COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE

DU MARDI 10 JUILLET 2018

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE 2018

SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME 7

II. Bascule ambulatoire et enjeu capacitaire 13

III. Avis sur le bilan social 2017 de l'AP-HP 17

IV. Protocoles de coopération entre professionnels de santé 18

V. Projet de recherche des usagers sur l'expérience de la sécurité des soins des personnes hospitalisées et de leurs proches 19

VI. Projet de regroupement de la transplantation pulmonaire adulte de l'AP-HP à Bichat et création d'un centre de transplantation pulmonaire pédiatrique à Necker 19

VII. Avis sur des créations de fédérations intergroupes hospitaliers 21

VIII. Questions diverses 22

IX. Approbation du compte rendu de la CME du 12 juin 2018 23

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (Pr Noël GARABÉDIAN)
2. Bascule ambulatoire et enjeu capacitaire (Mme Christine WELTY)
3. Avis sur le bilan social 2017 de l'AP-HP (M. Gérard COTELLON, Mme Gwenn PICHON-NAUDÉ)
4. Protocoles de coopération entre professionnels de santé (Mme Françoise ZANTMAN)
5. Projet de recherche des usagers sur l'expérience de la sécurité des soins des personnes hospitalisées et de leurs proches (Mmes Olivia GROSS et Marie CITRINI, Pr Christian RICHARD)
6. Projet de regroupement de la transplantation pulmonaire adulte de l'AP-HP à Bichat et création d'un centre de transplantation pulmonaire pédiatrique à Necker (P^{rs} Françoise BARTHES, Pierre-Régis BURGEL et Christophe DELACOURT, Dr Pierre MORDANT)
7. Avis sur des créations de fédérations inter-groupes hospitaliers (Pr Paul LEGMANN)
   - Création d'une fédération de gynécologie et sénologie entre les hôpitaux universitaires Paris-Sud (HUPS) et Paris-Ouest (HUPO)
   - Création d'une fédération d'anesthésie-réanimation entre les hôpitaux universitaires Necker et Robert-Debré
8. Questions diverses
9. Approbation du compte rendu de la CME du 12 juin 2018

SÉANCES RESTREINTES

Composition B

- Avis sur des candidatures aux emplois de MCU-PH des disciplines médicales au titre de l'année 2018
- Avis sur des candidatures aux emplois de MCU-PH des disciplines pharmaceutiques au titre de l'année 2018
- Avis sur des candidatures aux emplois de MCU-PH des disciplines odontologiques au titre de l'année 2018
- Avis sur la titularisation des MCU-PH des disciplines médicales nommés stagiaires le 1er septembre 2017
- Avis sur la titularisation des MCU-PH des disciplines pharmaceutiques nommés stagiaires le 1er septembre 2017
- Avis sur la titularisation des MCU-PH des disciplines odontologiques nommés stagiaires le 1er septembre 2017

Composition A

- Avis sur des candidatures aux emplois de PU-PH des disciplines médicales au titre de l'année 2018
- Avis sur des candidatures aux emplois de PU-PH des disciplines pharmaceutiques au titre de l'année 2018
- Avis sur des candidatures aux emplois de PU-PH des disciplines odontologiques au titre de l'année 2018
- Avis sur une demande de détachement d'un directeur de recherche dans le corps des PU-PH

