

Mesdames et Messieurs,

Je vous présente à tous, ainsi qu'à notre institution, tous mes vœux pour l'année 2018.

Ce discours traditionnel de vœux est l'occasion pour moi, à mi-mandat de ma présidence de CME, de partager certaines réflexions, d'une part sur le rôle de la CME, ensuite sur nos conditions d'exercice.

1. *Concernant la CME, elle doit être au cœur de la politique médicale de notre établissement et source de propositions.*

- ***Les travaux de la commission qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers sont au centre de son action.***

Je tiens à la présider personnellement tous les mois, elle traite de nombreux sujets importants, allant des événements indésirables graves à la sécurité de la prise en charge médicamenteuse. La qualité et la sécurité des soins sont aussi un fil conducteur qui permet d'évoquer d'autres aspects du fonctionnement hospitalier qui lui sont liés :

- ***La qualité de vie au travail***

C'est l'un des piliers de mon action depuis le début de mon mandat. On en parle beaucoup à présent, peut-être un peu trop, car le discours doit laisser la place à l'action. L'idée d'hôpital-entreprise entretenue par la loi HPST n'est pas la bonne solution car elle a poussé à nier les relations humaines et le dialogue nécessaire dans les équipes. Nous ne sommes pas de simples producteurs de santé, nous avons un métier profondément humain basé sur la compréhension des autres.

Les conseils de service doivent être réunis. Les entretiens individuels des praticiens doivent avoir lieu. L'écoute, l'entente à l'intérieur des équipes doivent être privilégiées. Ceci aura forcément un impact positif sur l'accueil des patients. C'est, malheureusement, un changement culturel pour certains. Cela prendra donc du temps, mais nous avançons dans le bon sens. Nous devons être exemplaires.

Le dialogue avec l'administration ne doit être ni dans l'assujettissement ni dans la confrontation mais dans le respect de ce que chacun représente, je remercie ici le directeur général de la qualité du dialogue franc que nous avons su établir ensemble.

La CME du 10 mai 2016 a approuvé à l'unanimité ce que nous appelons le « plan ressources humaines – personnel médical » afin d'améliorer la prise en charge des conflits psycho-sociaux et améliorer les gouvernances. En août 2017, nous y avons ajouté, avec le directeur général, la nomination d'un conciliateur médical, le P^r HERSON, placé sous notre responsabilité commune, en lien avec la DOMU et la commission centrale de la vie hospitalière. Qu'il soit remercié ici de son action. De nombreux cas ont été traités ou sont en cours de traitement.

La mobilité des praticiens, est parfois la seule solution dans certains conflits et doit être facilitée quand cela est possible. Il est souvent beaucoup plus néfaste de rester avec une situation conflictuelle que de céder un poste de praticien.

Les gouvernances médicales et administratives, au sens large, doivent être proches du terrain et aider à trouver des solutions.

– ***La répartition des effectifs***

Globalement, en 2017, notre activité est restée stable. Pourtant, dans de nombreux services, nous avons des files d'attente qui s'allongent, avec des rendez-vous parfois de plusieurs mois. D'autres services doivent fermer des lits faute du personnel nécessaire. Il faut se saisir de ce problème. Un nombre suffisant de personnels auprès des patients est indispensable. Les effectifs-cibles de personnel soignant ne peuvent pas être le dogme absolu en l'état actuel des choses, surtout lorsque l'on connaît la diversité des pathologies prises en charge.

Cependant notre communauté doit partager un souci d'équité dans la répartition du personnel en fonction de la charge de travail. C'est dans cet esprit aussi que nous devons continuer à mener la révision des effectifs de praticiens.

- ***La qualité et la sécurité des soins peuvent aussi passer par l'évolution des structures médicales et administratives.***

Le directeur général a lancé une réflexion stratégique sous le terme « *oikeiosis* » dont il vous parlera. La CME doit être aussi au cœur de cette réflexion.

De façon générale, la communauté médicale soutient **les évolutions de structures** (je n'aime pas le terme de restructurations) lorsqu'elles sont basées sur un projet médical cohérent, doté d'une dimension hospitalo-universitaire, et non pas simplement sur un dictat économique. C'est le cas, par exemple, de 2 grands projets qui ont émergé en 2017 : le nouveau projet pour Avicenne et Jean-Verdier et l'implantation du nouveau Garches sur le site d'Ambroise-Paré. Ce sera aussi le cas, je l'espère, pour les réflexions entamées en coordination avec l'Université sur aphp.5, aphp.6, et désormais aphp.7. Nous défendons l'unité de l'AP-HP, alors tirons-en parti !

Je dois dire que ces évolutions de structure, même lorsqu'elles sont pertinentes médicalement, restent encore compliquées à être partagées par tous.

2. Réflexions plus générales

Plusieurs facteurs influent sur nos conditions d'exercice à l'hôpital :

- Le propre de l'AP-HP, CHU d'Île-de-France et 1^{er} CHU d'Europe, ce sont ses trois missions indissociables : soins, enseignement, recherche, qui vont de pair avec service public hospitalier et progrès médical. C'est cela qu'attendent de nous nos patients. Mais ce n'est pas toujours simple.
- Notre pays – l'ignorer serait vain – se trouve aujourd'hui dans une situation financière difficile engendrant une contrainte économique avec des répercussions sur notre système de santé et des choix politiques au niveau national dont nous ne sommes pas maîtres, comme le taux d'évolution de l'ONDAM, par exemple.
- Des évolutions importantes ont eu lieu dans le domaine de la santé comme les progrès de la génétique, les nouvelles thérapeutiques médicamenteuses, l'amélioration des outils chirurgicaux comme la robotique, nécessitant des investissements importants et plus concentrés.

