., 2015, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2015*, Conseil National de l'Ordre des Médecins, p. 102.

générationnelles de nature à remettre en cause les systèmes d'organisation en place et à augmenter la mobilité et le turn-over au sein des services[95].

Evolution de la répartition des effectifs médicaux juniors et seniors (ETPR) du GH de l'Est Parisien



L'évolution du personnel médical depuis fin décembre 2009 met donc le GH de l'Est Parisien face à de nouveaux enjeux.

L'analyse plus précise des causes de départ hors retraite des personnels médicaux, tout comme les entretiens réalisés avec les personnels sortis ou proches du départ, montrent aussi des signes importants de perte d'attractivité. Circonscrits au statut de praticien hospitalier, ces départs du GH hors retraite se chiffraient à 13 en 2011, 15 en 2012, 16 en 2013, 14 en 2014 et près de 23 en 2015[96]. En analysant plus précisément les raisons de ces départs, la majorité d'entre eux soit 49,4% (40 départs) sont le fait de mutations dont près de 55% hors d'un établissement de l'AP-HP. Cumulés aux démissions 14,8% (soit 12 postes), ces départs constituent donc pour le GH de l'Est Parisien une illustration de l'augmentation de la concurrence des autres établissements et un signe de perte d'attractivité. Cette expression est particulièrement frappante dans les disciplines dites sous-tension telles que l'anesthésie et la radiologie représentant

[95] TNS Sofres et SYNDICAT DES INTERNES DES HOPITAUX DE PARIS, 2013, *Les aspirations professionnelles des jeunes médecins,* TNS Sofres et Syndicat National des Internes des Hôpitaux de Paris, p. 75.
[96] Cf. Annexe 7 : Bilan social du personnel médical des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien.

respectivement 1/4 et 1/3 des démissions. Mais cette désaffection des personnels médicaux -en faveur notamment du secteur privé- se remarque aussi au niveau des mises à disposition. Pour les praticiens hospitaliers, ces mises à disposition totalisent 25 départs entre 2011 et 2015 (soit 30,1% des départs totaux), et près de 64% d'entre elles ont ouvertement été remontées à la DSAMR du GH comme des départs pour exercer en secteur privé. Une nouvelle fois, les disciplines les plus touchées sont aussi celles où la tension démographique est la plus forte au sein de l'établissement à savoir la radiologie (16% de ces mises à disposition), l'anesthésie (12%), l'urologie (8%) et les urgences (8%). Sur le site de l'hôpital Armand-Trousseau, lors du dernier quadrimestre cela conduit à une vacance de 3 postes temps plein sur les 18,8 effectifs temps plein (ETP) nécessaires au fonctionnement du service. Ainsi que le souligne le Directeur du Groupe Hospitalier [97]: le GH « *a globalement par rapport au reste de la France hospitalière moins de problème pour recruter de jeunes médecins et même dans les filières où il est difficile de recruter. Mais il existe cependant des secteurs plus difficiles comme l'anesthésie-réanimation, l'imagerie ou les urgentistes. Ces difficultés ne sont pas les mêmes entre les différents sites et on peut craindre des difficultés qui s'accélèrent* ».

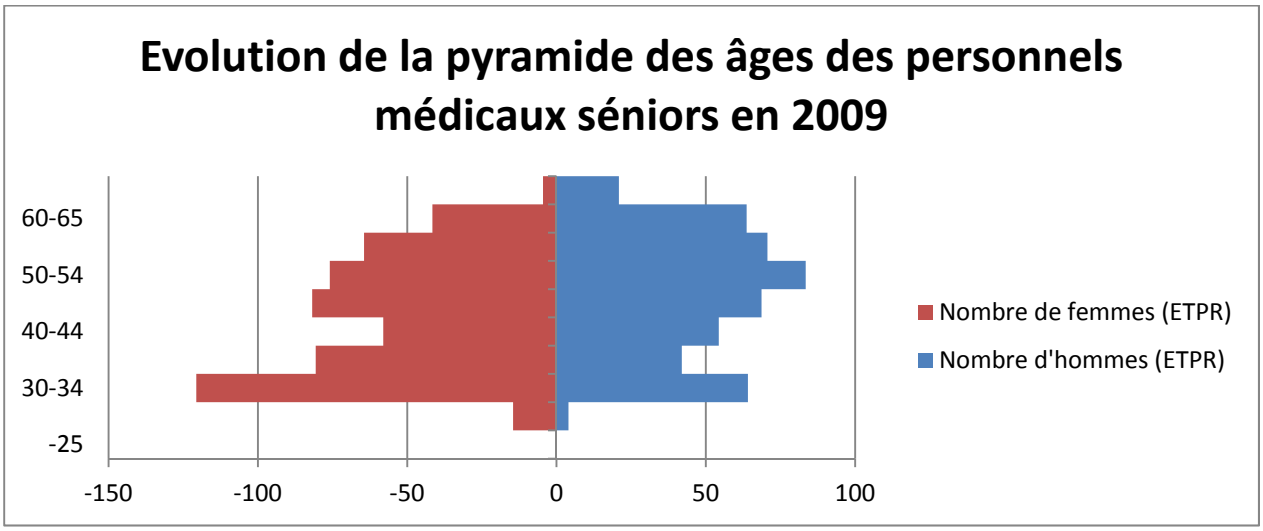
A terme, les conséquences de ces signes de perte d'attractivité peuvent être désastreuses. Trois éléments tirés de cette analyse de l'évolution du personnel médical mettent en exergue des difficultés importantes à venir.

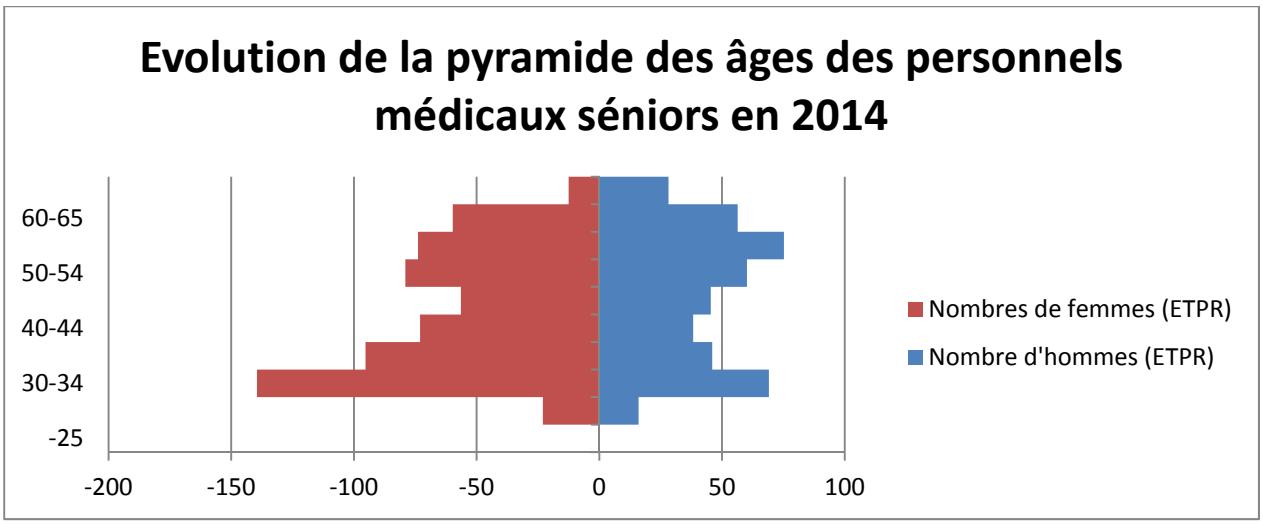
En premier lieu, ces départs au sein de spécialités en tension et les difficultés de recrutement dans ces spécialités pourtant cruciales à l'exercice hospitalier (à l'image de l'anesthésie au cœur de l'activité chirurgicale du GH de l'Est parisien) peuvent engendrer des coûts importants pour le GH (fermeture de blocs opératoires ou encore dépenses d'intérim). Dans tous les cas ces signes ne vont pas dans le sens d'un redressement de la trajectoire financière du GH et risque de rendre la discussion difficile avec l'instance centrale de l'AP-HP autant que de rendre peu aisée la motivation de l'ensemble des équipes médicales. C'est notamment ce qui ressort de l'entretien réalisé avec le Pr Olivier SCATTON[98] qui souligne toute la difficulté à rester dans un établissement où l'efficience et les contraintes financières sont omniprésentes dans le travail journalier.

En second lieu, la pyramide des âges au sein du GH marque un creux générationnel entre 40 et 50 ans au sein des personnels seniors. Si les plus de 50 ans chez les personnels seniors représentent entre 2009 et 2014 toujours 50,5%, les personnels médicaux séniors âgés de 40 à 50 ans ne représentent plus que 19.2% en

[97] Entretien avec Pascal DE WILDE réalisé le 07/09/2015.
[98] Entretien avec Olivier SCATTON réalisé le 11/08/2015.

2014 des professionnels médicaux totaux contre 23,3% en 2009. Ce creusement de la tranche d'âge intermédiaire invite à s'interroger dès à présent sur la mise en place de successions et la recherche de relais à des activités en déclin. Alors qu'il faut compter une dizaine d'années pour former un praticien, le Président de la CME locale [99] souligne tout le défi d'organiser la succession au sein d'un service et de répondre à cette vague de praticiens qui prendront leur retraite dans les 5 à 10 prochaines années.





Enfin, dans le cadre des restructurations plus globales de l'AP-HP dont le GH est partie prenante et, de la mise en place à terme de regroupements entre plusieurs GH, la question se pose de restructurer la voilure des activités et de l'établissement afin d'atténuer la concurrence des établissements voisins.

[99] Entretien avec Bertrand GUIDET réalisé le 11/09/2015.

3) Si l'établissement a pris conscience de cette problématique dans le cadre de son prochain plan stratégique, elle doit trouver place au sein d'un outil concerté : le projet social médical

Fort de ces différents éléments, le GH a pris conscience de cette problématique. Dès 2014, le Pr Bertrand GUIDET, Président CME locale et membre de droit de la CME centrale, a présenté au sein du Séminaire du plan stratégique d'établissement 2015-2019 de l'AP-HP, la problématique de l'attractivité des personnels médicaux[100]. Quatre solutions ont été retenues pour dynamiser l'attractivité de l'institution : renforcer les ressources humaines médicales, valoriser la dimension académique, renforcer l'équipe comme unité de base et apporter un support logistique. Cette dynamique a été reprise au sein de la CME avec la mise en place d'une Commission de la vie hospitalière (CVH) à la fois au niveau central et au sein du GH, chargée de faire remonter les préoccupations et difficultés ressenties par les médecins. Cette prise de conscience a aussi conduit à la construction pour la première fois au sein du GH d'un Projet social professionnel (PSP) coordonné par la DRH et la DSAMR afin de faire converger les préoccupations des personnels médicaux et non-médicaux. Ce document décline au niveau local l'ensemble des problématiques du PSP de l'AP-HP. C'est à la suite de ce rapprochement notamment que la CVH a été incluse dans le Comité de pilotage des Risques psycho-sociaux (RPS) prenant en charge la prévention et la gestion des RPS sur l'établissement. Cette problématique de l'attractivité du personnel médical irrigue aujourd'hui l'ensemble du plan stratégique d'établissement du GH de l'Est Parisien.

*

* *

Afin de lui donner vie dans les quatre années à venir, la DSAMR est en charge aujourd'hui de décliner au sein du Projet social médical (PSM) de l'établissement la feuille de route des actions à mettre en place. Ce projet consiste à entreprendre des actions visant à agir sur l'ensemble de la problématique de l'attractivité à travers les trois dimensions mises en valeur de l'attractivité à savoir : attirer, fidéliser et anticiper. Ce PSM, structuré pour chacune de ses dimensions en trois temps, vise à donner à l'établissement des propositions concrètes et permettant de mesurer tout au long du Plan stratégique l'amélioration de l'attractivité médicale. Il est basé notamment sur un parangonnage des réalisations en place au sein des autres établissements publics de l'AP-HP. Le premier temps consiste à définir les axes stratégiques de chacune des dimensions afin d'englober

[100] Cf. Annexe 4 – Présentation de Bertrand Guidet au Plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP : « Comment rendre l'AP-HP attractive pour les médecins » du 24 janvier 2014.

la totalité de la problématique. Le second temps vise à rapprocher à chacun de ces axes stratégiques les objectifs et les moyens à mettre en œuvre sur le GH. Le troisième temps se décline en la réalisation de supports/outils à mettre en œuvre. Coordonné par la DSAMR en lien avec la Présidence de la CME, ce PSM a vocation à être présenté rapidement devant l'ensemble des instances du GH et à recueillir le soutien de l'ensemble des directions fonctionnelles.

2 La mise en place de propositions concrètes au sein du Projet social médical du GH de l'Est Parisien, moyen de renforcer l'attractivité médicale

A) Attirer

Attirer les personnels médicaux au sein du GH de l'Est Parisien est le premier élément de l'attractivité. Etymologiquement, attirer contient la double idée de tirer vers soi et de préparer. Au sein du GH, cela consiste aussi bien à s'intéresser aux processus de formation des futurs médecins - amenés à rester au sein de l'établissement – qu'aux processus d'intégration des praticiens titulaires ou contractuels. Une double distinction doit être établie entre d'une part le statut du praticien et d'autre part sa spécialité. Au sein du GH de l'Est Parisien, cette dimension prend la forme de trois axes stratégiques à valoriser : la visibilité de l'établissement, l'accueil de ses personnels médicaux et l'amélioration des conditions de travail. Selon les termes de l'ancien doyen de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie, il s'agit ainsi à travers ce premier axe « *d'offrir des perspectives* » aux personnels médicaux dans l'établissement[101].

1) Valoriser les activités du GH et accroitre sa visibilité constitue le premier axe d'attraction des personnels médicaux

Agir sur la réputation et l'image du GH joue un rôle primordial pour permettre aux praticiens de s'inscrire durablement dans l'établissement. Au sein du GH de l'Est Parisien, l'objectif principal est de rendre lisible l'ensemble des activités du GH et les conditions d'exercice. Réparti sur cinq sites, le GH de l'Est Parisien propose une offre de soin complète qui couvre tous les âges de la vie. Le GH dispose en ce sens de plateaux techniques innovants, de centres de référence (agents tératogènes, maladies respiratoires rares, malformations et maladies du Cervelet), de centres SOS (urgences digestives, pneumothorax, thorax, pédiatrique, main et drépanocytose) et de circuits de diagnostics rapides des cancers (sein, poumon et urologie)[102]. Toutes ces activités ne disposent pas aujourd'hui d'une assez grande lisibilité permettant de recenser et de valoriser les activités réalisées et réalisables par les praticiens de l'établissement. Dans le cadre de l'amélioration de l'attractivité des personnels médicaux, il importe de mettre en

[101] Entretien avec Serge UZAN réalisé le 24/08/2015.
[102] Chiffres clés 2013 des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien.

place des actions ciblées de communications permettant de distinguer le GH de l'ensemble de ces concurrents. Le premier levier passe par la construction et la diffusion du projet médical de l'établissement co-construit avec le Président de la CME. Comme le souligne Matthieu LEGRAND, docteur au sein du GH Saint-Louis – Lariboisière : « *le projet médical l'emporte largement et tout le temps. Ce qui fait partir, c'est soit la charge de travail très importante avec finalement un problème d'organisation local ou l'impression de dégradation de la qualité et de l'organisation du temps de travail* »[103]. C'est donc sur ce premier point que le GH de l'Est Parisien doit cibler sa communication afin de recenser et de mettre en valeur ses activités.

Plusieurs outils peuvent y contribuer et s'inscrire dans cet axe. En premier lieu, le site internet du GH, premier vecteur de communication envers l'extérieur, pourrait être amélioré en déclinant pour chaque service l'ensemble des activités réalisées et des moyens mis à disposition. Dans le cadre de l'amélioration de l'organisation et du parcours patient dont une direction a été créée au sein du GH[104], cette mission en collaboration avec la Direction de la communication pourrait naitre rapidement avec une mise à jour annuelle des données de chaque service. En second lieu, des actions de visibilité sur les vacances de postes dans le GH et les mobilités intra-GH pourraient voir le jour afin de favoriser l'appartenance des personnels médicaux au Groupe Hospitalier de l'Est Parisien. En ce sens, la déclinaison locale de la bourse aux emplois de l'AP-HP pourrait être mise en valeur au sein même du site internet du GH. Enfin, à travers la mise en place d'un magazine recherche et innovation du GH, destiné à la fois aux personnels internes et externes à l'établissement, le GH pourrait mieux mettre en valeur ses actions. Ce magazine qui a vu le jour pour la première fois au mois de septembre 2015 rencontre déjà un vif succès et devrait être pérennisé au moins sur la durée du plan stratégique de l'établissement[105]. L'intérêt pour le GH serait alors, pour reprendre les mots de Jean-Patrick LAJONCHERE[106] « *de donner la capacité à ses personnels de s'inscrire dans un développement, une dynamique. Recruter n'est pas difficile mais garder les personnels enthousiastes et contributifs l'est* ».

2) Renforcer l'accueil des praticiens au sein GH constitue le second axe d'attraction des personnels médicaux.

[103] Conférence n° 2 – Pour une approche globale de l'attractivité médicale des établissements de santé, Journées RH de la Santé des 24 et 25 septembre 2015, Fédération Hospitalière de France (FHF) et Associations des Directeurs des Ressources Humaines des Etablissements sanitaires et sociaux (AdRHess).
[104] Cf. Annexe 3 : Organigramme de direction du GH
[105] Cf. Annexe 6 – Le Magazine Recherche et Innovation des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien
[106] Entretien réalisé avec Jean-Patrick LAJONCHERE le 28/08/2015.

La problématique pour le GH est double entre d'une part les internes, FFI, résidents et étudiants, présents dans l'hôpital au titre de leur formation et qu'il s'agit de faire rester après leur formation, et d'autre part les personnels seniors, qu'il s'agit d'attirer et de fidéliser.

Concernant les personnels médicaux juniors, l'amélioration de leur encadrement est aujourd'hui devenue primordiale ; et ce d'autant plus que demeure un attachement des jeunes médecins à exercer là où ils ont été formés[107]. Dans ce cadre, deux actions spécifiques au moins peuvent s'inscrire au sein du Projet Social Médical. La mise en place d'un kit d'accueil des internes harmonisé sur le GH permettrait d'apporter un support utile et demandé par les personnels médicaux à leur apprentissage. En répertoriant l'organisation, l'offre et les conditions d'exercice au sein du GH de l'Est Parisien, il serait un vecteur utile des valeurs du GH à destination des futurs praticiens. Dans le cadre des réformes statutaires actuelles[108], ce kit d'accueil permettrait aussi d'apporter des clarifications bénéfiques. Ce kit pourrait aussi être complété d'un indicateur de suivi semestriel permettant de mieux prendre en compte leurs attentes ainsi que les démarches administratives à effectuer. En effet, l'utilisation de retour sur les stages hospitaliers de la part des internes, résidents, FFI et juniors permettrait aussi d'augmenter les affectations au sein des services. Aujourd'hui, des services au sein du GH de l'Est Parisien se retrouvent sans interne affecté au terme de la procédure de choix. Ces services pâtissent alors d'une charge de travail accrue et de conditions de travail plus difficiles. C'est notamment le cas du service d'hématologie qui a vu son activité croître depuis l'arrivée d'un nouveau praticien en 2012 mais les affectations d'internes diminuer. Puisque les notations de services délivrées par les internes en fin de stage ne sont pas à disposition des chefs de service ni des directions d'établissements, il serait utile d'avoir un retour qualitatif des stages de la part des principaux intéressés. Dans le cadre d'un audit interne mené au sein du service de néonatologie de l'hôpital Armand Trousseau[109], ce travail permet d'envisager à terme des améliorations concrètes telles qu'une réorganisation des plages d'enseignement du service sur l'ensemble de la durée du stage ou la mise en place d'un tutorat entre personnels médicaux seniors et juniors.

[107] TNS Sofres et SYNDICAT DES INTERNES DES HOPITAUX DE PARIS, 2013, *Les aspirations professionnelles des jeunes médecins,* TNS Sofres et Syndicat National des Internes des Hôpitaux de Paris, p. 75.
[108] PREMIER MINISTRE., Décret n°2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes.
[109] MITANCHEZ D., 2015, *Analyse de l'organisation médicale et de son adéquation avec les moyens : étude pilote dans un service de néonatologie,* Mémoire de management pour les praticiens hospitaliers et les cadres supérieurs, PARIS : Ecole de Management pour les Médecins des Hôpitaux – E.MA.M.H., p. 83.