Assistent à la séance

- ***avec voix délibérative :***

- Mme le Pr Nelly ACHOUR
- M. le Pr René ADAM
- M. le Pr Yves AIGRAIN
- M. le Pr Joël ANKRI
- M. le Pr Jean-Yves ARTIGOU
- M. le Pr Thierry BÉGUÉ
- M. le Pr Sadek BELOUCIF
- M. Guy BENOÎT
- M. le Pr Olivier BENVENISTE
- Mme le Pr Catherine BOILEAU
- Mme le Dr Marie BORNES
- M. le Pr Pierre CARLI
- M. le Pr Philippe CORNU
- M. le Dr Rémy COUDERC
- M. le Pr Bruno CRESTANI
- Mme le Dr Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le Dr Patrick DASSIER
- Mme le Dr Nathalie DE CASTRO
- M. le Dr Michel DRU
- M. le Pr Jacques DURANTEAU
- Mme le Pr Marysette FOLLIGUET
- M. le Pr Noël GARABÉDIAN
- Mme le Dr Anne GERVAIS
- M. le Pr Bernard GRANGER
- M. le Pr Bertrand GUIDET
- M. le Dr Christian GUY-COICHARD
- Mme le Pr Dominique ISRAËL-BIET
- M. le Pr Paul LEGMANN
- M. le Pr Michel LEJOYEUX
- M. le Pr Laurent MANDELBROT
- M. Moïse MICHEL
- M. le Dr Patrick PELLOUX
- Mme le Dr Valérie PÉRUT
- M. le Pr Michel PEUCHMAUR
- Mme le Pr Claire POYART
- M. le Pr Dominique PRIÉ
- M. le Dr Frédéric RILLIARD
- M. le Pr Rémi SALOMON
- M. le Dr Thomas SCHOUMAN
- M. le Pr Jean-Marc TRÉLUYER
- M. le Dr Christophe TRIVALLE
- M. le Dr Noël ZAHR
- M. le Pr Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***

  - M. Martin HIRSCH, directeur général
  - M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
  - Mme Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

- ***en qualité d'invités permanents :***

  - Mme le Dr Lynda BENSEFA-COLAS, médecin coordonnateur du service central de santé au travail de l'AP-HP
  - Mme Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
  - Mme Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

  - M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
  - M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
  - Mme Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
  - M$^{.}$ Jérôme MARCHAND-ARVIER, secrétaire générale
  - Mme Suzanne VON COESTER, directrice des affaires juridiques
  - Mme Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
  - Mme Hélène OPPETIT (DOMU)

- ***représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) :***

  - M. le Dr Pierre FOUCAUD

- ***Membres excusés :***

  - Mmes et M. les D^{rs} et P^{rs} Arnaud PHILIPPE, Jean-Louis BEAUDEUX, Catherine BERNARD, Francis BONNET, Françoise BOTTEREL-CHARTIER, Clara BOUCHÉ, Anne-Reine BUISINE, Jean-Claude CAREL, Nathalie CHARNAUX, Stanislas CHAUSSADE, Yves COHEN, Nicolas DANTCHEV, Alain FAYE, Pascale GAUSSEM, Laurent GILARDIN, Bertrand GODEAU, François GOFFINET, Philippe GRENIER, Sophie GUILLAUME, Olivier HÉLÉNON, Olivier HENRY, Vincent JARLIER, Louis MAMAN, Véronique MOLINA, Lucile MUSSET, Jean-Marc NACCACHE, Isabelle NÈGRE, Rémy NIZARD, Antoine PELHUCHE, Élisabeth PORSMOGUER, Caroline RAQUIN, Christian RICHARD, Isabelle RIOM, Bruno RIOU, Philippe RUSZNIEWSKI, Namik TARIGHT, Nicolas THIOUNN, Denis TIXIER.
  - MM. Alexandre ALLERA, Arthur DAUPHIN, Yann FLÉCHER, Jean-Vincent LAQUA.

La séance est ouverte à 16 heures 30, sous la présidence du Pr Noël GARABÉDIAN.

I. Informations du président de la CME

Mouvements à la CME

- Le Dr Thomas SCHOUMAN, chirurgien maxillo-facial à la Pitié-Salpêtrière est nommé MCU-PH à partir du 1er septembre et assiste donc à sa dernière CME ; il sera remplacé par son suppléant, le Dr Emmanuel BARREAU, ophtalmologiste à Bicêtre.
- Le Pr Bertrand GODEAU, interniste, a été élu président de la CMEL des hôpitaux universitaires Henri-Mondor le 28 juin en remplacement du Pr Ariane MALLAT. Il n'a pas pu se libérer aujourd'hui mais sera présent à la prochaine réunion de la CME.

Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu

L'Administration a préparé un diaporama pour informer les personnels de l'AP-HP. Il est consultable sur le site de la CME.

Nominations dans les commissions locales d'activité libérale

Le mandat des membres des commissions locales d'activité libérale (CLAL) des GH est arrivé à échéance. Ils doivent être renouvelés. La CME doit désigner dans chacune des 12 CLAL un praticien exerçant une activité libérale en dehors du groupe hospitalier concerné et un praticien statutaire à temps plein n'exerçant pas d'activité libérale.

Les propositions de désignation ont été portées à la connaissance des membres de la CME sur le site de la CME et distribuées sur table.

La CME approuve à l'unanimité la liste des membres proposés.

Directoire du 3 juillet 2018

Le directoire du 3 juillet a pris connaissance de points d'étape sur :

- les projets médicaux partagés de « aphp.5 » (hôpitaux universitaires Paris-Ouest [HUPO], Paris-Centre [HUPC] et Necker) et de « aphp.6 » (hôpitaux universitaires de l'Est parisien [HUEP] et Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix) ;
- la mission sur l'évolution des unités de soins de longue durée (USLD) de l'AP-HP confiée par le directeur général à Mme Cécile BALANDIER appuyée par le Dr Jean-Philippe DAVID, gériatre à Henri-Mondor, et le Pr Zahir AMOURA, interniste à la Pitié-Salpêtrière, en lien avec la collégiale de gériatrie et les gériatres de la CME.

Ces sujets seront présentés et débattus à la CME.

3e plan maladies rares

Le Pr Catherine BOILEAU précise que ce plan maintient les moyens sans les augmenter. Il prévoit en effet un financement de 20 M€ pour la recherche et de 700 M€ pour les soins.

Séminaire « oikéiosis » des 9 et 10 juillet

Le président revient sur la tenue du séminaire *« oikeïosis »* qui vient de s'achever ce matin et auquel assistaient de nombreux membres de la CME. Le relevé des conclusions du séminaire sera diffusé aux membres de la CME à l'issue de la séance. Il trace les grandes lignes de la future « nouvelle AP-HP », mais il reste beaucoup de travail à accomplir et le sujet devra donner lieu à un débat. Le bureau de fin août et la prochaine CME comporteront un point sur le sujet afin d'engager une discussion transparente et recueillir l'avis des membres de la CME. Le président estime que les évolutions envisagées vont dans le bon sens, même s'il faudra bien réfléchir dans le détail à leur traduction opérationnelle. Il juge que les contraintes économiques ne vont pas diminuer et pourraient même s'accentuer. Pour autant, la future évolution de l'AP-HP ne doit pas rester focalisée sur ces contraintes. La question pour la CME est donc de préserver la qualité et la sécurité des soins en proposant des évolutions intelligentes.

Le président estime que la « nouvelle AP-HP » doit en particulier répondre à deux sujets fondamentaux. Il importe, en premier lieu, de rétablir du dialogue dans les services et leur redonner le poids qu'ils avaient auparavant. Une partie du malaise actuel résulte de la multiplication des strates administratives entre les prises de décision et la situation concrète dans les services. Il apparaît fondamental d'améliorer ce cadre. En second lieu, il convient d'améliorer la rapidité de décision, un sujet qui fait l'objet de nombreuses critiques. Aujourd'hui, les décisions remontent aux pôles, au GH, puis au siège. Il convient de diminuer ce temps de latence de la décision. Il faut aussi mieux intégrer le personnel paramédical mais aussi les usagers, dans les prises de décision, sans démagogie, mais en tenant compte des avis des uns et des autres à différents niveaux dans cette évolution de l'AP-HP.