- Notre environnement change aussi : modification des pratiques d'hospitalisation avec l'augmentation des actes en chirurgie ambulatoire, des hospitalisations conventionnelles de plus courte durée, mais aussi la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) nécessitant une organisation en réseau parfois difficile.
- Par ailleurs, il faut constater dans le même temps une concurrence de plus en plus forte des secteurs privés lucratifs et non lucratifs accueillant aussi les internes, faisant de la recherche, attirant nos médecins par des rémunérations que le système public ne peut pas offrir.

Dans ce contexte, l'ensemble des CHU est en questionnement, le nôtre y ajoutant les spécificités de la région parisienne, notamment son coût de la vie et du logement. Dos au mur, les CHU doivent donc agir pour attirer les jeunes et les meilleurs praticiens, afin de préserver notre niveau d'excellence. Si rien n'est fait, c'est aussi le service public hospitalier qui sera en danger. Nos équipes sont sous tension. Un signal fort et rapide de l'engagement réel de nos tutelles et de nos gouvernants doit être donné.

1 *Premièrement, en ce qui concerne le financement des CHU*

À l'unanimité, le 5 décembre dernier, la CME s'est prononcée contre le plan global de financement pluriannuel. Elle a considéré que les efforts exigés sur notre masse salariale, alors même que le coût de nos missions d'intérêt général est lourdement sous-estimé, rendent irréaliste l'objectif d'un accroissement permanent de l'activité, dégrade la qualité de vie au travail et fait courir un risque à la sécurité et à la qualité des soins dont nous sommes les garants.

Plus profondément, c'est la logique même de la T2A qui a atteint aujourd'hui ses limites. Après des années d'efficience, l'aggravation de notre déficit ne reflète pas (ou plus) une productivité trop faible, mais bien l'inadéquation de nos moyens à nos missions qui ne cessent d'augmenter.

2 *Deuxièmement, en ce qui concerne ses missions de recherche :*

- Comme la Cour des comptes l'a affirmé dans son rapport paru en juillet, une recherche compétitive au plan international exige une concentration des moyens sur les sites d'excellence disposant de masses critiques de chercheurs, de plateformes technologiques de haut niveau et de structures d'appui. La diffusion des crédits MERRI, destinés à la recherche, vers un

nombre de plus en plus élevé d'établissements est contraire à ce principe, d'autant plus que l'enveloppe globale a diminué. Nous souhaitons très fortement que les tutelles ministérielles revoient dans le bon sens cette dotation pour l'AP-HP.

- Depuis 20 ans, avec les PHRC par exemple, nous avons affirmé notre rôle dans la recherche médicale. La création des DHU a été une étape dans ce sens, appréciée par les collègues, ainsi que notre implication dans les IHU et RHU. Il n'est pas pensable que nous revenions en arrière. Il faut continuer à structurer notre recherche, avec nos partenaires, sans querelle de pouvoir, mais dans la complémentarité. C'est un élément-clé pour attirer et fidéliser les jeunes médecins et les meilleurs praticiens et maintenir le label CHU, gage de progrès médical. La concentration en France par un seul organisme de la recherche médicale n'est nullement souhaitable.

3 Troisièmement, en ce qui concerne l'attractivité du CHU

De plus en plus de spécialités sont en tension : anesthésistes, radiologues, gériatres, chirurgiens... Le coût de la vie en région parisienne amène de plus en plus de jeunes à partir en région, la carrière hospitalo-universitaire n'est plus aussi attirante.

Le plan d'attractivité ministériel d'octobre 2016 n'a pas été à la hauteur des enjeux. Une véritable réflexion de fond sur l'évolution des carrières doit avoir lieu rapidement si la volonté politique est réelle et ambitieuse.

Quel CHU pour demain ?

Le 30 décembre prochain, nous fêterons les 60 ans de la réforme Debré. Le CHU, avec sa triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, reste un modèle pertinent. Il faut en conserver les fondamentaux. Mais il faut en faire évoluer les modalités pour s'adapter aux changements considérables intervenus depuis.

Les conférences hospitalo-universitaires ont reçu mission du Gouvernement pour y réfléchir. Je compte bien participer à ces débats.

Je défendrai 3 orientations principales :

- 1) L'affirmation et le financement de la mission de recherche et d'enseignement du CHU.**

2) La refonte des parcours professionnels médicaux dans les CHU

Pour attirer et fidéliser les jeunes et les meilleurs praticiens, il convient d'améliorer les débuts de carrière, d'apprécier la triple mission hospitalo-universitaire au niveau des équipes, et d'ouvrir aux praticiens hospitaliers des possibilités de contractualisation universitaire et de recherche.

3) La graduation des établissements de santé dans le cadre des GHT, des soins de proximité au recours, en maintenant des liens forts avec les praticiens de ville. Cette graduation ne suffira pas si la ville ne participe pas étroitement à ces filières.

En conclusion

Je voudrais remercier tous les membres de la CME pour la qualité du dialogue et du travail effectué, dans le respect de tous au sein de cette commission.

Arrivé à mi-mandat, je suis convaincu que le dialogue reste la meilleure façon de faire valoir la parole médicale. Il est aussi essentiel à l'intérieur des équipes soignantes. Elles sont souvent confrontées à des situations éprouvantes. Elles ont besoin de solidarité, de compréhension mutuelle et d'empathie.

Il faut reconnaître ici l'engagement et les mérites de toute la communauté de l'AP-HP que vous représentez ici ce soir et que je remercie chaleureusement.

À toutes et à tous, bonne et heureuse année 2018 !