Concernant les personnels médicaux séniors, il manque aujourd'hui au sein du GH un accueil personnalisé des praticiens à l'image de ce qui a été mis en place pour les personnels non-médicaux. Or la demande d'accompagnement de la part des praticiens seniors dans leur trajectoire professionnelle est de plus en plus prégnante. Selon David PINEY, Président de la CME du Centre hospitalier (CH) de Lunéville, il convient pourtant « *d'articuler les différents statuts existants avec le projet professionnel du praticien. Toute cette trajectoire doit être accompagnée d'autant plus qu'elle intervient à une tranche d'âge dite de transition où il convient d'être très attentif* » [110]. En ce sens, la mise en place d'une journée d'accueil et d'un kit d'accueil tel que celui délivré aux personnels non-médicaux pourrait être efficace. Il le serait d'autant plus qu'il apporterait des informations aux praticiens sur l'ensemble des possibilités qui s'offrent à eux, des prestations qui leurs sont proposées, des supports administratifs dont ils disposent ainsi que des schémas d'organisation du GH. Dans le cadre d'une démarche volontaire de mise en place d'une charte de l'utilisation des blocs opératoires harmonisée au niveau du GH, ce support pourrait aussi être un vecteur de diffusion. Au sein de la DSAMR, un suivi plus personnalisé de chacun des praticiens pourrait aussi permettre de mieux organiser leur accueil et leur intégration. A la suite de l'arrivée de chaque praticien, dans un délai d'un à deux ans, il pourrait être proposé de faire le point avec le bureau du personnel médical sur leurs attentes et leurs perspectives. C'est notamment aujourd'hui ce qui est réalisé par le CHU de Toulouse qui propose, systématiquement et de manière non-obligatoire, un bilan sur le projet professionnel de chaque praticien tous les quatre ans ainsi que la mise en place d'un « pack d'arrivée » qui prépare l'ensemble des supports logistiques à l'accueil du nouveau praticien. Au sein du GH Paris Sud (AP-HP), la mise en place d'un Bilan social individualisé une fois par an avec la fiche de paie permet aussi de « *créer un lien entre le praticien et la Direction des affaires médicales* »[111]. Ces démarches qui portent aujourd'hui leurs fruits et qui ont été valorisées au sein des prix de l'innovation en Ressources Humaines par la Fédération Hospitalière de France (FHF)[112] pourraient être reprises au sein du PSM du GH de l'Est Parisien.

3) Améliorer les conditions d'exercice des praticiens constitue le troisième axe d'attraction du GH.

[110] Conférence n° 2 – Pour une approche globale de l'attractivité médicale des établissements de santé, Journées RH de la Santé des 24 et 25 septembre 2015, Fédération Hospitalière de France (FHF) et Associations des Directeurs des Ressources Humaines des Etablissements sanitaires et sociaux (AdRHess).
[111] Entretien avec Vincent VAUCHEL réalisé le 25/09/2015.
[112] Journées RH de la Santé des 24 et 25 septembre 2015, Fédération Hospitalière de France (FHF) et Associations des Directeurs des Ressources Humaines des Etablissements sanitaires et sociaux (AdRHess).

Les changements générationnels en cours au sein du GH de l'Est Parisien invitent à une meilleure prise en compte de la demande d'accompagnement des médecins au-delà de leurs activités cliniques. Le Rapport Le Menn proposant 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester[113] insiste particulièrement sur ce point à travers son 8ème volet – Améliorer les conditions de travail et favoriser la qualité de vie au travail. Il s'agit également d'une des critiques ressorties de l'ensemble des entretiens réalisés. Afin de répondre à cette demande, il convient au sein du PSM de favoriser, d'une part des modalités d'exercices plus souples et, d'améliorer, d'autre part, la politique sociale de l'établissement.

.Au sein du GH, cela pourrait prendre la forme d'une plus grande individualisation des parcours professionnels et d'une plus grande valorisation des activités non-cliniques dans le temps de travail. Cette valorisation devrait prendre en compte les activités de recherche et d'enseignement mais aussi celles réalisées pour les instances au sein du Groupe Hospitalier. Ainsi que le souligne François HAAB « *il faudrait organiser une plus grande personnalisation des trajectoires et des aspirations. Ce travail doit être réalisé en binôme avec les Ressources humaines, les Affaires médicales et le Chef de service* » [114] . Favoriser une meilleure lisibilité des trajectoires de carrière au sein du GH de l'Est Parisien et les possibilités en termes de recherche et de formation pourrait être valorisés. Cette individualisation des parcours est un vecteur fort d'attractivité souligné par Gisèle Calmes dans la mise en place d' « *une nouvelle politique des ressources humaines médicales […] : plus dynamique [qui] doit favoriser des parcours individualisés attractifs ; plus ouverte [qui] doit permettre un pilotage régional et harmonisé* »[115].

D'autre part, des actions plus fortes pourraient être menées en ce qui concerne la politique sociale des établissements à destination des personnels médicaux. Une plaquette spécifique pourrait être transmise dans le kit d'accueil des praticiens (par exemple) pour améliorer la lisibilité des prestations offertes aux personnels médicaux et de leurs procédures d'obtention. La connaissance de l'ensemble des droits des médecins demeure ainsi pour le représentant de la CVH locale du GH encore trop faible[116]. A titre d'exemple, la politique de restructuration des crèches sur le GH, dont les personnels médicaux sont très demandeurs, pourrait bénéficier d'une communication spécifique à

[113] LE MENN J. et CHALVIN P., 2015, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public – 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester*, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, p. 274.
[114] Entretien avec François HAAB réalisé le 15/07/2015.
[115] CALMES G., BENZAKEN S., FELLINGER F., OLLIVIER R. et PERON S., 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital,* Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 127.
[116] Entretien avec Guy COICHART réalisé le 15/04/2015.

l'image de la déclinaison qui leur a été faite de la prévention des risques psycho-sociaux. Au niveau des gestionnaires de paies, interlocuteurs réguliers des professionnels médicaux, un rôle d'accompagnement plus important pourrait être ajouté. Ceci permettrait, à l'image de ce qui a été mis en place au CHU de Toulouse, de résoudre des situations conflictuelles en amont de leur éclatement.

B) Fidéliser

Fidéliser au sein du GH de l'Est Parisien constitue la seconde dimension de la revalorisation de l'attractivité mais aussi le défi le plus important que l'établissement doit relever. Etymologiquement, fidéliser contient la double idée d'apporter de la force et de rendre durable. Pour le personnel médical, il s'agit de fiabiliser sa présence au sein de l'établissement afin de développer son activité. Alors que cette démarche de fidélisation a depuis longtemps été mise en place dans la gestion des ressources humaines non-médicale, elle a été mise de côté dans la GRHM. A travers des actions sur la rémunération, l'organisation du travail, la recherche et la formation, le PSM du GH de l'Est Parisien pourrait décliner des actions concrètes d'amélioration de la fidélisation des personnels médicaux.

1) Si la rémunération n'est pas la seule difficulté de fidélisation des personnels médicaux, elle doit faire l'objet d'une attention spécifique.

Si l'enquête du CNG sur les éléments d'attractivité pour le personnel médical[117] souligne que la rémunération n'intervient qu'en avant-dernière position, derrière la qualité de l'exercice médical, du plateau technique et des conditions de travail au sein d'un établissement dans l'attractivité d'un établissement, elle demeure toujours une des motivations du départ des différentes personnes interrogées. C'est même la différence première à établir entre les établissements de l'AP-HP et ses concurrents à spécialité médicale équivalente. Ce rôle de la rémunération est d'autant plus important en Ile-de-France que le coût du logement joue un rôle majeur qui incite de nombreux praticiens à quitter la région. Alors que la plupart des autres pays ont une grille salariale variable selon le coût de vie dans la région d'exercice, l'échelle nationale unique de rémunération de la

[117], *Enquête sur l'exercice médical dans les établissements publics de santé* de 2011 dont les résultats sont disponible dans TOUPILLIER D., AUBART F., DELMOTTE D. JACOB A., PRUVO J-P. et VERAN O., 2011, *Exercice médical à l'hôpital – Un système de santé recomposé, un hôpital public en mouvement, des citoyens mieux soignés, des praticiens plus reconnus*, Centre National de Gestion, p. 133.

fonction publique pénalise des médecins ne bénéficiant pas de soutiens familiaux, s'ils choisissent un exercice en Ile-de-France et particulièrement Paris. Ceci est vrai à tous les stades de la carrière et s'illustre désormais dans les choix d'internat post-ECN ; de très nombreux jeunes médecins bien classés font le choix délibéré d'un internat en province. De même, le choix d'un clinicat en province permet à un médecin ayant une famille de disposer d'une situation plus confortable, alors que sa rémunération ne lui permettrait pas à Paris. Sur ce point au plusieurs types d'actions peuvent être mises en avant au sein du GH de l'Est Parisien.

Dans un premier temps, de nouveaux modes de rémunération doivent permettre de détendre la tension exercée sur certaines disciplines. Alors que l'écart entre l'exercice en établissements privés et au sein de l'AP-HP peut varier entre 1,5 et 3 pour l'exercice d'une même spécialité médicale, il importe au GH de l'Est Parisien de trouver de nouveaux modes de rémunération pour favoriser l'exercice sur les disciplines sous-tension. Au sein de l'AP-HP, les avancées mises en place sur l'exercice de l'anesthésie-réanimation ont été un élément positif permettant de limiter le départ des praticiens hospitaliers publics[118]. Ces dispositifs doivent être évalués et étendus pour limiter encore l'écart existant avec le secteur privé.

Favoriser la contractualisation à l'activité pourrait aussi pour partie compenser la perte d'attractivité de certaines disciplines médicales. Lorsque l'on étudie les raisons de départs hors retraites des PH d'anesthésie-réanimation du GH de l'Est Parisien, on remarque que la plus grande majorité d'entre ceux qui mutent vers d'autres établissements hospitaliers publics le font sur des postes de contrat de clinicien. Mettre en place ce type de contrat temporaire pour des spécialités sous-tension au sein du GH permettrait de diminuer ce nombre de départs. Cela permettrai aussi de renforcer notre « boîte à outil » afin d'attirer les personnels sur l'établissement, ne serait-ce que pour combler des creux démographiques temporaires[119] comme c'est le cas en anesthésie-réanimation[120].

Développer l'exercice de statut mixte permettant une activité publique et une activité privée permettrait aussi de favoriser la fidélisation des personnels médicaux. C'est ici, l'une des préconisations phares du Rapport Le Menn dans son volet 4 – Dynamiser

[118] Cf. Annexe 5 - Note à l'attention des directeurs de groupe hospitalier et des présidents de CMEL du 26 avril 2013, Direction Médico-Administrative, AP-HP.
[119] Le contrat de clinicien n'étant valable que pour trois ans, renouvelable une seule fois au sein du même établissement.
[120] Dans cette discipline, les prévisions démographiques à horizon cinq ans montrent des améliorations significatives.

les carrières des praticiens hospitaliers[121], tout comme l'une des attentes majeures des différents praticiens interrogés. Il importe dans notre GH d'ouvrir la piste à des contrats mixtes et plus flexibles.

Apporter un soutien technique aux services prioritaires du GH constituerait aussi une valorisation nécessaire. Cela est déjà le cas au sein du GH en ce qui concerne l'aide au codage avec la mise à disposition de Technicien d'information (TIM) au sein de services ciblés. Souhaitées par les agents, ce type de mesure doit être évalué et accentué au sein du PSM de l'établissement.

Mettre en place une compensation financière de la période probatoire ou permettre un avancement plus rapide pour certaines disciplines et médecins – notamment ceux à statut étranger permettant de compenser les pertes de rémunérations par rapport à leur pays d'origine – sont aussi des voies à développer au sein du GH. En dépit d'un contexte financier dégradé pour le GH, la mise en place de primes de service et d'une contractualisation interne au sein de l'établissement en fonction des résultats pourraient être une manière de dynamiser l'exercice médical au sein de l'établissement.

2) Améliorer l'organisation du travail constitue le second axe majeur de fidélisation des personnels médicaux.

L'organisation du travail correspond à la difficulté majeure relevée par les personnels médicaux interrogés et la raison dite « principale » de départ des agents. Dans ce cadre quatre actions concrètes peuvent être déclinées au sein du PSM du GH de l'Est Parisien.

Dans un premier temps, la mise en place d'une maquette de l'organisation du temps médical peut permettre de trouver au sein de chaque service des outils d'amélioration de l'organisation du travail. Dans le cadre de la cartographie du temps médical réalisée en Néonatologie par la DSAMR et retranscrite dans le mémoire de l'Ecole de management des médecins hospitaliers (E.MA.M.H.) du Pr Delphine MITANCHEZ à l'hôpital Armand-Trousseau, cette démarche a eu lieu. Cette modélisation a montré son intérêt dans l'évaluation et la compréhension de l'organisation du travail au sein du service. Ce travail d'audit sur place et sur pièces a permis de mettre en relief des

[121] LE MENN J.et CHALVIN P., 2015, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public – 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester*, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, p. 274.

préconisations en lien avec les besoins évoqués par les agents. L'expérience des Hôpitaux Universitaires de Paris Seine-Saint-Denis (HUPSSD) en la matière est particulièrement instructive. Avec l'aide d'une mission de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France et Cabinet de Conseil, les HUPSSD ont mis en place une maquette d'organisation du temps médical au sein de chaque service. Cela leur permet aujourd'hui un suivi beaucoup précis des besoins et des demandes des personnels médicaux. Dans le cadre du PSM du GH, cette démarche déjà réalisée pour le service de Néonatologie de Trousseau pourrait être étendue à l'ensemble des services du GH, ainsi que le préconisent les conclusions de la Mission Le Menn[122].

D'autre part, l'amélioration de l'organisation des blocs opératoires mérite un travail approfondi au sein du PSM. Cela correspond à une véritable attente pour les chirurgiens de l'institution. François HAAB souligne l'intérêt primordial qu'a cette organisation au sein de l'exercice du métier de chirurgien et la régularité qui doit conduire l'action des blocs opératoires sur un établissement[123]. C'est aussi l'une des différences par rapport aux établissements privés, défavorable pour le GH de l'Est Parisien. Pour ce faire, le GH est en train d'établir une charte de fonctionnement des blocs opératoires qui permet d'identifier les difficultés et de mettre en œuvre des préconisations pour y répondre. Aujourd'hui réalisée sur un site (Hôpital Tenon), cette charte doit être étendue à l'ensemble des sites du GH et se cumuler à des dispositifs de sanction des mauvais comportements. Un reporting précis et régulier peut être aujourd'hui accompli par la Direction de l'organisation et des parcours patients qui doit être soutenue dans la démarche à la fois par la DSAMR et la CME.

L'amélioration de la procédure de révision des effectifs doit aussi conduire des actions particulières insérées au sein du PSM de l'établissement. Si les difficultés ne sont plus à souligner[124], des préconisations concrètes doivent voir le jour distinguant la révision des effectifs des PH et celle des PU-PH. Pour la première, le suivi des candidats et des nominations avec les chefs de service doit se renforcer. La mise en place d'échanges plus réguliers en amont de la procédure avec la DSAMR et la Commission de révision des effectives pourrait y participer. Concernant la révision des effectifs PU-PH, il pourrait être intéressant de renforcer l'accompagnement et un travail collectif entre chefs de service, Président de CME, DSAMR et Doyen. En ce sens, une des difficultés relevées par le

[122] *Ibid.*
[123] Entretien François HAAB réalisé le 15/07/2015.
[124] Cf. Partie I – Longtemps considérée comme privilégiée en matière d'attractivité médicale, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris pâtit aujourd'hui de difficultés renouvelées ainsi que l'illustre l'analyse du GH de l'Est Parisien.

Président de la CME locale[125] s'établit dans la difficile conciliation entre exercice médical de terrain et travail de recherche nécessaire à la titularisation hospitalo-universitaire. Dans ce cadre, une des solutions qui pourrait être appuyée au sein du GH est le passage par le statut de Maître de conférences des universités – praticien hospitalier (MCU-PH) en vue d'une titularisation en tant que PU-PH. A travers ce statut reconnaissant dans l'exercice médical une part d'enseignement et de recherche[126], cela permettrait « *de dégager au praticien du temps d'activité non-clinique lui permettant de renforcer son dossier universitaire* » souligne Bertrand GUIDET. Surtout, cela permettrait pour les carrières hospitalo-universitaires, de limiter « *l'effet tunnel* »[127] entre la fin du clinicat et la nomination PU-PH. Selon Antoine BREZIN, cette période d'une dizaine d'années est la plus difficile dans la fidélisation des personnels puisqu'elle correspond à celle où d'une part les écarts de rémunération entre privé et public sont les plus fortes et d'autre part l'incertitude quant à l'avenir la plus importante. Cumulé à un accompagnement dans la démarche de titularisation et un indicateur de suivi des nominations par les chefs de services, cela pourrait améliorer la lisibilité de la procédure de révision des effectifs.

Enfin, valoriser la participation des praticiens aux instances du GH pourrait faciliter l'insertion des personnels médicaux à l'établissement. Cela redonnerait une place plus importante à l'échelon local souvent considéré comme dévalorisé depuis la mise en place des pôles au sein du GH suite à la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire[128] et permettrait de renforcer le sentiment d'appartenance au Groupe Hospitalier.

3) Appuyer la recherche au sein de l'établissement constitue le troisième axe de fidélisation.

La place accordée à la recherche clinique et industrielle au sein des CHU et plus particulièrement de l'AP-HP constitue une différence majeure par rapport aux centres hospitaliers non-universitaires ou aux établissements privés. Pour Loïc CAPRON, « *elle fait partie de nos missions fondamentales et c'est le cœur de la distinction d'avec les autres établissements* »[129]. Renforcer l'appui à la recherche est donc un axe majeur pour renforcer la fidélisation des agents et peut faire l'objet de différentes actions au sein du PSM. Valoriser la recherche comme axe de promotion ne doit pas cependant laisser de

[125] Entretien avec Bertrand GUIDET réalisé le 11/09/2015.
[126] PRESDENT DE LA REPUBLIQUE., Décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires.
[127] Entretien avec Antoine BREZIN réalisé le 09/05/2015.
[128] PARLEMENT., Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
[129] Entretien avec Loïc CAPRON réalisé le 14/09/2015.

côté certains praticiens brillants, mais sans goût pour les activités de laboratoires[130]. Deux voies de promotions doivent donc être engages : l'une via la recherche clinique, l'autre via la recherche fondamentale.

La mise en place d'un « dispositif coup de pouce »à la recherche serait un signe particulièrement fort envoyé à l'attention du personnel médical. Permettant la redistribution des fonds préciputs à destination des jeunes professionnels médicaux, l'aide à la participation à des congrès des jeunes praticiens et la prise en charge d'éléments divers (soumissions et diffusions d'articles, inscriptions aux sociétés savantes, traductions d'article…), ce dispositif répondrait particulièrement aux demandes des praticiens. C'est notamment l'une des préconisations faites par Xavier POLLET-VILLARD : « *la capacité de recherche est bonne mais il y a des difficultés à pouvoir le faire. On devrait agir au niveau de l'aide à l'écriture d'article, aider dans le parcours de publication, dans l'inscription à des sociétés savantes…alors même que ces aides sont bénéfiques* in fine *à l'établissement* »[131].

Assurer un retour local des financements de la recherche au sein même des services producteurs serait aussi un outil favorable à la valorisation et au dynamisme de la recherche des personnels médicaux. S'il n'est pas possible en raison de la situation financière du GH d'injecter de nouveaux fonds favorisant la recherche, ce critère de production académique et d'inclusions pourrait cependant être mieux pris en compte dans les critères de reversement des fonds des plans de travaux et permettre au service producteur de récupérer une partie du financement. . Au sein des conférences de budgets de chacun des pôles, la mise en place d'un indicateur de recherche pour chaque service permettrait aussi de mieux prendre en compte cette dimension.

Enfin, il s'agit aussi pour le GH de mieux valoriser et communiquer sur les actions de recherches réalisées au sein de l'établissement. La mise en place du Magazine Recherche et innovations sur le groupe hospitalier témoigne de cette démarche et permet de diffuser les appels d'offres pour le GH et de répondre aux interrogations des médecins[132]. Dans le cadre de la mise en place du contrat unique concernant la recherche industrielle[133], des dispositifs d'accompagnement pour postuler à des financements pourraient aussi être renforcés tout comme l'appui logistique offert aux

[130] Alors même que l'exigence de thèse de sciences pour toute titularisation universitaire est une singularité française, qui fait fuir du CHU de nombreux praticiens de talent.
[131] Entretien avec Xavier POLLET-VILLARD réalisé le 10/08/2015.
[132] Cf. annexe 6 – Le Magazine Recherche & innovations des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien
[133] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE., Instruction DGOS/PF4/2012/195 du 17 juin 2014 relative à la mise en place d'un contrat unique pour les recherches biomédicales à promotion industrielle dans les établissements publics de santé.

services producteurs. A terme, pourrait être mis en place des « prix de recherche » du GH avec séminaires et remises de prix. Cela participerait d'une émulation forte au sein du groupe particulièrement appréciée des médecins.