Le président rappelle que les conclusions seront communiquées aux membres de la CME pour leur laisser le temps d'en prendre connaissance et pouvoir en débattre à une prochaine CME.

Les conclusions du séminaire « oikeïosis » sont projetées en séance.

Le président donne lecture des conclusions du séminaire *« oïkeïosis »* en les commentant.

1 – Il est acté le passage à un GH unique « aphp.5 et aphp.6 » avec préfiguration à partir de la rentrée (septembre), fusion complète (instances incluses) au 31 décembre 2019. Il sera négocié, au niveau de l'AP-HP et des nouveaux GH, un protocole de dialogue social permettant d'assurer la bonne représentation du personnel aux niveaux appropriés.

2 – Il est mis en chantier un GH unique « aphp.7 », avec une option forte sur « aphp.7+13 », devant être discuté avec les universités concernées, qui pourra le cas échéant se faire dans le même calendrier, pour 31 décembre 2019. Une réflexion sera conduite pour voir comment les universités Paris 5 et Paris 7, dans la perspective de leur fusion, peuvent soutenir et accompagner des projets hospitalo-universitaires sur Paris 13.

Le président précise que le projet « Avicenne –Jean-Verdier » sera inclus dans la réflexion sur « aphp.7 ». Il estime que les grands groupes doivent viser une amélioration de la démographie médicale et de l'attractivité dans certains territoires défavorisés, qui accueillent de grands bassins de population. Il convient aussi de développer des parcours hospitalo-universitaires qui puissent attirer les jeunes et organiser de véritables filières.

3 – L'AP-HP ne souhaite pas que les 3 GH (HUPIFO, HUPS, HUHM) restent isolés, dans cette nouvelle organisation et souhaite s'impliquer dans la structuration hospitalière autour de Paris-Saclay et favoriser les discussions, incluant les universités, permettant de trouver le scénario le plus cohérent les concernant, si possible avant la fin de l'année 2018.

Le président rappelle que le plateau de Saclay va accueillir un hôpital tout neuf de 500 lits. Là encore, l'AP-HP doit raisonner sur le périmètre du Grand Paris et non se limiter à Paris *intra-muros*. Une réflexion devra donc être lancée dans ces 3 GH. Différentes hypothèses ont été émises. Il revient aux personnes concernées de préciser leurs souhaits pour essayer d'aller de l'avant.

4 – Dans le cadre de la constitution de ces nouveaux ensembles et pour tenir compte de la dynamique du Grand Paris, l'AP-HP et ses groupes hospitaliers noueront des relations approfondies avec les GHT permettant des configurations ou des modes d'association nouveaux.

Le président souligne que l'AP-HP doit s'ouvrir et essayer de coordonner des réseaux intelligents pour le bénéfice des patients, sans attendre les conclusions de l'agence régionale de santé (ARS).

5 – Il est mis en place une nouvelle organisation des structures médicales, reposant sur :

- *les services, comme le niveau du travail d'équipe, de proximité avec le patient et d'organisation de la clinique ;*
- *les départements médico-universitaires (DMU, appellation à consolider) réunissant plusieurs services unis par une logique de soins (filières) et une logique de recherche et se substituant aux pôles actuels.*

Le président précise que ce projet vise à redonner la base de discussion aux services, au niveau de l'équipe. Les départements médico-universitaires (DMU) pourront rassembler des thématiques d'activité clinique, par exemple la chirurgie cardiaque et la cardiologie. Certains pôles sont déjà constitués ainsi. Ceux qui ne le sont pas seront incités à le faire. Cette démarche permettra de réduire le nombre de pôles, aujourd'hui de 114, pour constituer des départements qui ne seront plus centrés sur des problématiques de gestion, mais sur des thématiques adaptées. Bien évidemment, compte tenu de l'hétérogénéité des situations, il restera des particularités. Il n'existe pas de modèle unique. Il reviendra aux groupes hospitaliers (GH) de réfléchir à leur propre organisation. Une subsidiarité doit se mettre en place avec une délégation de gestion assurant une plus grande rapidité de décision. Cette organisation reste à préciser d'ici la fin de l'année.

6 – Les DMU comportent plusieurs caractéristiques communes :

- *ils ont une gouvernance hospitalo-universitaire collégiale, autour d'un responsable ;*
- *ce responsable est nommé selon une procédure associant la gouvernance de l'AP-HP, la gouvernance du GH et la gouvernance de – ou des – université(s) concernée(s) ;*
- *le « jury » peut associer des personnalités extérieures, éventuellement étrangères ;*
- *la nomination se fait sur la base d'un projet incluant les trois dimensions (soins, recherche, enseignement) ainsi qu'une qualité managériale ;*
- *la gouvernance du DMU associe une valence paramédicale, qui vise notamment à impliquer les personnels paramédicaux dans la recherche, les pratiques avancées ;*

- *il peut être expérimenté une association de représentants de patients à la gouvernance ou au fonctionnement du DMU ou la désignation d'un « représentant référent patient » pour chaque DMU ;*
- *chaque DMU se voit désigner, dans l'équipe de direction du GH, un directeur comme référent, associé à la gouvernance du DMU ;*
- *la gouvernance du DMU se voit déléguer des compétences de gestion, dans le cadre d'un contrat ;*
- *un DMU inclut dans son périmètre l'association avec les unités de recherche avec lesquelles il collabore ;*
- *les responsables de DMU ne peuvent cumuler cette responsabilité avec celle de chef de service (sauf exception temporaire ou liée à un contexte particulier le justifiant). Les autres situations de cumul feront l'objet de précisions ultérieures ;*
- *la gouvernance du DMU, constituée autour d'un conseil de DMU, sera précisée ultérieurement ; elle veille à associer et créer des espaces d'échanges avec les services et avec les personnels et leurs représentants*.

Le président insiste sur les nécessaires qualités managériales des responsables de département médico-universitaire et l'interdiction de cumuler cette responsabilité avec celle de chef de service, ceci afin d'éviter autant que possible les conflits d'intérêts. La gouvernance mise en place au niveau du DMU doit permettre de nouer un dialogue à taille humaine, plus rapide, dans des pôles d'activité communs, animés des mêmes objectifs.

7 – Les DMU sont organisés selon des principes auxquels il peut être dérogé pour des raisons légitimes, qui doivent être communiquées au directoire de l'AP-HP. Ces principes sont les suivants :

- *leur taille doit être telle que le nombre total de DMU par nouveau GH ne devrait pas excéder 20 ;*
- *leur périmètre doit être défini de telle sorte qu'il n'y ait pas dans deux DMU différents deux services de la même discipline, les disciplines pédiatriques pouvant justifier une exception, de même que la recherche d'une cohérence particulière au sein d'un site.*

Le président indique que le nombre de départements médico-universitaires ne devrait pas dépasser un total de 80 sur les quatre grands groupes.

8 – Les services doivent favoriser le travail en équipe et la proximité :

- *les chefs de service sont nommés par la gouvernance locale ;*
- *la gouvernance locale peut, en cas de difficulté, faire remonter au niveau de la gouvernance de l'AP-HP, la nomination du chef de service ;*
- *la procédure de nomination inclut un avis formalisé de l'équipe, au vu du projet ;*
- *les aptitudes au management sont un critère déterminant de la nomination ;*
- *la possibilité de nommer des PH comme chef de service, dans l'environnement hospitalo-universitaire qu'est le DMU, est légitime ;*
- *la notion d'équipe « médicale et soignante » associant donc les paramédicaux est un élément important du projet.*

9 – Le site contribue à la proximité :

- *les fonctions « ressources humaines », qualité, soins, travaux, logistique et représentants des usagers doivent être organisées pour assurer l'existence d'interlocuteurs de proximité capables d'apporter des réponses rapides aux équipes et aux patients ;*
- *l'animation de la communauté médicale et paramédicale au niveau de chaque site doit être assurée, d'une manière participative.*

Le président observe qu'il peut exister des problématiques différentes d'un site à l'autre, surtout dans un grand groupe associant six ou sept sites hospitaliers. Outre les problématiques de pôle d'activité, se posent aussi des problématiques liées au site hospitalier lui-même et à la manière dont il fonctionne.