Septembre 2015 1

ACTUALITÉS CHERCHEURS

Appels à projets

Consultez le calendrier :

http://www.sante.gouv.fr/les-appels-a-projets-de-la-dgos.html
http://www.agence-nationale-recherche.fr/financer-votre-projet/documents/appel-detail0/appel-a-projets-generique-2015-2015/
http://www.urcest.chusa.upmc.fr
http://www.ligue-cancer.net/article/27236_appels-projets-recherche
http://iuis.sorbonne-universites.fr/

Vos contacts :

• **GH**

Responsable de la cellule administrative et financière de la recherche	82034
Référente recherche institutionnelle (AP-HP)	83378
Référente recherche industrielle et académique hors AH-HP	80299
Référente fonds subventionnels	82741
Référente économat et personnel de la recherche	83131

• **Département de la recherche clinique et du développement (DRDC)**

Coordination gestion administrative et financière
URC et CRC : 01 49 28 22 02

E-mail : veille.appels-a-projets@drc.aphp.fr

• **Annuaire :**
http://rechercheclinique.aphp.fr/-Contacts-.html?rubrique

À quoi sert le contrat unique?

Il permet aux investigateurs de simplifier la mise en place des essais cliniques à promotion industrielle :

- **Une incitation financière aux inclusions (IFI) pour le médecin chercheur** intégrée en annexe 3 du contrat unique. **Les sommes correspondant à l'IFI sont remises à disposition de l'investigateur dans le cadre de son activité de recherche.**
- **Centralisation de la gestion des conventions**
- **Délai d'instruction du dossier plus court** et un seul document contractuel
- Possibilité de flécher le temps ARC/TEC en IFI (cf. comment l'utiliser).
- Implication des investigateurs, pharmacien dans le circuit de validation de la grille coordonnateur
- **L'octroi de crédits MERRI incitatifs.**

Pour garantir une utilisation au bénéfice de l'investigateur, la cellule Recherche de votre GH est en charge de la gestion et du suivi des recettes et des dépenses liées à l'IFI. Elle se chargera également de la facturation semestrielle auprès des promoteurs.

Modalités de gestion :

- Les montants IFI sont versés sur une UG identifiée au niveau de notre GH.
- Gestion en recettes affectées (RAF)
- Utilisation pluriannuelle

Comment utiliser l'IFI ?

Sur simple demande transmise à notre cellule administrative recherche pour :

- la rémunération de personnels médicaux et non médicaux
- les frais de déplacement
- l'achat de matériel et équipement
- cotisations à des sociétés savantes
- frais d'inscription à des congrès scientifiques
- frais de publication et de formation

CONTACT
christine.cotellon@aphp.fr

L'AP-HP lance sa fondation pour la recherche

La fondation permettra à l'AP-HP de renforcer ses partenariats avec les universités et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et consolider sa place dans la recherche médicale". L'AP-HP pourra ainsi mieux répondre aux sollicitations de ses partenaires qui souhaitent son apport aux projets de recherche commun et améliorer encore sa capacité à répondre aux appels d'offres nationaux ou internationaux.

La fondation permettra la collecte et la gestion de ressources apportées par des mécénats en toute transparence, tout en offrant la souplesse et la réactivité nécessaires pour mener à bien des projets de recherche.

Veille juridique

• **INSTRUCTION N° DGOS/PF4/2014/349 du 19 décembre 2014** relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2015.

• **DECRET n°2015-532 du 13 mai 2015** portant approbation des statuts de la fondation hospitalière "fondation de l'assistance publique-hôpitaux de Paris pour la recherche"

cancer-estparisien.aphp.fr

Centre intégré en cancérologie

En pointe dans la prise en charge du cancer, les hôpitaux Saint-Antoine, Trousseau et Tenon mobilisent moyens et compétences au service du patient

prosante-estparisien.aphp.fr

S'adresse aux professionnels de santé : Médecins libéraux, Praticiens hospitaliers, Pharmaciens, Infirmier(e)s, Sages-femmes, jeunes professionnels...

Professionnels de santé de l'est parisien

7

Illustration n°2 : Page actualités chercheurs du Magazine Recherche & Innovations des hôpitaux universitaires de l'Est Parisien[134].

[134] Cf. Annexe 6 – Le Magazine Recherche & innovations des Hôpitaux universitaires de l'Est Parisien

4) Favoriser la formation et redonner toute sa place au Développement Professionnel Continu constitue aussi un axe important de fidélisation des personnels médicaux.

Il existe sur le GH un déficit d'information des formations offertes et effectuées par les médecins - en raison d'une centralisation de la formation au Siège de l'AP-HP -. Recenser l'ensemble de ces formations et en assurer le suivi pourraient permettre d'améliorer la GPEEC des personnels médicaux.

Dans le cadre du décret relatif au développement professionnel continu (DPC) des médecins[135], une décentralisation de la formation de l'AP-HP au niveau local pourrait accentuer la mise en place du DPC. Au sein de la DSAMR, il serait ainsi bénéfique de disposer d'une information plus complète de ce qui est proposé aux médecins et d'assurer par le biais d'un catalogue spécifique par service le suivi et le développement des formations des médecins sur le GH.

Proposer de manière systématique à tous les chefs de structure une formation au management telle que celle offerte par l'E.MA.M.H. pourrait améliorer le management de proximité et renforcer les compétences des chefs de structure. Cela répond à une vraie attente des praticiens de terrain. Cette formation réalisée déjà en partie par plusieurs chefs de service et chefs de pôle remporte un vif succès au sein du GH et pourrait être étendue sur les quatre prochaines années du plan stratégique à l'ensemble des acteurs concernés. Pour le Pr Bertrand GUIDET, « *la fonction de management de proximité est essentielle au sein de l'équipe médicale et doit être appuyée par la Direction. Elle permet d'avoir des grilles de lecture, des éléments d'accompagnement pour les praticiens qui vont prendre des responsabilités* ». Ces formations pourraient donc être appuyées au sein du PSM de l'établissement.

C) Anticiper

Anticiper au sein du GH de l'Est Parisien constitue la dernière dimension de la revalorisation de l'attractivité. Composé de la contraction latine des termes *ante* signifiant avant et *capere* signifiant prendre, anticiper signifie à la fois l'action de ce projet dans l'avenir et de prendre les devants. Au sein du Projet social médical, cela renvoie aussi bien à l'impulsion de donner la stratégie de l'établissement qu'à la dynamique à insuffler

[135] PREMIER MINISTRE., Décret n° 2011-21216 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins.

pour parvenir à ses objectifs. Si le Siège de l'AP-HP dispose de pouvoirs importants, le GH dispose aussi de marges de manœuvre qui seront d'autant plus fortes qu'il aura su anticiper les évolutions de son offre de soins. Pour ce faire deux axes stratégiques peuvent être développés au sein du PSM : la prévision des évolutions à mettre en œuvre et l'identification des problématiques de long terme à prendre en compte.

1) Mener une analyse prospective au sein du GH de l'Est Parisien constitue le premier axe d'amélioration de l'anticipation.

Une première action peut s'intéresser à l'analyse prospective des services sous-tensions afin de trouver des solutions aux problèmes de recrutement et de fidélisation des personnels médicaux. Ainsi sur le GH de l'Est Parisien, l'analyse précise des perspectives démographiques concernant la spécialité d'anesthésie-réanimation en Ile-de-France montre, en raison de l'augmentation continue du numérus clausus, qu'il s'agit pour le GH d'une tension temporaire qui devrait diminuer dans les 4 à 5 prochaines années. A partir de cette analyse, les préconisations à mettre en place consistent à lisser sur une période courte les recrutements. Dans ce cadre, le contrat de clinicien sur une courte durée peut avoir un intérêt. Permettant de rémunérer des praticiens hospitaliers en fixant une part variable dans leur rémunération, en fonction d'objectifs quantitatifs et qualitatifs avec un plafond de rémunération égal à celui obtenu avec l'échelon PH 13 majoré au maximum de 65%, sur un contrat de trois ans renouvelable une fois,[136] il apporterait ainsi une aide temporaire au lissage de ce besoin identifié par les données prospectives. En anatomie-pathologie, les perspectives démographiques sont plus sombres et laissent entrevoir des difficultés allant croissantes dans le recrutement à venir. Redimensionner et regrouper le service d'anatomie-pathologie au sein d'une seule entité dans l'établissement permet alors de prendre en compte en amont cette contrainte démographique. C'est la voie qui est actuellement choisie par le GH de l'Est Parisien dans le cadre du plan stratégique 2015-2019[137]. Etendre ce type d'analyse à l'ensemble des spécialités de l'établissement permettrait ainsi de savoir quand il importe pour l'établissement de recentrer au plus vite ses activités sur ses axes stratégiques, du moment où il convient plutôt de contenir une situation difficile temporaire (creux démographique). Pour reprendre les conclusions de Silvia PONTONE au sein du Rapport public de l'AP-HP de 2009 : « *l'identification des ressources médicales actuelles et futures est un critère important pour apprécier la*

[136] PREMIER MINISTRE., Décret n°2010-1218 du 14 octobre 2010 portant dispositions particulières relatives aux médecins, odontologistes et pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus.

[137] Le plan stratégique est disponible dans le Projet d'établissement 2015-2019 des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien.

capacité de l'institution à s'adapter aux évolutions de la demande de soins et à mettre en œuvre ses orientations notamment concernant le développement de certaines activités médicales »[138].

S'intéresser aux enjeux de successions au sein des services le plus tôt possible constitue la seconde action favorable à l'amélioration de l'anticipation sur l'établissement. Si tel que le souligne Bernadette DUREAU, Directrice des Ressources Humaines du Groupe hospitaliers Paris – Saint-Joseph « *le* turn-over *n'est pas une mauvaise chose* », « *il faut apprendre à gérer ces mouvements et appliquer aux personnels médicaux les méthodes de gestion des ressources humaines non-médicale*»[139]. En ce sens, au sein du GH de l'Est Parisien, il importe d'avoir une vision prospective des changements de chefs de structure et préparer en amont les successions est fondamental. Cette prospective sur les successions est d'autant plus importante qu'il faut « *au minimum 10 ans pour former son successeur* »[140] et qu'elle emporte des conséquences durables sur le développement et la dynamique impulsée au sein des services. Avec la possible prolongation d'activité des praticiens jusqu'à 70 ans et du consultanat jusqu'à 72 ans comme le suggère le Rapport Le Menn[141], cette anticipation pourrait au sein de la DSAMR voir le jour avec la mise au point d'un indicateur plus précis et actualisé régulièrement des perspectives de départ à la retraite au sein d'un service.

Enfin, une dernière action doit permettre au sein du PSM de se remettre en questions constamment. Se focaliser sur les raisons de départs hors retraits de ses personnels par des entretiens plus systématiques avec les personnels sur le départ est primordial. En effet, ces départs sont autant de signes de perte d'attrait de l'établissement et doivent être mieux analysés pour être profitables à l'amélioration de l'attractivité de l'établissement. Au sein des HUPSSD, Laure WALLON souligne l'intérêt de mettre en place un entretien systématique des praticiens quittant son établissement : « *l'entretien de départ est indispensable et très instructif : il donne la voie des améliorations possibles* ». Outil primordial dans la mise en place d'action au sein de la DSAMR, il peut faire l'objet d'une formalisation importante au sein du Projet social médical.

[138] PONTONE S. et MAURY P., 2009, *La démographie médicale à l'AP-HP – Etat des lieux et perspectives à l'horizon 2020,* Direction de la Politique Médicale, Département des Ressources Humaines Médicales, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, p. 84.
[139] Entretien avec Bernadette DUREAU réalisé le 28/08/2015.
[140] Loïc CAPRON entretien réalisé le 14/09/2015.
[141] LE MENN J. et CHALVIN P., 2015, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public – 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester*, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, p. 274.

2) Identifier les problématiques dominantes pour le GH le plus en amont possible constitue ensuite le deuxième axe d'amélioration de l'anticipation.

Il s'agit à la fois d'identifier les disciplines ou spécialités qui poseront des difficultés en termes d'attractivité et qui mériteront ainsi la prise de décision stratégique au sein de l'établissement et de mener une analyse concurrentielle des parts de marchés de l'établissement, permettant d'anticiper au maximum les évolutions à venir.

Le PSM doit inclure des indicateurs de suivi permettant d'être proactif dans la mise en avant des difficultés et de l'adéquation des moyens. Sur le GH, des premières actions ont eu lieu ; en ce qui concerne le développement de l'activité ambulatoire à la fois soutenue par le Siège de l'AP-HP et répondant à la demande grandissante des patients, mais aussi en ce qui concerne le développement de l'orthopédie avec la transformation d'une partie des lits d'hospitalisation classique en unité péri-opératoire de gériatrie (UPOG). Ces actions doivent être développées et évaluées plus régulièrement favorisant des modifications de structures plus rapides et réactives.

Une analyse plus importante des concurrences et des parts de marchés peut être développée afin de fournir une expertise locale favorisant les restructurations. Aujourd'hui, si le Siège dispose d'outils prospectifs en termes notamment de parts de marchés, les actions des GH au niveau local restent modestes. Le GH de l'Est Parisien a bien pris en compte cette préoccupation avec notamment l'installation d'un appareil de mammographie par tomosynthèse permettant de détecter plus de cancer et de renforcer sa prise en charge des cancers, mais aucune cellule de veille n'est sanctuarisée permettant d'anticiper les évolutions médicales et technologiques. Dans le cadre du PSM, des actions en ce sens pourraient se développer, source de dynamisme pour l'établissement.

Conclusion

Dans une lettre de mission rendue publique le 9 octobre 2015, le directeur général de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Martin HISRCH, confie au Pr Laurent HANNOUN une mission pour identifier les freins à l'attractivité de l'institution auprès des chirurgiens et formuler des propositions « *réalistes et partagées et de réalisation rapide »*[142]. La lettre de mission précise que « *les difficultés actuelles – objectivées par les données d'activités récentes et par la fragilisation de certaines équipes – semblent signer une diminution de l'attractivité de nos structures pour les chirurgiens et sont alarmantes* ». Alors que l'AP-HP a longtemps été considérée dans une situation privilégiée quant aux problématiques de l'attractivité du personnel médical, comme en témoigne l'absence de cet acteur au sein des différents rapports sur la question, des évolutions voient le jour.

Tandis que les avantages et les distinctions accumulés jusque-là pour se différencier des autres établissements s'amenuisent, les contraintes imposées à l'AP-HP n'ont cessé d'augmenter à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de ce conglomérat de douze groupes hospitaliers. Dans le même temps, l'institution rencontre une concurrence accrue à la fois des autres établissements publics de santé d'Ile-de-France et de province mais surtout des établissements privés et notamment ceux d'intérêts collectifs. Cette concurrence de plus en plus exacerbée influe sur l'attractivité du personnel médical pour exercer et continuer à le faire au sein de l'AP-HP. La démographie médicale déclinante et les contraintes budgétaires croissantes qui imposaient aux autres établissements publics de santé de repenser leurs facteurs d'attraction et de fidélisation du personnel médical[143] concernent aujourd'hui aussi l'AP-HP.

Si la situation du premier CHU de France reste particulière et n'est pas encore préoccupante en comparaison avec d'autres établissements de la France hospitalière, des signes avant-coureurs ne doivent pas être négligés. Selon l'interprétation, ils mettent en exergues des difficultés d'attractivité naissantes et amenées à augmenter ou déjà réelles au sein de l'AP-HP bien que différenciées entre les GH, les sites, les spécialités. L'analyse précise de l'évolution du personnel médical au sein du GH de l'Est Parisien souligne ces signes de perte d'attractivité aux conséquences potentiellement importantes. La prise de conscience de ces difficultés et leur illustration doivent amener à porter la

[142] QUEGUINER T., 09/10/15 à 15h38 « Martin Hirsch missionne le Pr Laurent HANNOUN pour mieux fidéliser les chirurgiens à l'AP-HP », in *HOSPIMEDIA*, p. 2.
[143] HIANCE M-M, 2013, *Les Ressources humaines médicales au Centre Hospitalier de Gonesse : Du projet social médical institutionnel au projet médical territoriale – De l'impérieuse nécessité d'appréhender la globalité des facteurs de l'attractivité médicale*, Mémoire de formation de Directeur d'hôpital, RENNES : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, p. 102.

réflexion sur les facteurs d'attractivité, de fidélisation et d'anticipation des ressources humaines médicales.

« *Cette réflexion est le signal d'une évolution de la conception de la gestion des ressources humaines médicales au sein du milieu hospitalier* »[144] mais aussi d'un changement de paradigme dans la conduite même des politiques des Directions des affaires médicales. Elle implique pour les directions de groupe et les responsables médicaux (Président de CME locale en première ligne) de déterminer clairement quels critères présideront au choix du praticien pour exercer au sein de son GH et quelles évolutions doivent être mises en œuvres pour répondre aux problématiques à venir. Cette réflexion s'intègre dans une prise en compte renforcée du ressenti des médecins et des évolutions médicales et sociétales qui ont eu lieu.

Ces évolutions sont majeures et concernent aussi bien les conditions et les modalités d'exercice des praticiens que les aspirations des jeunes professionnels. « *L'exercice médical au sein du même établissement est aujourd'hui révolu* »[145], la mobilité professionnelle est en hausse et les ressources humaines médicales doivent prendre en compte ces changements. Un rapprochement avec les logiques de gestion des ressources humaines non-médicales devient nécessaire comme en témoigne la mise en place commune, entre la DRH et la DSAMR, du Projet social et professionnel au sein du GH de l'Est Parisien.

Au sein du GH de l'Est Parisien, cette réflexion a pris place au sein de la Direction de la Stratégie, des Affaires médicales et de la Recherche clinique à travers un nouvel outil mis en place pour le plan Stratégique 2015-2019 : le Projet Social Médical. Décliné en trois axes, centrés autour des « trois temps » de l'attractivité du personnel médical (attirer, fidéliser et anticiper), il se veut être la feuille de route des améliorations concrètes à apporter pour les quatre années à venir. Il se veut être un outil vivant et dynamique à destination des personnels médicaux et de la Direction.

Ce projet social médical repose sur le partage d'un diagnostic commun des difficultés du GH mais aussi des solutions à apporter. Pour le réaliser, de nombreux entretiens ont été recueillis au niveau du GH, du Siège de l'AP-HP mais aussi des autres groupes de l'AP-HP et des établissements extérieurs. Chaque exemple, chaque témoignage relevé ne doit pas être seulement considéré comme anecdotique mais

[144] *Op. Cit.*
[145] Entretien avec Loïc CAPRON réalisé le 14/09/2015.

potentiellement annonciateur de tendances et de comportements nouveaux. Il est le reflet de difficultés majeures à venir, si rien n'est amorcé dès aujourd'hui.

Pour Julie GRUNDLINGER, Directrice de la stratégie, des affaires médicales et de la recherche clinique au sein du GH de l'Est Parisien, ce travail doit irriguer l'ensemble du projet d'établissement « *pour en faire un outil de déclinaison concrètes d'actions au sein de notre groupe »*[146]. Il est une priorité du projet médical des Hôpitaux universitaires de l'Est Parisien et « *doit être inscrit au cœur des travaux de l'ensemble des sous-commissions de la CMEL* ».

Répondre aux enjeux de la gestion des ressources humaines médicales n'est plus l'exercice exclusif des établissements hors de l'AP-HP. La déclinaison du projet social médical devient l'outil concret, au sein du GH de l'Est Parisien, d'amélioration de l'attractivité sur le personnel médical.

[146] Entretien avec Julie GRUNDLINGER réalisé le 05/08/2015.

Bibliographie

Articles - Presse

BARRET A-L., 12/10/2014, « Hémorragie de talents à l'hôpital public » in *Le Journal du Dimanche* [en ligne]. [Visité le 30.03.2015], disponible sur Internet : http://www.lejdd.fr/Societe/Sante/Hemorragie-de-talents-a-l-hopital-public-693732

BERRIER S et JAULIN B., 2015, « Démographie 8 idées reçues et corrigées », *Bulletin de l'ordre national des médecins*, n°40, pp. 16-22.

BGH ANDERSEN L., 2009, « Qu'est=ce qui détermine le comportement et la performance des professionnels de la santé ? La motivation du service public, les normes professionnelles et/ou les incitants financiers », *Revue internationale des sciences administratives*, vol. 75, pp. 87-108.

BOUSQUIE F., HIANCE M-M., VENUTOLO F., 2014, « Un projet social médical pour favoriser l'attractivité – La démarche du CH de Gonesse », *Revue Hospitalière de France*, n°556, pp. 59-62.

BREZIN A., 2011, « Eviter le déclin de la chirurgie dans les Centres hospitaliers universitaires », *COMMENTAIRES*, n°133, pp.155-162.