10 – Dans cette nouvelle organisation, la composition, le mode d'élection et les attributions des CMEL comme de la CME feront l'objet d'évolutions, qui seront déterminées d'ici la fin de l'année, permettant de combiner la volonté de déconcentration et la cohérence de l'unité de l'AP-HP.

Le président estime que le modèle du directeur général qui délègue aux directeurs des groupes hospitaliers pourrait être reproduit pour les relations du président de CME vis-à-vis des présidents de CME locale, pour assurer un parallélisme des fonctions.

11 – Sans attendre le déménagement en 2021, la nouvelle organisation du siège et sa gouvernance traduiront la volonté de déconcentration, le portage du projet « nouvelle AP-HP » et la réussite du plan de transformation.

Le président estime que ce chantier ne va pas tout résoudre. Il est néanmoins centré sur deux items récurrents : dans un contexte de contraintes économiques, il importe d'assurer une rapidité de décision par la diminution des lieux de décision et de se rapprocher de l'équipe et du service. Dans cette organisation, les conseils de service seront obligatoires.

Le directeur général indique qu'au carrefour de plusieurs évolutions sur lesquelles l'AP-HP travaille, que ce soit la construction de nouveaux périmètres de groupes hospitaliers, la « nouvelle AP-HP » avec plus de décentralisation ou d'autres sujets structurels, ce séminaire a pris les organisations médicales pour point de départ au lieu de les considérer comme la résultante. Cette démarche, en rupture avec les travaux menés jusqu'à présent, permet aussi d'aborder les sujets de ressources humaines médicales, de management et d'organisation, avec toujours la logique médicale en fil conducteur. Ce processus n'est pas révolutionnaire, mais différent. Il vise à développer une vision médicale plutôt qu'administrative du pôle. Il restera bien évidemment des problématiques à résoudre et des contraintes à conjuguer, mais les 75 participants à ce séminaire portaient les mêmes convictions et la même volonté d'avancer. C'est sur ce canevas, qui comporte un certain nombre d'innovations, que l'AP-HP va continuer de construire sa nouvelle organisation et le débat de septembre de la CME permettra de préciser différents points.

Le président observe que tout n'est pas fixé et qu'il reste un grand nombre de points à travailler, notamment sur le rôle de la nouvelle CME centrale et des CME locales, leur composition et sur les éléments qui pourront redonner un peu de liberté de décision au niveau local, tout ceci dans un contexte de contraintes économiques. Il s'agit de revaloriser l'équipe et l'unité dans laquelle travaillent les personnels tous les jours pour instaurer plus de proximité.

Le président, plutôt réservé à l'origine sur la création de grands groupes, estime aujourd'hui que les hôpitaux n'ont plus les moyens de se faire concurrence ; ils doivent concentrer les moyens budgétaires et les moyens humains. Certaines disciplines connaissent des difficultés importantes du point de vue de la démographie médicale. Le secteur privé a déjà entrepris ce mouvement, de même que les établissements de santé privé d'intérêt collectif (ÉSPIC). L'AP-HP doit d'évoluer, d'autant que son fonctionnement actuel n'est pas optimal. Chacun doit aussi jouer son rôle dans le cadre des discussions, mais en essayant d'avancer.

Le Pr Dominique PRIÉ demande des précisions sur la façon dont s'organise la biologie dans ce système des DMU.