COLLIN A., DEMANET Q. et PAUL E., 2015, « Magnet Hospital et attractivité hospitalière : quelle articulation ? », *Gestions hospitalières*, n°544, pp. 168-173.

CORIAT P. et PONTONE S., 2013, « Les hôpitaux face aux contraintes de la démographie des anesthésistes-réanimateurs », *Les tribunes de la santé,* 40, pp. 37-44.

DE WILDE P. et DEMANET Q., 2015, « La mise en place des groupes hospitaliers à l'AP-HP : une expérience à méditer pour la constitution des GHT ? », *Journal de l'association des directeurs d'hôpital*, [numéro à paraître].

DUFOUR P., 2012, « Construction d'un score agrégé d'attractivité », *Gestions hospitalières*, n°518, pp.397-406.

FRUGIER P., 2011, « Des actions collectives pour attirer et fidéliser les professionnels de santé », *Revue hospitalière de France*, n°540, pp. 41-43.

INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE, 2007, « Surveillance des Cancers en France – Etat des lieux et perspectives en 2007 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'InVS,* n°09-10, pp.65-84.

LEBEE E., 2011, « Comment sécuriser les recrutement et fidéliser les personnels en EHPAD », *Revue hospitalière de France*, n°540, pp.32-35.

MEDJOUBI M., 16/01/2014, « Pénurie de médecins : à qui la faute ? », in *La Tribune,* [en ligne]. [Visité le 30.04.2015], disponible sur Internet : http://www.latribune.fr/opinions/tribunes/20140116trib000809986/penurie-de-medecins-a-qui-la-faute.html

MOUNIC V., 2011, « La HAS s'engage en faveur de la qualité de vie au travail », *Revue hospitalière de France*, n°540, pp. 36-40.

PINEY D., HUBER J. et BLANCHARD C., 2015, « Equipe médicale de territoire en urologie. Un modèle d'avenir », *Revue hospitalière de France*, n°563, pp. 36-44.

PONTONE S., BROUARD N., HUBIN J. et DAHMANI S, 2015, « Prolongation d'activité professionnelle en anesthésie-réanimation : mythe ou réalité ?», *Anesthésie & Réanimation – SFAR Le Congrès*, vol. 1, pp. 298.

PONTONE S., BROUARD N., HUBIN J. et DAHMANI S., 2014, « L'hôpital public sous tension démographique en Ile-de-France à l'horizon 2020 ? », *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, vol. 33, pp. 361.

PONTONE S., BROUARD N., HUBIN J. et NIVOCHE Y., 2014, « La démographie des anesthésistes-réanimateurs à l'horizon 2019 : plus favorable en France, déficitaire en Ile-de-France avec persistance d'une inadéquation à la demande de soins », *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, vol. 33, pp. 263.

QUEGUINER T., 09/10/15 à 15h38, « Martin Hirsch missionne le Pr Laurent HANNOUN pour mieux fidéliser les chirurgiens à l'AP-HP »,in *HOSPIMEDIA,* p. 2 [en ligne]. [Visité le

09.10.2015], disponible sur Internet : http://abonnes.hospimedia.fr/nominations/20151009-martin-hirsch-missionne-le-pr-laurent-hannoun-pour

Documents internes

Bilan social 2014 des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien.

Chiffres clés 2013 des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien. Disponible sur Internet : http://issuu.com/livret/docs/maquette_recherche_et_innovation_v2

Etat des Prévisions, des Recettes et des Dépenses 2012.

Etat des Prévisions, des Recettes et des Dépenses 2013.

Etat des Prévisions, des Recettes et des Dépenses 2014.

GUIDET B., 24 janvier 2014, « Comment rendre l'AP-HP attractive pour les médecins », Présentation au Plan Stratégique 2015-2019, AP-HP.

Note à l'attention des directeurs de groupe hospitalier et des présidents de CMEL du 26 avril 2013, Direction Médico-Administrative, AP-HP.

Plan Stratégique 2015-2019, « Forces et faiblesses de l'AP-HP – Où sont nos enjeux aujourd'hui ? », Séminaire du 2 et 3 juillet 2013, AP-HP.

Projet d'établissement 2015-2019 de l'AP-HP. Disponible sur Internet : http://www.aphp.fr/projet-detablissement-2015-2019

Projet d'établissement 2015-2019 des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien.

Projet médical d'établissement 2015-2019 des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien.

Rapport annuel 2014 – Une AP-HP ouverte, unie et innovante. Disponible sur Internet : http://fr.calameo.com/read/004021827ce2ce6e2101d

Rapport d'activité 2014 des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien.

Séminaire du 2 et 3 juillet 2013, Plan stratégique 2015-2019, AP-HP, Forces et faiblesses de l'AP-HP. Où sont nos enjeux aujourd'hui ?

Ouvrages

CALMES G., BENZAKEN S., FELLINGER F., OLLIVIER R. et PERON S., 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, 1ère édition, Rennes : Presses de l'EHESP, p.127.

DE KERVASOUE J, HARTMAN L., MACE J-M. et OKMA K., 2014, *Le revenu des professions de santé : Carnet de santé de la France*, 1ère édition, Paris : Economica, p.153.

VALLANCIEN G., 2015, *La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade*, 1ère édition, Paris : Gallimard, p.304.

Rapports

ABOUD E., AUBART F., JACOB A., MANGOLA B. et THEVIN D., 2009, *Mission concernant* la p*romotion et modernisation des recrutements à l'hôpital public*, Ministère de la Santé et des Sports, p.40.

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'ILE-DE-FRANCE., 2008, *Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales – Référentiel d'aide à l'élaboration et à l'autoévaluation de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels*, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France, p. 46.

BRAS P-L. et DUHAMEL G., 2008, *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*, Inspection Générale des Affaires Sociales, p.65

BURSTIN A., GARRIGUE GUYONNAUD H., SCOTTON C. et BRAS P-L., 2012, *L'hôpital*, Inspection Générale des Affaires Sociales, p. 298.

CHAMBAUD L., KHENNOUF M., LANNELONGUE C., MORDELET P. DUSEHU E. et GEFFROY L., 2009, *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*, p. 188.

COUR DES COMPTES, 2009, « Les personnels des établissements publics de santé », *in* COUR DES COMPTES, *Rapport annuel*, Paris : Cour des comptes, pp. 305-326.

COUTY E et SCOTTON C., 2013, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, p. 76.

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, 2014, *L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public*, Rapport de la Commission permanente de l'attractivité médicale - Fédération Hospitalière de France, p.42.

GAILLARD R., 2011, *Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire*, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, p. 168.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2008, *Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français. Etat des lieux et perspectives*, Haute Autorité de Santé, p. 36.

INTER SYNDICAT NATIONAL DES INTERNES DES HOPITAUX, 2013, *Attractivité Hôpital public,* Inter syndicat National des Internes des Hôpitaux, p. 6.

LAURENT D., 2013, *L'activité libérale dans les établissements publics de santé*, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, p.49.

LE MENN J. et MILON A., 2014, *Les agences régionales de santé : une innovation majeur, un déficit de confiance*, Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale du Sénat, p. 292.

LE MENN J. et CHALVIN P., 2015, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public – 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester*, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, p. 274.

MAILLOT J., 2010, *Hôpital public : mieux gérer pour mieux soigner*, Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale de l'Assemblée nationale, p. 504.

MORNAT J., 2004, *L'exercice médical à l'horizon 2020*, Ordre National des Médecins, p. 49.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE, 2015, *Rapport 2013-2014*, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, p. 208.

PONTONE S. et MAURY P., 2009, *La démographie médicale à l'AP-HP – Etat des lieux et perspectives à l'horizon 2020*, Direction de la Politique Médicale, Département des Ressources Humaines Médicales, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, p. 84.

RAULT J-F., 2015, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2015*, Conseil National de l'Ordre des Médecins, p. 102.

ROMESTAING P., 2011, *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Ile-de-France, situation au 1er juin 2011*, Conseil National de l'Ordre des Médecins, p. 56.

TNS Sofres et SYNDICAT DES INTERNES DES HOPITAUX DE PARIS, 2013, *Les aspirations professionnelles des jeunes médecins,* TNS Sofres et Syndicat National des Internes des Hôpitaux de Paris, p. 75.

TOUPILLIER D., AUBART F., DELMOTTE D., JACOB A., PRUVO J-P. et VERAN O., 2011, *Exercice médical à l'hôpital – Un système de santé recomposé, un hôpital public en mouvement, des citoyens mieux soignés, des praticiens plus reconnus*, Centre National de Gestion, p. 118.

TOUPILLIER D. et YAHEL M., 2011, *La modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, p. 133.

VERAN O., 2013, *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, Commission des Affaires sociales de l'Assemblée Nationale, p. 28.

Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE., Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études

spécialisées de médecine [en ligne]. [Visité le 27.04.2015], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE., Accord cadre du 23 janvier 2012 relatif à l'exercice médical à l'hôpital [en ligne]. [Visité le 27.04.2015] disponible sur Internet : http://www.snphar.com/data/upload/files/accord%20cadre%20exercie%20me%CC%81dical%20a%CC%80%20l'hopital%20version%20de%CC%81finitive%20%20_2_.pdf

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE., Instruction DGOS/PF4/2012/195 du 17 juin 2014 relative à la mise en place d'un contrat unique pour les recherches biomédicales à promotion industrielle dans les établissements publics de santé [en ligne]. [Visité le 27.04.2015], disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Contrat_Unique_-_Circulaire_195-2.pdf

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE., Circulaire DGOS/RH3 n°2011-491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière de prévention de tous les risques professionnels [en ligne]. [Visité le 27.04.2015], disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-01/ste_20120001_0100_0096.pdf

PARLEMENT., Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2014 [en ligne]. Journal officiel n°0293 du 19 décembre 2003. [Visité le 27/04/2015], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000249276&dateTexte=&categorieLien=id

PARLEMENT., Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009. [Visité le 27/04/2015], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

PREMIER MINISTRE., Décret n°2010-1218 du 14 octobre 2010 portant dispositions particulières relatives aux médecins, odontologistes et pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus [en ligne]. Journal officiel n°0241 du 16 octobre 2010. [Visité le 27.04.2015], disponible sur Internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022918903&categorieLien=id

PREMIER MINISTRE., Décret n°2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins [en ligne]. Journal officiel n°0001 du 1 janvier 2012. [Visité le 27.04.2015], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025062446&categorieLien=id

PREMIER MINISTRE., Décret n°2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes [en ligne]. Journal officiel n°0050 du 28 février 2015. [Visité le 27.04.2015], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/2/26/AFSH1500837D/jo

PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE., Décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires [en ligne]. [Visité le 27.04.2015], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000689714

PRESIDENT DU CONSEIL DES MINISTRES., Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale [en ligne]. Journal officiel du 31 décembre 1958. [Visité le 27.04.2015], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=639C124A80C8F0BB10E04D056A813762.tpdjo11v_3?cidTexte=JORFTEXT000000886688&dateTexte=20000621

Thèses et mémoires

HIANCE M-M., 2013, *Les Ressources humaines médicales au Centre Hospitalier de Gonesse : Du projet social médical institutionnel au projet médical territorial – De l'impérieuse nécessité d'appréhender la globalité des facteurs de l'attractivité médicale*, Mémoire de formation de Directeur d'hôpital, RENNES : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, p.102.

MITANCHEZ D., 2015, *Analyse de l'organisation médicale et de son adéquation avec les moyens : étude pilote dans un service de néonatologie*, Mémoire de management pour les praticiens hospitaliers et les cadres supérieurs, PARIS : Ecole de Management pour les Médecins des Hôpitaux – E.MA.M.H., p. 83.

.

PONTONE S., 2011, *La démographie médicale : de la rationalité arithmétique aux choix politiques et individuels*, Thèse pour le Doctorat en Epidémiologie : Université Paris Diderot (Paris 7), Ecole Doctorale Pierre Louis de Santé Publique, p .210.

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des personnes interrogées

Annexe 2 : Cartographie de la répartition des groupes hospitaliers à l'AP-HP

Annexe 3 : Organigramme de direction des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien

Annexe 4 : Présentation de Bertrand GUIDET au Séminaire du Plan Stratégique 2015-2019 de l'AP-HP

Annexe 5 : Note à l'attention des directeurs de groupe hospitalier et des Présidents de CMEL du 26 avril 2013, Direction médico-Administrative, AP-HP

Annexe 6 : Le Magazine Recherche & innovation des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien

Annexe 7 : Bilan social du personnel médical des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien

Annexe 8 : Document de travail – ATTIRER

Annexe 9 : Document de travail – FIDELISER

Annexe 10 : Document de travail - ANTICIPER

Annexe 1 : Liste des personnes interrogées

Au sein de l'AP-HP

BREZIN Antoine, PU-PH, Chef du service d'ophtalmologie, Chef du pôle Ophtalmologie, ORL, Chirurgie ambulatoire et plastique, Hôpital Cochin, GH Paris Centre [entretien réalisé le 08/05/2015]

CAPRON Loïc, PU-PH, Président de la CME de l'AP-HP, Siège de l'AP-HP [entretien réalisé le 14/09/2015]

DE WILDE Pascal, Directeur du GH de l'Est Parisien [entretien réalisé le 07/09/2015]

GUIDET Bertrand, PU-PH, Président de la CME locale du GH de l'Est Parisien [entretien réalisé le 11/09/2015]

GUY-COICHARD Christian, PH, Responsable de la Commission Vie Hospitalière [entretien réalisé le 15/04/2015]

KAROUI Mehdi, PU-PH, Service de chirurgie digestive, hépatobiliaire et transplantation hépatique, Hôpital de La Pitié-Salpêtrière, GH de La Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix [entretien réalisé le 28/08/2015]

LE ROY Frédéric, Sous-Directeur à la Direction de l'Organisation Médicale et des Relations avec les Universités, Siège AP-HP [entretien réalisé le 25/09/2015]

LEGRAND Matthieu, MCU-PH, Responsable médical de la réanimation brûlés, GH Saint-Louis – Lariboisière [rencontre effectuée le 24/09/2015 dans le cadre des journées RH de la Santé]

MITANCHEZ Delphine, PU-PH, Chef de service de Néonatologie, Chef du pôle Périnatalité, Hôpital Armand-Trousseau, GH de l'Est Parisien [entretien réalisé le 10/09/2015]

MONNET Dominique, PU-PH, Service d'ophtalmologie, Hôpital Cochin, GH Paris Centre [entretien réalisé le 18/09/2015]

PEYROMAURE Michaël, PU-PH, Service d'urologie, Hôpital Cochin, GH Paris Centre [entretien réalisé le 12/08/2015]

POLLET-VILLARD Xavier, CCA-AHU, Service de Gynécologie-obstétrique et Médecine de la Reproduction, Hôpital tenon, GH de l'Est Parisien [entretien réalisé le 10/08/2015]

PONTONE Silvia, PH, Chargée de mission à la Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités, Chercheur associé à l'INED, membre de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation, Siège AP-HP [entretien réalisé le 25/09/2015]

SCATTON Olivier, PU-PH, Service de chirurgie digestive, hépatobiliaire et transplantation hépatique, Hôpital de La Pitié-Salpêtrière, GH de La Pitié Salpêtrière – Charles-Foix [entretien réalisé le 11/08/2015]

UZAN Serge, Vice-Président Santé de l'Université Pierre et Marie Curie, Directeur de l'institut universitaire de Cancérologie, Président du Collegium Galilée [entretien réalisé le 24/08/2015]

VAUCHEL Vincent, Directeur du personnel médical, Direction des Affaires Médicales, de la Qualité, de la Gestion des Risques, GH Paris Sud [entretien réalisé le 25/09/2015]

WALLON Laure, Directrice de l'Hôpital Jean-Verdier, Directrice de la Stratégie, du Personnel médical et de la Recherche, GH de Paris Seine-Saint-Denis [entretien réalisé le 03/09/2015]

<u>En dehors de l'AP-HP</u>

CHALVIN Paul, Elève Directeur d'Hôpital (Promotion 2015-2016), Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique [entretien réalisé le 06/05/2015]

COUTANT Charles, PU-PH, Centre de Lutte Contre le Cancer Georges François Leclerc, Dijon [entretien réalisé le 31/08/2015]

DUREAU Bernadette, Directrice des Ressources Humaines, Groupe Hospitalier Paris – Saint-Joseph, Paris [entretien réalisé le 28/08/2015]

HAAB François, Chirurgien, Groupe Hospitalier Diaconesses – Croix Saint Simon, Paris [entretien réalisé le 15/07/2015]

LAJONCHERE Jean-Patrick, Directeur général du Groupe Hospitalier Paris – Saint-Joseph, Paris [entretien réalisé le 28/08/2015]

LE MENN Jacky, Directeur d'hôpital honoraire, ancien Premier Vice-Président de la Commission des affaires sociales du Sénat, Ancien Vice-Président de la Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale du Sénat [entretien réalisé le 06/05/2015]

PINEY DAVID, Président de la CME du CH de Lunéville, Lunéville [rencontre effectuée le 24/09/2015 dans le cadre des Rencontres RH de la Santé]

REYNIER Marc, Directeur des Affaires Médicales du CHU de Toulouse, Toulouse [rencontre effectuée le 24/09/2015 dans le cadre des Rencontres RH de la Santé]

TOUPILLIER Danielle, Directrice du Centre National de Gestion, Paris [rencontre effectuée le 24/09/2015 dans le cadre des Rencontres RH de la Santé]

VALLANCIEN Guy, PU-PH, Université Paris Descartes, Président de l'Ecole Européenne de Chirurgie, Président de la Convention on Health Analysis and Management (CHAM) [entretien réalisé le 30/09/2015]

<u>Au sein de la Direction de la Stratégie, des Affaires médicales et de la Recherche clinique</u>

GRUNDLINGER Julie, Directrice [entretien réalisé le 05/08/2015]

SAUTEREY Julia, Adjointe à la Directrice

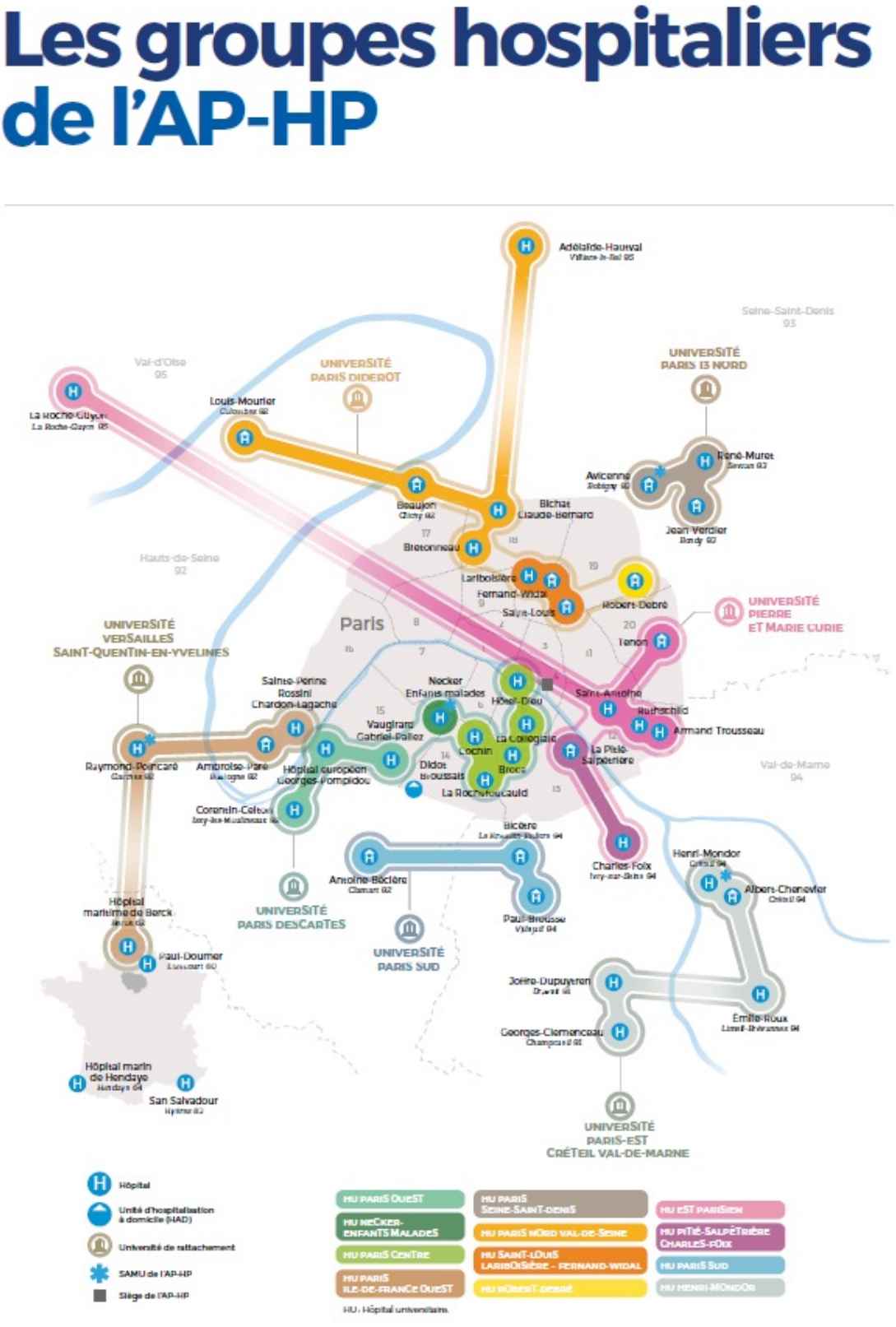
THERY Stéphanie, Responsable du personnel médical

GAVOUX Myriam, Adjointe Budget, Effectifs

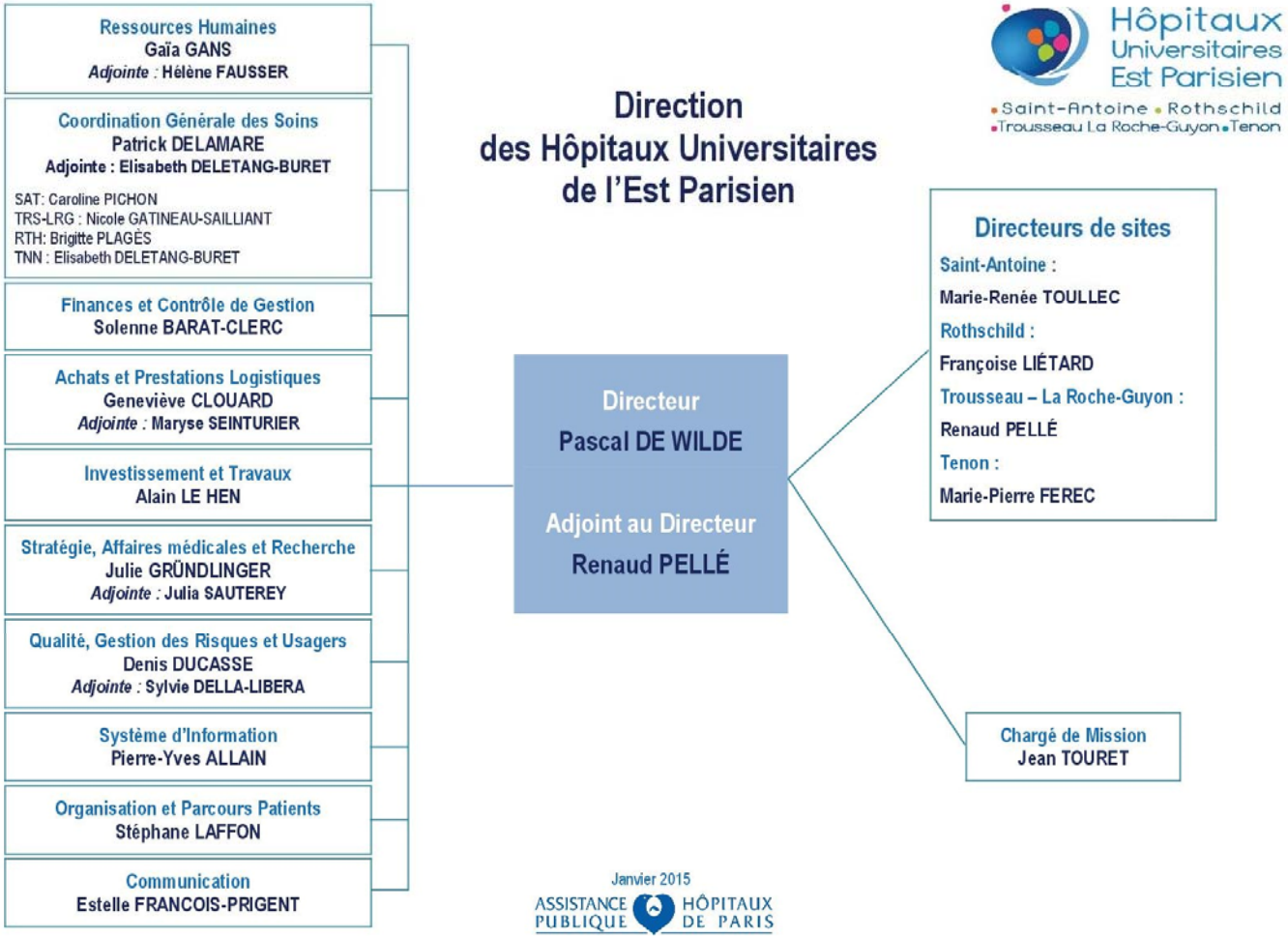
VILLERS Aurélie, Adjointe Carrière Rémunération

VERGEAU Anne, Stratégie (GH)

Annexe 2 : Cartographie de la répartition des groupes hospitaliers à l'AP-HP



Annexe 3 : Organigramme de direction des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien



Annexe 4 : Présentation de Bertrand GUIDET au Séminaire du Plan Stratégique 2015-2019 de l'AP-HP

12/10/2015

« Comment rendre l'AP-HP attractive pour les médecins »

Séminaire plan stratégique
24 Janvier 2014

B Guidet

Risques

- Mercenaires
- Déstabilisation des équipes
  - Départ
  - Conflits
- Non recrutement des meilleurs
- Impact sur
  - Qualité des soins
  - Recherche
  - Enseignement

➔ Image de l'AP-HP

Médecins?

- Internes :
  - Commission de répartition
  - Concurrence du privé pour certaines disciplines
- Séniors non titulaires
  - CCA, PHU
  - PHC
  - Attachés
- Séniors titulaires non universitaires
  - PH
- Séniors titulaires universitaires

Analyse différenciée selon les disciplines

- Concurrence
  - Anesthésie, radio, chirurgie
- Pénibilité
  - Gardes?
- Possibilités d'installation en ville:
  - Pédiatrie vs hématologie
- Projections futures
  - Démographie
  - Changement de périmètres de certaines disciplines
  - Hyperspécialisation

1

Principaux griefs

- Logistique – fonctions supports
  - Brancardage
  - Dossier
  - Résultats
  - Gestion des RV….
- Système d'information
- Equipement
- Gestion des plannings - présence
- Implication dans les décisions

Solutions (1) : Ressources humaines

- Réactivité
- Conditions de recrutement
  - Echelons
  - Reprise ancienneté
  - Prime selon les disciplines
- Activité privée
- Postes partagés avec d'autres établissements

Solutions (2) : Dimension académique

- Formation
- Recherche
  - URC, CRC, CIC
  - Circuit de financements: PIC
  - Intéressement?
- Innovation
- Réseaux
- Collaborations
  - EPST, université,….

Solutions (3): L'équipe

- Redonner un sens au service = unité fonctionnelle
- Leadership :
  - Conditions de recrutement des C de S
  - Suivi du projet de service
- Gestion des conflits
  - Implication du chef de pôle / PCMEL / PCME
- Implication dans les décisions
  - « Penser ensemble »

Solutions (4) : Logistique

- Accueil
- Système d'information
- Guichet unique:
  - Recherche
  - Fonctions supports
- Matériel
- Circuits
  - Stérilisation

Conclusion

- Attractivité
- Fidélisation
- Lisibilité
- Image
- Prospective

Annexe 5 : Note à l'attention des directeurs de groupe hospitalier et des présidents de CMEL du 26 avril 2013, Direction Médico-administrative, AP-HP

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Paris, le

26 AVR. 2013

DIRECTION MEDICO-ADMINISTRATIVE

3, avenue Victoria
75184 PARIS Cedex 04
Standard 01 40 27 30 00
Site internet www.ap-hp.fr

Le Directeur

13/22
D 2013-2186

Affaire suivie par :
Jérôme HUBIN
☎ 01 40 27 32 13
✉ jerome.hubin@sap.aphp.fr

Note à l'attention de

Mesdames et Messieurs les directeurs
de groupe hospitalier
et
les présidents de CMEL

La discipline d'anesthésie-réanimation connaît actuellement une situation démographique très dégradée : le nombre des anesthésistes-réanimateurs cessant leur activité est très supérieur au nombre des jeunes spécialistes arrivant sur le marché du travail. Cette situation devrait durer jusqu'en 2018-2020, période à partir de laquelle la hausse importante du nombre d'étudiants du troisième cycle en Île-de-France devrait produire ses effets.

Actuellement, la raréfaction des anesthésistes-réanimateurs est source de tensions importantes auxquelles l'AP-HP n'échappe pas :

- forte concurrence à l'embauche avec une pression à la hausse des salaires de la part d'établissements de santé non soumis au respect du statut,
- taux de renouvellement important au sein des équipes de l'AP-HP et sous-effectif chronique mettant les personnels médicaux sous tension,
- concurrence interne délétère entre groupes hospitaliers de l'AP-HP.

Compte tenu des risques que fait peser cette situation sur la santé et le bon fonctionnement des équipes et sur l'activité chirurgicale et interventionnelle des groupes hospitaliers, la CME, en lien avec la direction médico-administrative, a décidé de trois mesures salariales visant à renforcer l'attractivité des services d'anesthésie-réanimation auprès des jeunes praticiens et à fidéliser les équipes.

Ces mesures sont exceptionnelles :

- elles ne seront mises en œuvre que pour une durée limitée à celle de la crise démographique actuelle ;
- elles ne s'appliquent qu'aux seuls anesthésistes-réanimateurs ;
- leur coût est très inférieur au manque de recettes d'activité que l'AP-HP enregistrerait si elles n'étaient pas prises ;
- elles doivent sauvegarder la qualité des recrutements.

Les mesures salariales présentées ci-après auront très certainement des effets positifs sur l'attractivité et la fidélisation des équipes mais elles ne constituent qu'une partie des réponses aux difficultés que connaissent les services d'anesthésie-réanimation. La variété des activités dans le CHU, l'organisation

du travail dans les sites opératoires et leur gouvernance sont autant de leviers supplémentaires.

Enfin ces mesures, avant d'être mises en œuvre localement seront soumises aux avis des sous-commissions locales du temps et des effectifs médicaux et des commissions locales d'organisation de la permanence des soins pour ce qui les concernent et des présidents de CME Locale.

1. Recrutement de praticiens hospitaliers contractuels (PHC)

La première mesure concerne l'application d'une disposition du code de la santé (article R6152-416) qui prévoit la possibilité d'une majoration des émoluments versés aux PHC lors de primo-recrutements.

Ainsi, pour les seuls anesthésistes-réanimateurs affectés dans des services d'anesthésie-réanimation, il est désormais possible de recruter en qualité de PHC au 4e échelon majoré de 10 % les spécialistes ayant réalisé au moins deux ans de post-internat dans l'un des deux grades suivants : CCA-AHU ou assistants spécialistes des hôpitaux. Toute autre situation (assistants associés, post-internat en qualité de praticien attaché etc) exclut l'application de cette majoration.

Ces contrats feront l'objet, comme tout contrat de PHC, d'une vérification préalable du département des ressources humaines médicales de la DMA.

2. Rémunération du temps de travail additionnel

Cette mesure vise à autoriser expressément le temps de travail additionnel au sein des services d'anesthésie-réanimation dès lors qu'ils connaissent un sous-effectif durable par rapport à un effectif cible au moins constitué des postes de praticiens titulaires affectés aux services concernés.

Ce temps de travail additionnel devra faire l'objet d'une prévision de la part des chefs de service, d'une validation de la direction du groupe hospitalier et de l'accord formalisé des praticiens volontaires (contrat de temps de travail additionnel). Il donnera lieu, conformément à la réglementation, à indemnisation, récupération ou épargne sur compte épargne-temps (CET).

Les charges afférentes seront prises en compte dans l'objectif global de dépenses des groupes hospitaliers.

3. Remplacement des praticiens en CET

Le tiers des CET ouverts par les anesthésistes-réanimateurs comportent un nombre de jours épargnés supérieur ou égal à 60 à comparer à la moyenne des CET toutes spécialités confondues qui est de 20%.

L'âge moyen des PH d'anesthésie-réanimation de l'AP-HP est très supérieur à la moyenne d'âge des PH de l'AP-HP ; les PH représentant 72% des effectifs d'anesthésistes-réanimateurs, cette donnée est donc significative.

La prise d'un CET avant le départ à la retraite d'un anesthésiste-réanimateur est donc :

- une situation assez fréquente surtout à l'heure du « papy-boom » (âge moyen des médecins de la spécialité),

- une situation qui concerne un nombre élevé d'anesthésistes-réanimateurs (nombre de titulaires par rapport aux ayant-droits)
- une situation qui conduit souvent à une absence prolongée (CET importants).

Vu les problèmes d'effectifs actuels, l'obligation d'attendre le départ réel d'un praticien pour le remplacer aggrave les difficultés. Aussi et pour diminuer les effets négatifs du solde des CET en fin de carrière, les directions des groupes hospitaliers sont invitées, pour des absences supérieures à 60 jours, à autoriser les services concernés à remplacer les médecins soldant leur CET dès leur premier jour d'absence en recrutant des personnels contractuels (recrutement sur statut de PH Contractuel).

Les charges afférentes seront prises en compte dans l'objectif global de dépenses des groupes hospitaliers.

Toutes ces mesures peuvent être mises en œuvre à compter de la présente note sans effet rétroactif.

Le département des ressources humaines médicales de la DMA se tient à votre disposition sur ces sujets.

Professeur Michel FOURNIER

Copies :
Les directeurs des affaires médicales
Laurence NIVET
Membres de la « cellule de crise anesthésie-réanimation » de la CME :
Professeur BONNET, président de la collégiale d'anesthésie-réanimation
Professeur Loïc CAPRON, président de la CME
Isabelle CONSTANT, Patrick DASSIER, Jean-Luc GAILLARD, Louise GOUYET, Gilles ORLIAGUET, Dominique BRUN-NEY, Pierre CARLI, Stanislas CHAUSSADE, Michel DRU, Jacques DURANTEAU, Noel GARABEDIAN, Ariane MALLAT, Remy NIZART, Silvia PONTONE, Christian RICHARD, François RICHARD, Georges SEBBANE

Annexe 6 : Le Magazine Recherche & innovation des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien

LE MAG Recherche & Innovation
des Hôpitaux Universitaires Est Parisien Saint-Antoine - Rothschild - Trousseau La Roche-Guyon - Tenon

SIGAPS* (2004-2015) PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES DU GH

Classement par Service

	Score
• Gynéco. Obst. Med Rep (TNN)	9758
• Hématologie Cli. (SAT)	7858
• Urologie (TNN)	6902

Classement par Pôle

	Score
• Digestif (GH06)	20035
• Pathologie enfant ado (GH06)	19633
• Biol Med Pathol (GH06)	18896

Classement par Personne

Les 20 premiers	Score
• Emile DARAÏ	4646
• Pierre Marie GIRARD	3184
• Olivier CUSSENOT	2566
• Fabrice CARRAT	2551
• Mohamad MOHTY	2480
• Pierre RONCO	2417
• Claude BACHMEYER	2398
• Jacques CADRANEL	2047
• Gilles PIALOUX	2033
• Pierre-Yves BOELLE	1993
• Francis BERENBAUM	1950
• Bertrand GUIDET	1895
• Myriam LABOPIN HAVRENG...	1852
• Jacqueline CAPEAU	1754
• Jean-François FLEJOU	1733
• Laurent BEAUGERIE	1647
• Camille FRANCES	1615
• Guillaume ARLET	1577
• Éric RONDEAU	1572
• Tabassome SIMON	1569

** Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques*

A retenir !

Calendrier DGOS SIGAPS :
1er export : 15/06/15
Export définitif : 5/10/15

Éditorial

La recherche clinique : un atout majeur et un enjeu considérable pour notre Groupe Hospitalier (GH)

Pr Emile Daraï
Président de la commission recherche HUEP-AP-HP
Chef de service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction – Hôpital Tenon

Pr Tabassome Simon
Vice-presidente de la commission recherche du GH
Professeur de pharmacologie clinique, coordinatrice de la plateforme de recherche clinique sur le GH

Notre GH est l'un des groupes hospitaliers phares de l'AP-HP en recherche : Il est classé 2e en pourcentage de la part modulable des MERRI (fonds alloués en fonction du volume de recherche) sur l'ensemble de l'AP-HP, et 7e sur le plan national.

Ainsi, actuellement plus de 62 protocoles de recherche nationaux dont 41 PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) sont coordonnés par un médecin du GH et ont bénéficié de financement par le ministère de la santé (DGOS) entre 2010 et 2014. Cette mobilisation est également forte pour les recherches menées par les paramédicaux. Actuellement 3 paramédicaux de notre GH sont lauréats de l'AP-HP et poursuivent leur doctorat en recherche infirmière et 4 projets (PHRIP), financés par la DGOS, sont coordonnés par un paramédical du GH.

La recherche clinique sur le GH est organisée en collaboration étroite avec la plateforme mutualisée de recherche "URCEST-CRB-CRC" et avec la cellule de gestion administrative et financière, et ce quel que soit le promoteur et la source de financement.
Au dynamisme de la recherche clinique, s'y ajoute l'implication de nombreux cliniciens et chercheurs des 17 équipes de recherche fondamentale, notamment dans les trois axes thématiques de la cancérologie, l'urologie-néphrologie, et l'inflammation.

La contribution des médecins, chercheurs, infirmières et l'ensemble du personnel paramédical du GH est indispensable pour augmenter le taux de patients inclus dans les protocoles innovants, assurer la qualité des données, et participer ainsi à l'attractivité et la reconnaissance de l'expertise de nos services. La participation des patients à ces recherches est une pierre angulaire essentielle.

Le Mag recherche et innovation vous informera régulièrement des travaux en recherche des équipes du GH, proposera un portrait de chercheur et mettra l'accent sur les traitements innovants dont pourront bénéficier les patients. Ce magazine doit être un lien entre nous tous, nous vous invitons à nous faire part de vos idées de sujets.
Soutenir et partager la recherche et l'innovation est une priorité des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien !

Directeur de la publication : Pascal De Wilde • **Rédacteurs en chef :** Pr Emile Daraï, Pr Tabassome Simon, Julie Gründlinger • **Responsable de rédaction :** Estelle François-Prigent • **Ont participé à ce numéro :** Christine Cotellon, Quentin Demanet, Pr Bertrand Guidet, Géraldine Hello, Pr Jean-Marie Jouannic, Pr Pierre Ronco, Dr Harry Sokol.

EPIDÉMIOLOGIE

Épidémiologie et pronostic des patients sans domicile admis en réanimation

Réanimation Saint-Antoine, Paris

Les médecins du service de réanimation médicale et le service social de l'hôpital Saint-Antoine (AP-HP) en collaboration avec l'UPMC et l'Inserm, ont étudié l'épidémiologie et le pronostic des personnes sans domicile admises en réanimation. Ils se sont fondés sur l'analyse des séjours hospitaliers des personnes admises dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Saint-Antoine, AP-HP, durant une période de douze ans et demi (soit près de 10 000 séjours entre juillet 2000 et décembre 2012). Les résultats de cette étude ont été publiés le 19 mars 2015 dans la revue *Critical Care Medicine*, Il s'agit de la première publication internationale sur le sujet.

Chaque chambre a le même équipement

Parmi les 9 774 admissions considérées dans cette étude, 421 (4,3 %) concernaient des personnes sans domicile. Quatre critères de précarité ont été analysés chez ces personnes : leur lieu de vie, leurs ressources financières, leur couverture sociale et leur entourage social ou familial. 69 % des personnes sans domicile vivaient dans la rue, les autres étaient hébergées dans des lieux d'urgence, chez un tiers, vivaient dans un foyer ou un hôtel. La moitié des personnes sans domicile n'avait pas de couverture sociale, 56 % n'avaient aucune ressource financière, et plus de 90 % n'avaient aucun entourage social ou familial. Dans une analyse incluant ces quatre critères de précarité, l'âge, le sexe et la sévérité à l'admission en réanimation, le fait de vivre dans la rue était associé à une mortalité hospitalière accrue.

En comparaison avec les séjours des personnes ayant un domicile, les séjours des personnes sans domicile concernaient plus souvent des hommes (89 % versus 57 %), des personnes plus jeunes (âge médian de 49 ans versus 62 ans), et le motif principal d'admission était différent. En particulier, une personne sans domicile sur trois était admise pour coma alors que la proportion correspondante chez les personnes ayant un domicile était d'une sur cinq. Du fait de ces différences observées entre les deux populations et afin de comparer leur prise en charge et leur pronostic, chaque séjour d'une personne sans domicile a été apparié à quatre séjours de patients avec domicile en tenant compte de l'âge, du sexe, du motif et de la date d'admission en réanimation. L'analyse multivariée des séjours appariés a montré que la proportion de décès en réanimation et à l'hôpital était similaire dans les deux populations. En revanche, parmi les survivants à la réanimation, la durée moyenne de séjour des personnes sans domicile était significativement plus longue que celle des patients ayant un domicile de près d'un jour en réanimation (6,5 jours contre 5,6 jours) et de plus de quatre jours lorsque la totalité du séjour hospitalier était considérée (19,1 jours versus 14,7 jours).