Le président remarque qu'il peut parfois apparaître pertinent de rassembler la biologie dans un environnement spécifique. Néanmoins, il est bon aussi parfois que la biologie s'allie avec des activités cliniques, ce qui n'empêche pas les habilitations et accréditations. Un département médico-universitaire peut regrouper par exemple le service tête et cou, la neurochirurgie, l'orthopédie, la chirurgie maxillo-faciale et la plastie. Or il serait intéressant d'y inclure aussi la génétique. Il ne faut pas instaurer de barrière. Les équipes doivent se montrer novatrices dans leur façon de s'organiser. La CME devra, avant la fin de son mandat, dans un an, apprécier la constitution de ces départements et discuter de la façon dont ils s'organiseront. Cette démarche a déjà été menée à maintes reprises, mais elle a fait l'objet de critiques, car elle pouvait mélanger des activités qui présentaient peu de liens, entraînant la désertification de certains pôles. Il convient donc de la conduire intelligemment.

Le Pr Dominique PRIÉ conclut qu'un même service ne pourra pas figurer dans plusieurs DMU. Par ailleurs, que ce qui peut apparaître simple pour un service clinique devient un peu plus flou dans le domaine de la biologie.

Le président indique qu'il n'existe pas de réponse unique, d'autant que la situation est hétérogène entre les sites hospitaliers et les GH. Il reviendra à chacun de réfléchir à son organisation locale dans les prochains mois. Cette démarche devra néanmoins être menée rapidement, car la communauté médicale attend cette évolution.

Le Pr Bernard GRANGER confirme que ce plan répond à des attentes de la communauté médicale exprimées de longue date. Il salue en particulier l'accent mis sur les services, la déconcentration avec un principe de subsidiarité et les départements fondés sur une logique médicale. Néanmoins, la limitation de 20 départements par GH pourrait faire naître le risque d'une association d'activités qui ne sont pas nécessairement cohérentes entre elles. Il conviendrait donc de laisser les GH libres de leur organisation. La désignation du responsable de département pourrait également suivre la même logique de collégialité que le fonctionnement même de ce département.

Le président explique qu'il avait fait part de ses réserves sur la fixation d'une limite. Toutefois, si aucun seuil n'est fixé, il pourrait exister une grande disparité entre les GH. Il ne faudrait pas retomber dans le schéma critiqué de certains pôles dans lesquels l'activité n'a pas été prise en compte. L'AP-HP ne doit pas accepter des départements regroupant des activités sans aucune cohérence. Le parcours du patient doit primer dans la mise en place des DMU. Certains évoquaient l'idée de créer des filières (accidents vasculaires cérébraux [AVC], embolie pulmonaire, etc.). Le président estime cependant qu'un tel schéma se révélerait trop réducteur. Il apparaît préférable de retenir la notion de pôle d'activités cliniques afin d'assurer une cohérence. L'ORL, par exemple, devra choisir entre chirurgie cardio-thoracique et neurochirurgie lorsqu'il s'agira de

rejoindre un département, ce qui ne l'empêchera pas pour autant de continuer de travailler avec l'une ou l'autre de ces spécialités.

S'agissant des modalités de désignation, **le président** rappelle qu'une certaine collégialité est déjà demandée pour les chefferies de service. La décision sera *in fine* prise par le président de CME et le directeur général.

Le Pr Michel PEUCHMAUR demande ce qu'il adviendra du supra-GH, en particulier pour certaines disciplines et notamment la pathologie pédiatrique.

Le président répond que l'organisation des activités supra-GH comme la pédiatrie, la chirurgie cardiaque, les greffes, etc. seront discutées au niveau central.

Le Pr Rémi SALOMON observe qu'il peut exister aussi, au sein des DMU, des partenariats forts avec les médecins et les personnels paramédicaux de ville.