"Fruit d'une collaboration étroite entre soignants, travailleurs sociaux et chercheurs, cette étude montre que les personnes sans domicile admises en réanimation bénéficient du même niveau de soins et ont le même pronostic que celles ayant un domicile" explique le Pr Bertrand Guidet, chef du service de réanimation médicale de l'hôpital Saint-Antoine, AP-HP, qui a coordonné ces travaux. *"Cette étude met également en évidence que les personnes sans domicile ont des durées de séjour significativement plus longues, ce qui engendre des surcoûts pour les services les prenant en charge. Par opposition aux travaux américains qui rapportent une réduction de l'intensité des soins et une surmortalité chez les personnes sans couverture sociale admises en réanimation, les résultats de cette étude soulignent que le principe d'universalité du système de santé français s'accompagne effectivement d'une égalité des chances, quelle que soit l'origine sociale des personnes, même dans des situations d'une extrême gravité. Ils mettent aussi en exergue la nécessité d'une modification des règles actuelles de tarification des séjours qui ne prennent pas en compte le surcoût associé à la précarité."*

La chaire Hospinnomics de l'Hôtel-Dieu, qui réunit l'AP-HP et l'École d'Économie de Paris, a été saisie par le directeur général de l'AP-HP afin de déterminer comment la tarification à l'activité pourrait prendre en charge cette spécificité.

CONTACT
Chercheurs
Bertrand Guidet
Président
de la CMEL
Service de Réanimation Médicale
de l'hôpital Saint-Antoine et Institut
Pierre Louis d'Épidémiologie et
de Santé Publique (Inserm/UPMC
UMR_S 1136), Paris.
Tél : 01 49 28 23 18
Courriel :
bertrand.guidet@sat.aphp.fr ou
bertrand.guidet@iplesp.upmc.fr

QUESTION RECHERCHE

Homogénéisation de la selle du donneur par agitation dans du sérum physiologique stérile

1er essai mondial à l'hôpital Saint-Antoine (AP-HP) :

La greffe fécale pour traiter la maladie de Crohn

A côté des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique), le microbiote intestinal et les infections intestinales, en particulier à *Clostridium difficile*, font partie depuis longtemps des thématiques de soins et de recherche prioritaires du service de gastro-entérologie et nutrition de l'hôpital Saint-Antoine. C'est donc tout naturellement que cette équipe s'est investie dans le domaine de la transplantation fécale.

Le Dr Harry Sokol, responsable de l'étude, gastro-entérologue au sein du service gastro-entérologie et nutrition de l'hôpital Saint-Antoine– AP-HP expérimente le traitement de la maladie de Crohn par la greffe fécale en collaboration avec le CRC-URC-EST.

La maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire chronique intestinale qui touche près de 200000 personnes en France. Son retentissement socio-économique est important car la maladie touche les sujets jeunes. La maladie affecte la qualité de vie. Près de 80 % des patients seront opérés au moins une fois dans l'histoire de leur maladie. Plusieurs complications sont associées à la MC : des poussées douloureuses de la maladie, nécessitant parfois l'hospitalisation ; un risque élevé d'infections intestinales, incluant des infections virales. Enfin, ces patients ont un risque augmenté de cancer colique.

Il n'existe aucun traitement curatif de la maladie. Aujourd'hui, le traitement repose sur l'utilisation d'immunosuppresseurs qui sont associés à des complications (infections sévères, cancers) et qui sont coûteux (plus de 15000 € /an pour les traitements biologiques).

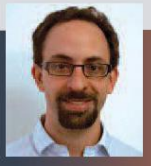
La greffe fécale : une stratégie séduisante pour traiter la maladie

La flore intestinale est anormale chez les patients et joue un rôle dans le déclenchement et l'entretient de la maladie. Elle peut donc être considérée comme une cible thérapeutique potentielle. L'équipe de Saint-Antoine estime que la transplantation d'une flore intestinale saine chez le sujet malade pourrait avoir un impact favorable sur l'évolution de la MC.

Il s'agit d'introduire par coloscopie la flore d'un donneur qui est composée de micro-organismes, de bactéries et même de virus peuplant naturellement l'intestin, dans l'intestin d'un sujet malade dans le but de restaurer le dialogue normal entre flore et système immunitaire avec un impact positif sur la maladie.

Il s'agit d'une étude randomisée contrôlée en simple aveugle menée sur 18 mois. L'étude portera sur 18 patients âgés de 18 à 70 ans.

Confirmée par cette étude, l'hypothèse de l'équipe donnerait un espoir à ces nombreux patients en ouvrant une nouvelle voie de traitement. Les recherches porteront alors sur la forme pharmaceutique du traitement : demain des flores en gélules pourraient faciliter la prise du traitement.



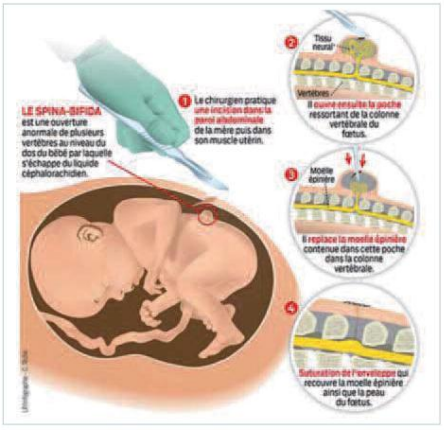
CONTACT
Dr Harry Sokol
Service de gastro-entérologie et nutrition
harry.sokol@sat.aphp.fr

INNOVATION

Chirurgie fœtale :

Première en France à l'hôpital Trousseau en matière de prise en charge d'une malformation congénitale

Dans le cadre de la prise en charge du spina bifida, l'équipe du service de Médecine Fœtale de l'hôpital Trousseau-AP-HP, en collaboration avec l'équipe de neurochirurgie de l'hôpital Necker-Enfants Malades - AP-HP, a pour la première fois en France réalisé une opération de chirurgie fœtale chez une future maman au terme du 5e mois de grossesse. Cette intervention s'est déroulée en juillet 2014 dans le cadre d'un Projet de Recherche Hospitalier. Dans les 10 jours suivants cette intervention, une normalisation des anomalies cérébrales préexistantes provoquées par la malformation a été constatée. La grossesse s'est ensuite poursuivie dans des conditions normales et la maman a accouché par césarienne à 8 mois le 9 novembre 2014. Le bébé ainsi que la maman sont en parfaite santé.



Le spina bifida correspond à une ouverture anormale de plusieurs vertèbres au niveau du dos du bébé. Il s'agit de la malformation la plus fréquente du système nerveux central concernant en moyenne 1 grossesse sur 1 000. Dans plus de 90 % des cas, cette malformation est diagnostiquée avant la naissance par échographie. L'exposition (extériorisation) de la moelle et des racines conduit à des lésions irréversibles qui peuvent entraîner une anomalie motrice au niveau des jambes pouvant en particulier compromettre l'acquisition de la marche et une anomalie de contrôle des sphincters. De plus, par le biais d'une fuite du liquide céphalo-rachidien, cette malformation a des conséquences sur le cerveau fœtal dont la partie postérieure s'affaisse progressivement en cours de grossesse. Il s'en suit une dilatation des cavités cérébrales (hydrocéphalie) nécessitant souvent une dérivation de décompression après la naissance. Ces répercussions cérébrales peuvent alors compromettre le développement des acquisitions des enfants.

De nombreux travaux ont montré que la réparation prénatale de cette malformation réalisée vers 5 mois de grossesse permettait de réduire le handicap de ces enfants en protégeant la moelle, ce qui améliore la commande motrice des jambes. Le Professeur Jean-Marie Jouannic de l'hôpital Trousseau-AP-HP indique : *"Cette intervention est réalisée depuis de nombreuses années aux États-Unis. Elle consiste à recouvrir la moelle épinière extériorisée en réparant par une suture l'enveloppe qui normalement la recouvre, puis à suturer ensuite la peau du bébé. Comparé à une prise charge après la naissance, les bénéfices pour le bébé sont plus importants. Cette réparation permet de stopper la fuite du liquide céphalo-rachidien. Le cerveau étant ainsi protégé, le développement intellectuel des enfants est amélioré. Cependant cette intervention fœtale expose au risque d'accouchement prématuré. Elle impose également la naissance des enfants par césarienne".*

L'opération nécessite une anesthésie générale de la maman. Elle requiert l'intervention d'un médecin accoucheur et d'un médecin neurochirurgien spécialisé dans les opérations de nouveau-nés présentant un spina bifida à la naissance. Ensuite la patiente est hospitalisée entre 4 et 8 jours et reçoit un traitement contre la douleur, un traitement antibiotique et un traitement contre les contractions utérines. Tout au long de sa grossesse, la maman a été suivie par des visites hebdomadaires à domicile effectuées par une sage-femme. Elle a également bénéficié de tous les soins prodigués à une femme enceinte jusqu'à la naissance de l'enfant et dans la période des suites de couches.

"Cette première à l'AP-HP est un grand pas pour les enfants atteints de spina bifida et leurs mamans. Elle permet d'ouvrir la voie à une meilleure prise en charge et d'améliorer par la suite le développement moteur et intellectuel de ces enfants" conclut le Pr Jouannic.

CONTACT
Pr Jean-Marie Jouannic
Chef de service Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal
de l'Est Parisien – Pôle de périnatalité
Hôpital Trousseau, AP-HP, Paris 6

ACTUALITÉS PLATEFORME RECHERCHE

Le Centre de Ressources Biologiques (CRB) HUEP-UMPC

Le Centre de Ressources Biologiques (CRB) HUEP-UMPC, créé en 2010, est la structure hospitalo-universitaire mise à la disposition de l'ensemble des cliniciens-chercheurs, qui assure la gestion et la valorisation des collections d'échantillons biologiques de la réception jusqu'à la cession dans le cadre de la recherche clinique. Le CRB fait partie de la plateforme de Recherche clinique de l'Est Parisien (URC-EST, CRC-EST, CRB) coordonnée par le Pr Tabassome Simon.

L'équipe du CRB

Les missions du CRB : *Réception – Préparation / Transformation – Stockage – Mise à disposition des échantillons biologiques*

1. **Coordination de la réception de prélèvements issus de la recherche clinique, institutionnelle, académique et industrielle**
2. **Transformation, aliquotage** des échantillons si nécessaire
3. **Stockage** des échantillons, des aliquotes et des dérivés
4. **Expertise et évaluation** sur le plan scientifique de tout ou partie des échantillons
5. **Préservation de l'information** clinique et biologique associée aux échantillons
6. **Cession de tout ou partie des échantillons de recherche**

Le CRB HUEP-UPMC est doté d'un personnel technique qualifié et est équipé de matériel très performant, dont :

- un extracteur automatique d'ADN en grand volume
- un extracteur automatique d'ARN, miARN
- un bioanalyseur permettant de vérifier la qualité des ARN extraits,
- des robots pipetteurs, permettant la mise en plaque automatisée et l'aliquotage d'échantillons (capacité de 16 000 échantillons par an),
- une cryothèque permettant une conservation à – 80°C de grands volumes,
- un appareil de PCR en temps réel, …

Le CRB HUEP-UPMC a mis en place des outils spécifiques afin d'assurer une sécurité optimale des échantillons avec :

- **Un système de traçabilité dédié** des échantillons
- **Un système de surveillance continue des températures des congélateurs** avec des outils permettant la visibilité en temps réel de l'ensemble du parc des congélateurs – 20° C et – 80°C
- **Un accès sécurisé aux locaux**
- **Un système management-qualité** pour garantir des critères de qualité de normes internationales depuis la réception des échantillons biologiques jusqu'à leur cession.

Plus de 290 000 échantillons ont été gérés au CRB HUEP-UPMC :

L'activité du CRB est déclarée au Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, et à l'ARS. La base de données du CRB a été déclarée à la CNIL et toutes les collections gérées par le CRB, font l'objet des déclarations et demandes d'autorisation réglementaires selon la loi en vigueur.

L'ensemble de cette organisation a permis au CRB HUEP-UPMC d'avoir une labellisation IBISA et une double certification nationale, (NFS96900 propre aux CRB français) et internationale (ISO 9001).

Le CRB a déjà été audité et inspecté, y compris par la Food and Drug Administration.

Faire appel au CRB-HUEP

- **Réaliser une demande :**
par ☎ **01 40 01 14 33**
ou ✉ vjodon.crbhuep@sat.aphp.fr
- **Responsable technique :**
Vanina Jodon
☎ **01 40 01 14 33**
✉ vjodon.crbhuep@sat.aphp.fr
- **Responsable qualité :**
Dr Jacques Weissenburger
✉ jacques.weissenburger@sat.aphp.fr
- **Responsable opérationnel :**
Pr Tabassome Simon
✉ tabassome.simon@sat.aphp.fr

Appels à projets

Consultez le calendrier :

http://www.sante.gouv.fr/les-appels-a-projets-de-la-dgos.html
http://www.agence-nationale-recherche.fr/financer-votre-projet/documents/appel-detail0/appel-a-projets-generique-2015-2015/
http://www.urcest.chusa.upmc.fr
http://www.ligue-cancer.net/article/27236_appels-projets-recherche
http://iuis.sorbonne-universites.fr/

Vos contacts :

• GH

Responsable de la cellule administrative et financière de la recherche	82034
Référente recherche institutionnelle (AP-HP)	83378
Référente recherche industrielle et académique hors AH-HP	80299
Référente fonds subventionnels	82741
Référente économat et personnel de la recherche	83131

• Département de la recherche clinique et du développement (DRDC)

Coordination gestion administrative et financière
URC et CRC : 01 49 28 22 02

E-mail : veille.appels-a-projets@drc.aphp.fr

• Annuaire :

http://rechercheclinique.aphp.fr/-Contacts-.html?rubrique

À quoi sert le contrat unique?

Il permet aux investigateurs de simplifier la mise en place des essais cliniques à promotion industrielle :

- **Une incitation financière aux inclusions (IFI) pour le médecin chercheur** intégrée en annexe 3 du contrat unique. **Les sommes correspondant à l'IFI sont remises à disposition de l'investigateur dans le cadre de son activité de recherche.**
- **Centralisation de la gestion des conventions**
- **Délai d'instruction du dossier plus court** et un seul document contractuel
- Possibilité de flécher le temps ARC/TEC en IFI (cf. comment l'utiliser).
- Implication des investigateurs, pharmacien dans le circuit de validation de la grille coordonnateur
- **L'octroi de crédits MERRI incitatifs.**

Pour garantir une utilisation au bénéfice de l'investigateur, la cellule Recherche de votre GH est en charge de la gestion et du suivi des recettes et des dépenses liées à l'IFI. Elle se chargera également de la facturation semestrielle auprès des promoteurs.

Modalités de gestion :

- Les montants IFI sont versés sur une UG identifiée au niveau de notre GH.
- Gestion en recettes affectées (RAF)
- Utilisation pluriannuelle

Comment utiliser l'IFI ?

Sur simple demande transmise à notre cellule administrative recherche pour :

- la rémunération de personnels médicaux et non médicaux
- les frais de déplacement
- l'achat de matériel et équipement
- cotisations à des sociétés savantes
- frais d'inscription à des congrès scientifiques
- frais de publication et de formation

CONTACT
christine.cotellon@aphp.fr

L'AP-HP lance sa fondation pour la recherche

La fondation permettra à l'AP-HP de renforcer ses partenariats avec les universités et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et consolider sa place dans la recherche médicale". L'AP-HP pourra ainsi mieux répondre aux sollicitations de ses partenaires qui souhaitent son apport aux projets de recherche commun et améliorer encore sa capacité à répondre aux appels d'offres nationaux ou internationaux.

La fondation permettra la collecte et la gestion de ressources apportées par des mécénats en toute transparence, tout en offrant la souplesse et la réactivité nécessaires pour mener à bien des projets de recherche.

Veille juridique

- **INSTRUCTION N° DGOS/PF4/2014/349 du 19 décembre 2014** relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2015.
- **DECRET n°2015-532 du 13 mai 2015** portant approbation des statuts de la fondation hospitalière "fondation de l'assistance publique-hôpitaux de Paris pour la recherche"

cancer-estparisien.aphp.fr

Centre intégré en cancérologie

En pointe dans la prise en charge du cancer, les hôpitaux Saint-Antoine, Trousseau et Tenon mobilisent moyens et compétences au service du patient

prosante-estparisien.aphp.fr

S'adresse aux professionnels de santé : Médecins libéraux, Praticiens hospitaliers, Pharmaciens, Infirmier(e)s, Sages-femmes, jeunes professionnels...

Professionnels de santé de l'est parisien

PORTRAIT DE CHERCHEUR

Pr Pierre Ronco

Néphrologue à l'hôpital Tenon et directeur de l'Unité INSERM/UPMC 1155

Pourquoi avez-vous choisi votre spécialité, la néphrologie ?

Le choix de la néphrologie est le fruit de ma rencontre avec Gabriel Richet au début des années 1980. Ce pionnier de la discipline transmettait à tous ceux qui ont travaillé avec lui un enthousiasme, une rigueur et une curiosité intellectuelle qui ont séduit le jeune médecin que j'étais. Gabriel, comme l'appelaient ses élèves, avait inventé la recherche "translationnelle" bien avant que ce mot ne soit inventé. J'aimais la médecine de précision qu'il pratiquait et nous enseignait et le désir de comprendre les cas difficiles qui a ensuite piloté mes activités de recherche.

Sur quoi ont porté vos premières recherches ?

Mes premières recherches, avec Pierre Verroust, Directeur de Recherche à l'INSERM, ont porté sur un modèle expérimental chez le rat de **glomérulopathie extramembraneuse, appelée néphrite de Heymann*.** Je me suis intéressé à ce modèle car il reproduisait fidèlement la maladie humaine, qui est la **cause la plus fréquente de syndrome néphrotique chez l'adulte.** J'ai contribué à l'identification d'une protéine du podocyte, la mégaline, qui est l'antigène responsable chez le rat. Vingt ans plus tard, en 2002, avec Hanna Debiec et les pédiatres de Trousseau, j'ai eu la chance d'identifier le premier antigène chez l'homme, l'endopeptidase neutre, qui est impliquée dans une forme néonatale de la maladie.

Et aujourd'hui, vers quoi s'orientent vos travaux de recherche ? Comment s'organisent-ils ?

Les recherches actuelles de mon équipe sur la glomérulopathie extramembraneuse se sont notablement diversifiées, portant sur l'évaluation des tests diagnostiques (dosage des anticorps anti-PLA2R), les gènes de prédisposition qui peuvent influencer la récidive de la maladie après greffe rénale, la mise au point de nouveaux traitements (antagonistes du complément dont l'activation est responsable de la protéinurie), et des essais cliniques qui viennent de démontrer l'efficacité du rituximab (PHRC Gemritux, avec Karine Dahan comme investigateur principal).

Qui sont vos partenaires de recherche ?

J'ai eu la chance de participer à la révolution qui s'est opérée dans la prise en charge des patients atteints de glomérulopathie extramembraneuse avec la mise au point de tests diagnostiques spécifiques qui permettent d'apprécier l'activité immunologique de la maladie. Ces tests jouent un rôle essentiel dans les indications et l'adaptation des traitements immunosuppresseurs qui reposaient antérieurement sur la seule protéinurie.

Notre objectif est maintenant de délivrer des traitements spécifiques, visant à bloquer l'activation du complément au contact des podocytes, en utilisant comme cheval de Troie une nouvelle génération de nanovecteurs chargés avec ces inhibiteurs, dans l'attente de l'efficacité des traitements immunosuppresseurs sur le taux des anticorps.

Ces recherches se déroulent au sein de l'unité INSERM à l'hôpital Tenon, et sont financées par un contrat sur 5 ans du Conseil Européen de la Recherche, et des contrats avec l'ANR, la FRM et la Fondation des Maladies Rares.
Nous avons établi un réseau européen d'étude des glomérulopathies extramembraneuses, ainsi qu'un réseau de collaborations avec les pédiatres en France, en Europe, et aux USA, et avec les physico-chimistes du Collège de France.

Votre bio en 6/8 dates

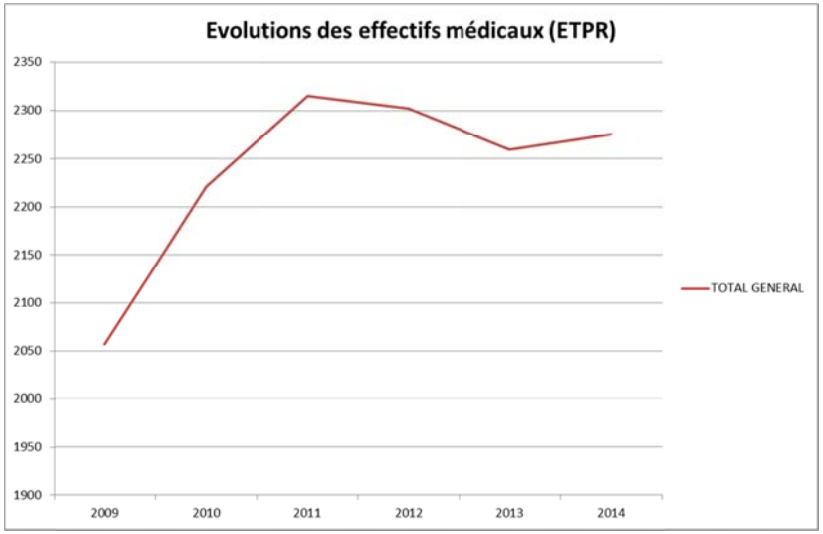
- Naissance à Courbevoie
- 1974 : Internat (major)
- 1986 : Professeur de néphrologie à l'UPMC
- 1995 : Chef du Service de Néphrologie (Hôpital Tenon)
- 1998 : Directeur de l'Unité INSERM 489 (Hôpital Tenon)
- 2007 : Prix Jean Hamburger de la Société Internationale de Néphrologie
- 2011 : Prix Jean Dausset, Société Française d'Immunologie
- 2012 : Grand Prix de Médecine et de la Recherche Médicale de la Ville de Paris
- 2012 : Membre titulaire de l'Académie nationale de médecine
- 2012 : Président du Congrès Européen de Néphrologie à Paris
- 2015 : Président du Comité de programme du Congrès Mondial de Néphrologie au Cap, Afrique du Sud

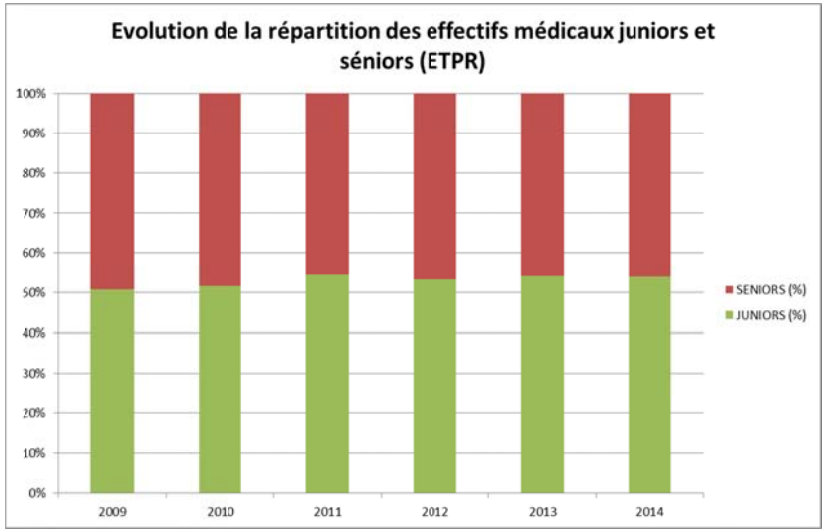
** Maladie rénale caractérisée par des lésions spécifiques sur la biopsie rénale et pouvant se manifester par un syndrome néphrotique impur.*

Annexe 7 : Bilan social du personnel médical des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien

Evolutions des effectifs médicaux (extraction BI)

	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
Statut	**UP**	**ETPR fin décembre**	**UP**	**ETPR fin décembre**	**UP**	**ETPR fin décembre**	**UP**	**ETPR fin décembre**	**UP**	**ETPR fin décembre**	**UP**	**ETPR fin décembre**
SENIORS	1573,0	1013,7	1603,0	1076,1	1549,0	1054,5	1551,0	1074,9	1480,0	1036,6	1476,0	1047,2
JUNIORS	1043,0	1043,0	1145,0	1145,0	1261,0	1261,0	1227,0	1227,0	1223,0	1223,0	1228,0	1228,0
Internes, résidents, FFI	350,0	350,0	367,0	367,0	377,0	377,0	387,0	387,0	385,0	385,0	425,0	425,0
Etudiants hospitaliers	693,0	693,0	778,0	778,0	884,0	884,0	840,0	840,0	838,0	838,0	803,0	803,0
TOTAL GENERAL	**2616,0**	**2056,7**	**2748,0**	**2221,1**	**2810,0**	**2315,5**	**2778,0**	**2301,9**	**2703,0**	**2259,6**	**2704,0**	**2275,2**



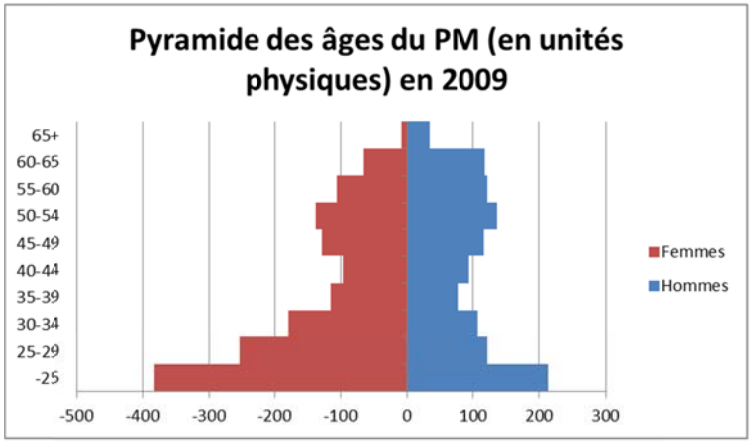


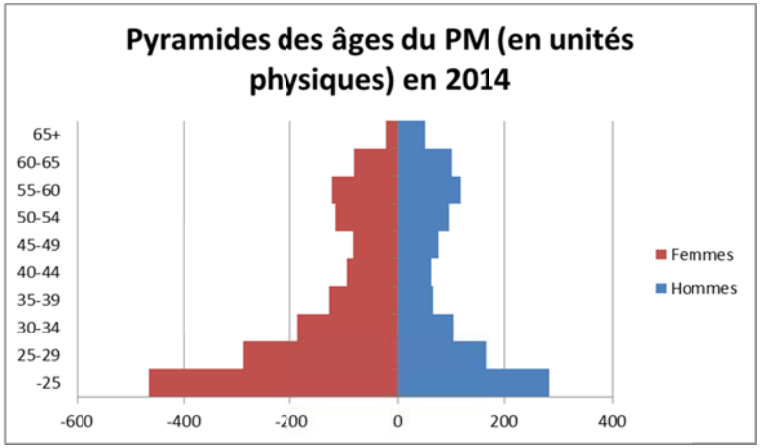
Evolution des effectifs médicaux séniors de 2009 à 2014 (extraction BI)

			2009		2010		2011		2012		2013		2014	
Catégorie	**Statut**		**UP**	**ETPR fin de mois**	**UP**	**ETPR fin de mois**	**UP**	**ETPR fin de mois**	**UP**	**ETPR fin de mois**	**UP**	**ETPR fin de mois**	**UP**	**ETPR fin de mois**
SENIORS	**HU**		341,0	341,0	388,0	388,0	385,0	383,1	392,0	392,0	372,0	371,0	373,0	372,5
		HU titulaires	215,0	215,0	249,0	249,0	245,0	244,0	247,0	247,0	235,0	234,0	233,0	232,5
		HU temporaires	126,0	126,0	139,0	139,0	140,0	139,0	145,0	145,0	137,0	137,0	140,0	140,0
	PH		442,0	411,8	457,0	427,0	458,0	426,6	474,0	439,6	476,0	440,5	471,0	435,6
		PH temps plein	333,0	327,9	346,0	342,3	342,0	338,1	355,0	349,4	346,0	339,3	340,0	334,5
		PH temps partiels	42,0	25,1	45,0	26,9	47,0	28,1	48,0	28,7	44,0	26,3	44,0	26,2
		PH contractuels	67,0	58,8	66,0	57,8	69,0	60,4	71,0	61,5	86,0	74,9	87,0	74,9
	PA		769,0	240,9	734,0	238,1	676,0	215,8	661,0	220,3	609,0	203,1	605,0	213,1
		Contrat court	153,0	66,1	150,0	71,0	124,0	51,5	138,0	64,5	140,0	60,2	157,0	72,4
		Contrat triennal	616,0	174,8	584,0	166,1	552,0	164,3	523,0	155,8	469,0	142,9	448,0	140,7
	Autres		21,0	20,0	24,0	23,0	30,0	29,0	24,0	23,0	23,0	22,0	27,0	26,0
		PAC	3,0	2,0	4,0	3,0	4,0	3,0	4,0	3,0	3,0	2,5	3,0	2,5
		Assistants hors CHU et NPA	18,0	18,0	20,0	20,0	26,0	26,0	20,0	20,0	19,0	19,0	23,0	23,0
	Total Seniors		1573,0	1013,7	1603,0	1076,1	1549,0	1054,5	1551,0	1074,9	1480,0	1036,6	1476,0	1047,2

Evolution de la répartition par tranches d'âges des praticiens de 2009 à 2014 (extraction BI) :

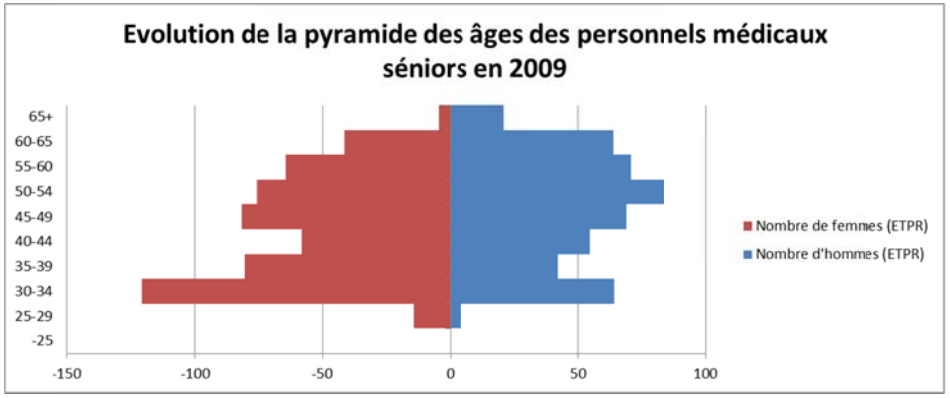
				2009		2010		2011		2012		2013		2014	
Catégorie	Statut	Grade	Sexe	UP	ETPR fin de mois	UP	ETPR fin de mois	UP	ETPR fin de mois	UP	ETPR fin de mois	UP	ETPR fin de mois	UP	ETPR fin de mois
GENERAL	TOTAL	Hommes	-25	213	213	279	279	316	316	310	310	279	279	283	283
			25-29	122	122	139	137,96	168	166,64	178	177,7	176	174,6	164	162,993
			30-34	107	98,1	102	88,38	92	79,261	93	83,08	86	76,283	103	91,083
			35-39	76	49,935	83	59,1	66	47,525	62	46,405	70	53,67	65	51,01
			40-44	94	55,335	85	50,046	81	52,177	73	49,543	59	39,722	62	41,22
			45-49	116	69,639	108	65,276	95	61,689	92	58,723	90	55,565	74	46,425
			50-54	136	83,46	140	82,307	128	73,425	125	70,286	100	60,605	95	60,142
			55-60	122	70,637	121	73,701	114	69,048	111	68,742	116	72,245	115	75,243
			60-65	118	63,67	132	78,632	133	77,328	130	78,507	110	70,02	99	56,389
			65+	34	20,861	34	22,125	41	23,325	41	23,58	45	21,23	50	28,193
		Féminin	-25	384	384	447	446,9	457	457	459	459	476	476	465	465
			25-29	254	250,52	223	220,4	288	285,591	267	261,102	282	278	291	288,05
			30-34	179	162,63	186	173,725	165	148,89	175	157,13	170	149,02	187	166,499
			35-39	116	86,654	116	92,893	107	91,25	110	94,538	123	103,885	128	97,265
			40-44	97	58,031	92	59,894	102	72,31	101	73,671	96	71,737	94	76,061
			45-49	129	81,825	133	88,413	114	75,594	106	67,993	86	60,588	83	56,441
			50-54	138	75,921	133	83,173	126	78,697	130	84,6	124	79,959	116	79,052
			55-60	106	64,463	114	69,193	123	80,856	114	73,846	120	72,242	122	73,873
			60-65	66	41,568	67	41,766	73	45,753	84	56,81	78	56,509	81	59,728
			65+	9	4,5	14	7,26	16	8,097	19	8,661	17	8,727	22	12,5
	TOTAL GENERAL		-25	597	597	726	725,9	773	773	769	769	755	755	748	748
			25-29	376	372,52	362	358,36	456	452,231	445	438,802	458	452,6	455	451,043
			30-34	286	260,73	288	262,105	257	228,151	268	240,21	256	225,303	290	257,582
			35-39	192	136,589	199	151,993	173	138,775	172	140,943	193	157,555	193	148,275
			40-44	191	113,366	177	109,94	183	124,487	174	123,214	155	111,459	156	117,281
			45-49	245	151,464	241	153,689	209	137,283	198	126,716	176	116,153	157	102,866
			50-54	274	159,381	273	165,48	254	152,122	255	154,886	224	140,564	211	139,194
			55-60	228	135,1	235	142,894	237	149,904	225	142,588	236	144,487	237	149,116
			60-65	184	105,238	199	120,398	206	123,081	214	135,317	188	126,529	180	116,117
			65+	43	25,361	48	29,385	57	31,422	60	32,241	62	29,957	72	40,693

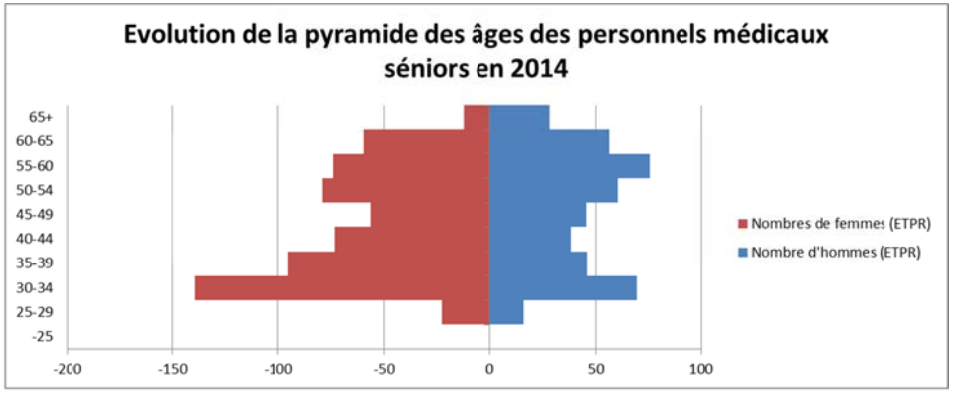




Evolution de la répartition par tranches d'âges du PM seniors de 2009 à 2014 (extraction BI) :

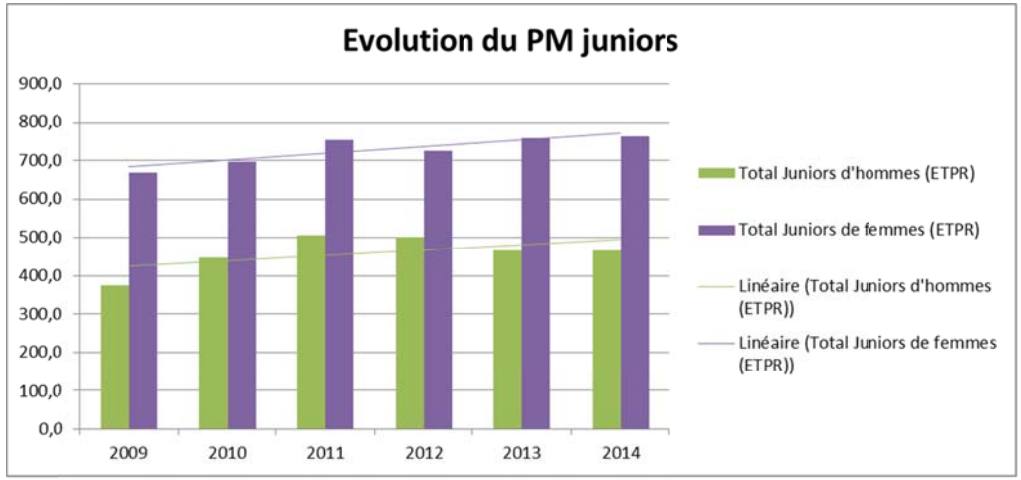
			2009		2010		2011		2012		2013		2014	
Statut	Sexe	Âge	UP	ETPR fin de mois	UP	ETPR fin de mois	UP	ETPR fin de mois	UP	ETPR fin de mois	UP	ETPR fin de mois	UP	ETPR fin de mois
TOTAL SENIORS	Hommes	-25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		25-29	4	4	9	7,96	11	9,64	8	7,7	14	12,6	17	15,993
		30-34	73	64,1	74	60,38	69	56,261	75	65,08	67	57,283	81	69,083
		35-39	68	41,935	75	51,1	61	42,525	58	42,405	66	49,67	60	46,01
		40-44	93	54,335	84	49,046	81	52,177	72	48,543	58	38,722	59	38,22
		45-49	115	68,639	107	64,276	94	60,689	92	58,723	90	55,565	73	45,425
		50-54	136	83,46	140	82,307	128	73,425	124	69,286	99	59,605	95	60,142
		55-60	122	70,637	121	73,701	114	69,048	111	68,742	116	72,245	115	75,243
		60-65	118	63,67	132	78,632	133	77,328	130	78,507	110	70,02	99	56,389
		65+	34	20,861	34	22,125	41	23,325	41	23,58	45	21,23	50	28,193
	Féminin	-25	0	0	1	0,9	0	0	0	0	0	0	0	0
		25-29	18	14,52	23	20,4	28	25,591	34	28,102	28	24	26	23,05
		30-34	137	120,63	145	132,725	135	118,89	147	129,13	149	128,02	160	139,499
		35-39	110	80,654	107	83,893	102	86,25	106	90,538	118	98,885	126	95,265
		40-44	97	58,031	91	58,894	100	70,31	100	72,671	95	70,737	91	73,061
		45-49	129	81,825	132	87,413	114	75,594	106	67,993	86	60,588	83	56,441
		50-54	138	75,921	133	83,173	126	78,697	130	84,6	124	79,959	116	79,052
		55-60	106	64,463	114	69,193	123	80,856	114	73,846	120	72,242	122	73,873
		60-65	66	41,568	67	41,766	73	45,753	84	56,81	78	56,509	81	59,728
		65+	9	4,5	14	7,26	16	8,097	19	8,661	17	8,727	22	12,5
	Femmes	-25	0	0	-1	-0,9	0	0	0	0	0	0	0	0
		25-29	-18	-14,52	-23	-20,4	-28	-25,591	-34	-28,102	-28	-24	-26	-23,05
		30-34	-137	-120,63	-145	-132,725	-135	-118,89	-147	-129,13	-149	-128,02	-160	-139,499
		35-39	-110	-80,654	-107	-83,893	-102	-86,25	-106	-90,538	-118	-98,885	-126	-95,265
		40-44	-97	-58,031	-91	-58,894	-100	-70,31	-100	-72,671	-95	-70,737	-91	-73,061
		45-49	-129	-81,825	-132	-87,413	-114	-75,594	-106	-67,993	-86	-60,588	-83	-56,441
		50-54	-138	-75,921	-133	-83,173	-126	-78,697	-130	-84,6	-124	-79,959	-116	-79,052
		55-60	-106	-64,463	-114	-69,193	-123	-80,856	-114	-73,846	-120	-72,242	-122	-73,873
		60-65	-66	-41,568	-67	-41,766	-73	-45,753	-84	-56,81	-78	-56,509	-81	-59,728
		65+	-9	-4,5	-14	-7,26	-16	-8,097	-19	-8,661	-17	-8,727	-22	-12,5

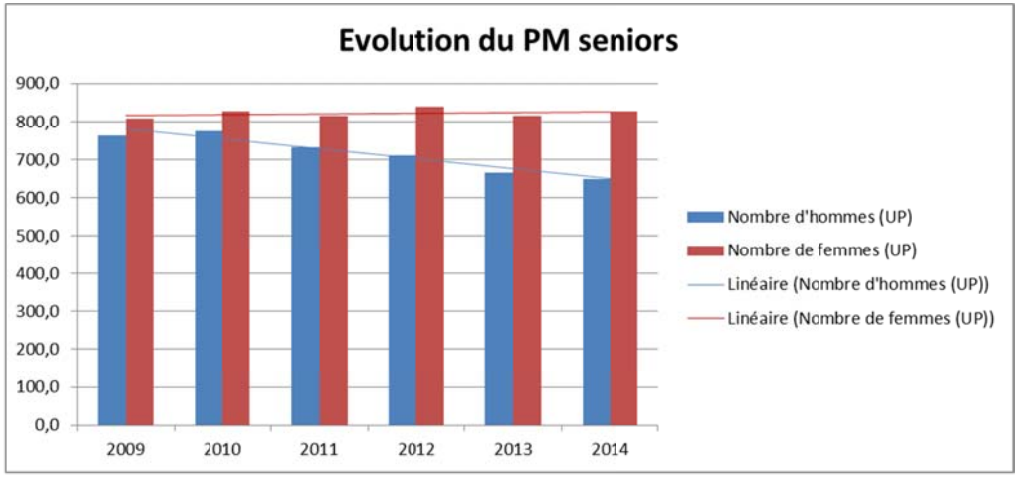


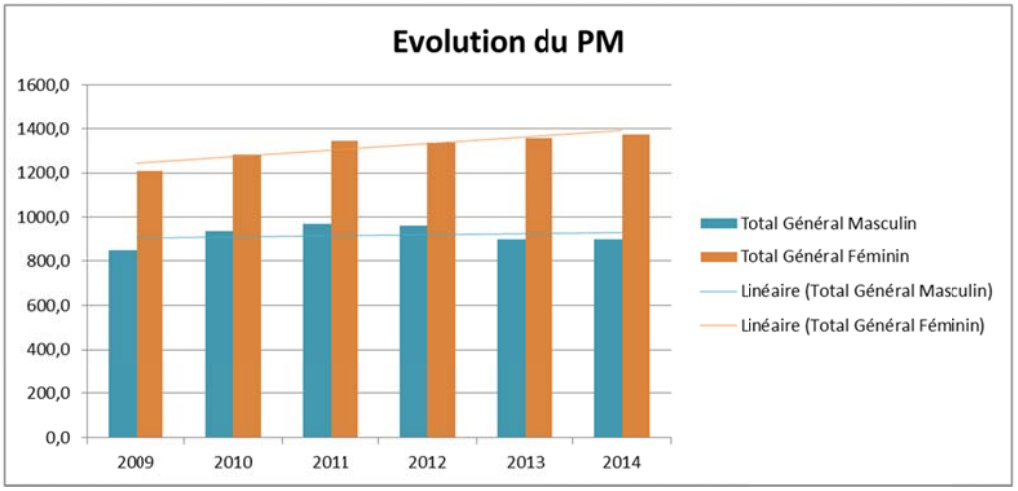


Evolution de la répartition par sexe du PM de 2009 à 2014 (extraction BI) :

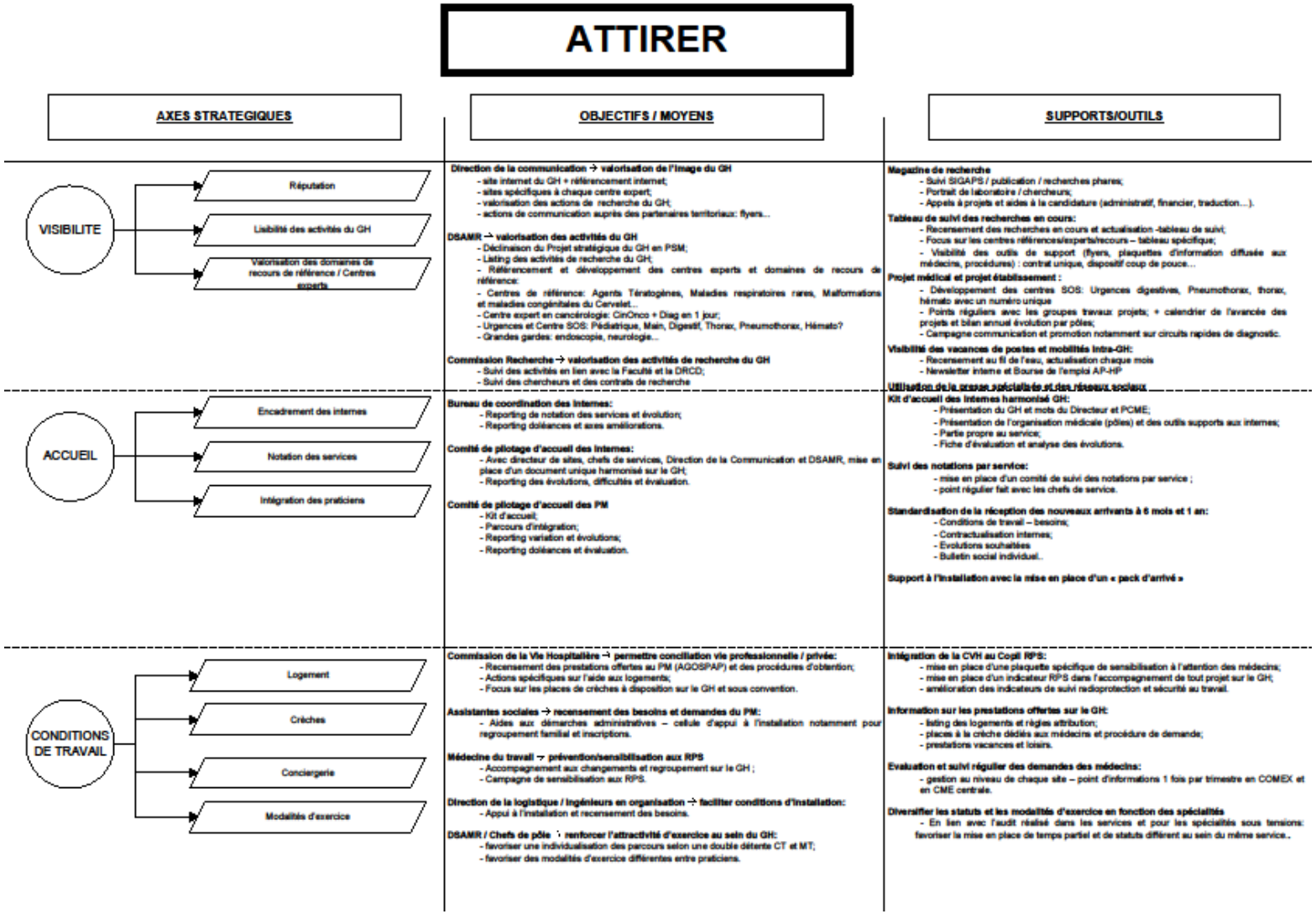
			2009		2010		2011		2012		2013		2014	
Catégorie	Statut		UP	ETPR fin de mois	UP	ETPR fin de mois	UP	ETPR fin de mois	UP	ETPR fin de mois	UP	ETPR fin de mois	UP	ETPR fin de mois
SENIORS	HU	Masculin	199,0	199,0	217,0	217,0	214,0	212,1	217,0	217,0	204,0	203,0	203,0	202,5
		Féminin	142,0	142,0	171,0	171,0	171,0	171,0	175,0	175,0	168,0	168,0	170,0	170,0
		Total	341,0	341,0	388,0	388,0	385,0	383,1	392,0	392,0	372,0	371,0	373,0	372,5
	PH	Masculin	189,0	175,1	182,0	170,3	175,0	162,5	166,0	154,5	164,0	153,7	157,0	147,2
		Féminin	253,0	236,7	275,0	256,7	283,0	264,1	308,0	285,1	312,0	286,8	314,0	288,4
		Total	442,0	411,8	457,0	427,0	458,0	426,6	474,0	439,6	476,0	440,5	471,0	435,6
	PA	Masculin	371,0	94,0	371,0	97,7	338,0	85,4	323,0	86,6	292,0	75,8	281,0	77,5
		Féminin	398,0	146,9	363,0	140,4	338,0	130,4	338,0	133,8	317,0	127,3	324,0	135,6
		Total	769,0	240,9	734,0	238,1	676,0	215,8	661,0	220,3	609,0	203,1	605,0	213,1
	Autres	Masculin	4,0	3,5	6,0	5,5	5,0	4,5	5,0	4,5	5,0	4,5	8,0	7,5
		Féminin	17,0	16,5	18,0	17,5	25,0	24,5	19,0	18,5	18,0	17,5	19,0	18,5
		Total	21,0	20,0	24,0	23,0	30,0	29,0	24,0	23,0	23,0	22,0	27,0	26,0
	Total Seniors	Masculin	763,0	471,6	776,0	490,5	732,0	464,4	711,0	462,6	665,0	436,9	649,0	434,7
		Féminin	810,0	542,1	827,0	585,6	817,0	590,0	840,0	612,4	815,0	599,7	827,0	612,5
		Total	1573,0	1013,7	1603,0	1076,1	1549,0	1054,5	1551,0	1074,9	1480,0	1036,6	1476,0	1047,2
JUNIORS	Internes et résidents	Masculin	89,0	89,0	96,0	96,0	91,0	91,0	134,0	134,0	117,0	117,0	128,0	128,0
		Féminin	197,0	197,0	213,0	213,0	237,0	237,0	217,0	217,0	237,0	237,0	266,0	266,0
		Total	286,0	286,0	309,0	309,0	328,0	328,0	351,0	351,0	354,0	354,0	394,0	394,0
	FFI	Masculin	26,0	26,0	28,0	28,0	28,0	28,0	16,0	16,0	12,0	12,0	16,0	16,0
		Féminin	38,0	38,0	30,0	30,0	21,0	21,0	20,0	20,0	19,0	19,0	15,0	15,0
		Total	64,0	64,0	58,0	58,0	49,0	49,0	36,0	36,0	31,0	31,0	31,0	31,0
	Etudiants	Masculin	260,0	260,0	323,0	323,0	388,0	388,0	352,0	352,0	337,0	337,0	322,0	322,0
		Féminin	433,0	433,0	455,0	455,0	496,0	496,0	488,0	488,0	501,0	501,0	481,0	481,0
		Total	693,0	693,0	778,0	778,0	884,0	884,0	840,0	840,0	838,0	838,0	803,0	803,0
	Total Juniors	Masculin	375,0	375,0	447,0	447,0	507,0	507,0	502,0	502,0	466,0	466,0	466,0	466,0
		Féminin	668,0	668,0	698,0	698,0	754,0	754,0	725,0	725,0	757,0	757,0	762,0	762,0
		Total	1043,0	1043,0	1145,0	1145,0	1261,0	1261,0	1227,0	1227,0	1223,0	1223,0	1228,0	1228,0
GENERAL	Total Général	Masculin	1138,0	846,6	1223,0	937,5	1239,0	971,4	1213,0	964,6	1131,0	902,9	1115,0	900,7
		Féminin	1478,0	1210,1	1525,0	1283,6	1571,0	1344,0	1565,0	1337,4	1572,0	1356,7	1589,0	1374,5
		Total	2616,0	2056,7	2748,0	2221,1	2810,0	2315,5	2778,0	2301,9	2703,0	2259,6	2704,0	2275,2


Evolution du PM juniors
900,0
800,0
700,0
600,0
500,0
400,0
300,0
200,0
100,0
0,0
2009
2010
2011
2012
2013
2014
Total Juniors d'hommes (ETPR)
Total Juniors de femmes (ETPR)
Linéaire (Total Juniors d'hommes (ETPR))
Linéaire (Total Juniors de femmes (ETPR))

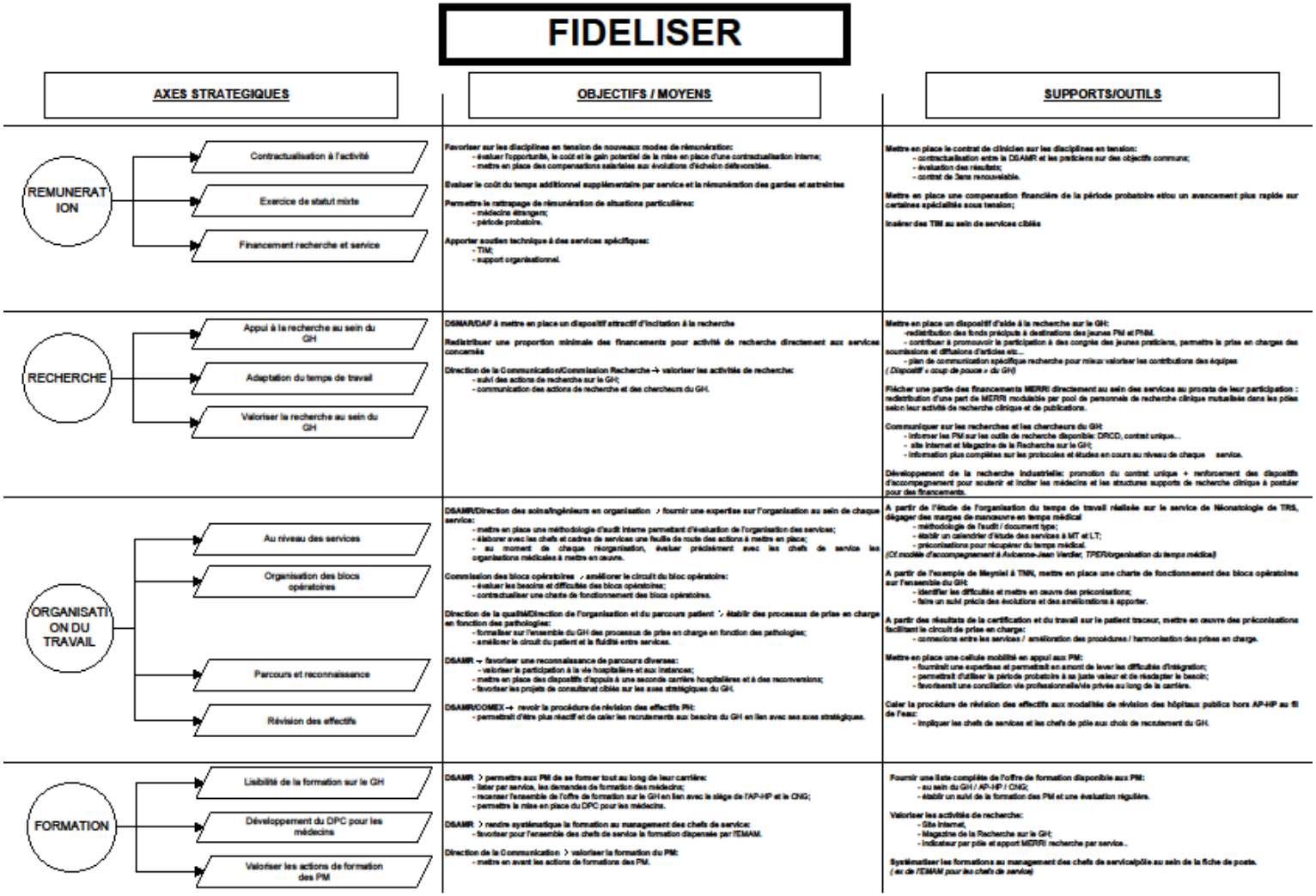

Evolution du PM seniors
900,0
800,0
700,0
600,0
500,0
400,0
300,0
200,0
100,0
0,0
2009
2010
2011
2012
2013
2014
Nombre d'hommes (UP)
Nombre de femmes (UP)
Linéaire (Nombre d'hommes (UP))
Linéaire (Nombre de femmes (UP))


Evolution du PM
1600,0
1400,0
1200,0
1000,0
800,0
600,0
400,0
200,0
0,0
2009
2010
2011
2012
2013
2014
Total Général Masculin
Total Général Féminin
Linéaire (Total Général Masculin)
Linéaire (Total Général Féminin)

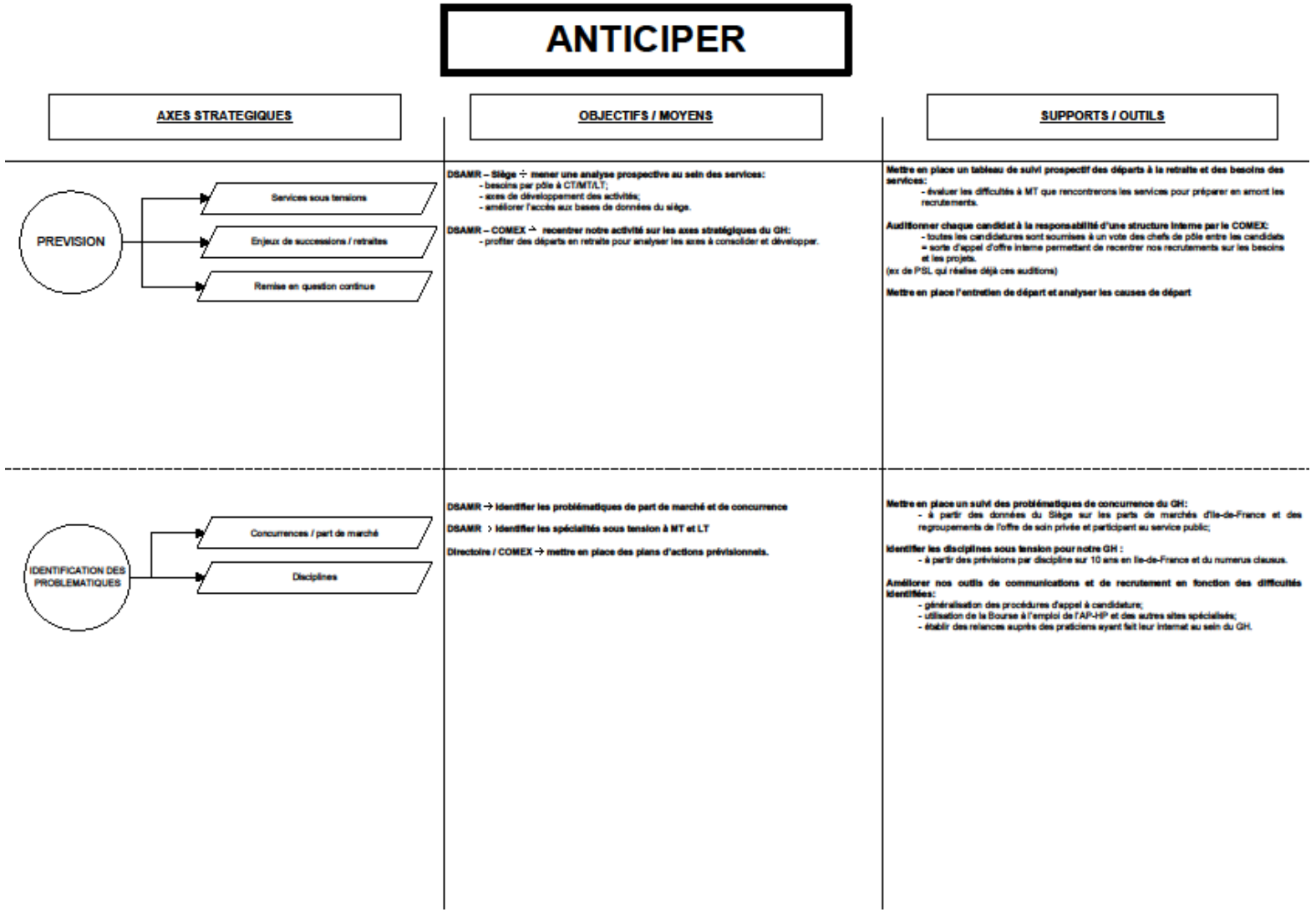
Annexe 8 – Document de travail - ATTIRER



Annexe 9 : Document de travail – FIDELISER



Annexe 10 : Document de travail – ANTICIPER



DEMANET	QUENTIN	Décembre 2015

Directeur d'hôpital

Promotion 2014-2016

La déclinaison du Projet Social Médical au sein du GH de l'Est Parisien (AP-HP) ou comment renforcer concrètement son attractivité sur le personnel médical ?

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé **:**

Longtemps considérée comme privilégiée en matière d'attractivité médicale, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris est confrontée aujourd'hui à des difficultés renouvelées comme en témoigne l'analyse de l'évolution du personnel médical du GH de l'Est Parisien. Des signes de difficultés d'attractivité sont aujourd'hui identifiables, aux conséquences potentiellement importantes et impliquent un changement de paradigme dans la gestion des ressources humaines médicales.

Pour y répondre, le GH de l'Est Parisien souhaite renouveler son approche de l'attractivité médicale à travers une feuille de route déclinable sur les quatre prochaines années de son plan stratégique 2015-2019. Décliné en trois axes (attirer, fidéliser, anticiper), le Projet social médical souhaite apporter des outils concrets d'amélioration de l'attractivité à destination des personnels médicaux.

Mots clés **:**

Anticiper, AP-HP, Attirer, Attractivité, Direction de la stratégie, des affaires médicales et de la recherche clinique, Fidéliser, GH de l'Est Parisien, Personnel médical, Projet Social Médical

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.