Le Pr Philippe CORNU rappelle que son pôle insiste depuis le début sur la nécessité absolue d'une cohérence médicale, avec des équipes multidisciplinaires autour de pathologies communes pour centrer l'action du pôle sur la thématique médicale, ainsi qu'un partenariat étroit avec les équipes paramédicales. Associé à des structures de recherche, il s'efforce aussi de promouvoir le développement de parcours soignants un peu spécialisés. La délégation de gestion apparaît également primordiale pour pouvoir mettre en place un fonctionnement qui cimente le pôle.

Le président confirme que l'expérience de ce pôle se révèle tout à fait intéressante.

Le Dr Michel DRU demande si l'affectation des praticiens relève du niveau central ou des GH.

Le président répond que l'affectation dépendra sans doute des grands groupes, mais ce point devra être rediscuté.

Le Dr Michel DRU craint que ne se développe une concurrence entre les différents GH, avec des mesures d'attractivité propres à chaque GH, à l'origine d'une véritable « *dumping* social », particulièrement dans les spécialités en pénurie comme l'anesthésie-réanimation.

Le président observe qu'avec une gouvernance resserrée sur quatre grands groupes et un nombre réduit d'interlocuteurs, les recrutements pourraient devenir plus homogènes. Le niveau central conserve selon lui un rôle fondamental, justement pour éviter les phénomènes de concurrence au sein de l'institution.

II. Bascule ambulatoire et enjeu capacitaire

Mme Christine WELTY rappelle que, dans le plan de transformation proposé, le potentiel de réduction capacitaire reposait sur trois niveaux :

- les services à activité perfectible ;
- les opérations majeures d'évolution des structures et des organisations pouvant donner lieu à une évolution capacitaire ;
- la bascule ambulatoire en médecine et en chirurgie.

La méthodologie employée initialement reposait, après discussion en directoire sur :

- un taux d'occupation maintenu à 85 % en chirurgie et 90 % en médecine ;
- un indice de performance de la durée moyenne des séjours (IP-DMS) conservé seulement pour améliorer l'utilisation des lits dans les services, au moment du développement de mesures nouvelles, par exemple.

Pour la pédiatrie, la méthodologie est en cours de validation pour une approche plus saisonnalisée permettant de prendre en compte les pics d'activité afin d'avoir du potentiel de réouverture de lits lors des épidémies hivernales, d'une part, et d'autre part, avec des indicateurs communs aux adultes. La méthodologie a fait l'objet de discussions avec les tutelles qui souhaitaient que l'AP-HP soit comparée aux meilleurs CHU de France. L'AP-HP a pu maintenir sa position, son taux étant d'ores et déjà supérieur à la moyenne des autres CHU nationaux.

Ce premier travail d'extraction des données fera l'objet d'un échange avec les sites à la rentrée.

Les données 2017 de l'AP-HP ont été comparées à quatre référentiels :

- 3 meilleurs taux nationaux (tous statuts d'établissements confondus) ;
- 10 meilleurs taux nationaux ;
- 3 meilleurs taux des CHU ;
- le taux moyen national.

Le potentiel de bascule ambulatoire a été évalué sur l'ensemble des séjours « froids » (hors passages aux urgences et soins critiques). L'estimation montre que l'AP-HP se situe à 50 ou 40 lits par rapport à la moyenne nationale, en intégrant un taux d'occupation à 90 %.

La cible la plus pertinente s'avère celle des trois meilleurs CHU, avec un potentiel théorique de 110 lits (séjours froids exclusivement).

Les disciplines principalement concernées sont l'urologie, la néphrologie, la gynécologie-sein, l'orthopédie traumatologique, le digestif et l'ORL traumatologique.

Pour l'ambulatoire médical, la comparaison est très en faveur de l'AP-HP qui dépasse très largement la moyenne nationale et la cible ministérielle. En basculant les séjours d'une à trois nuits en ambulatoire, l'AP-HP disposerait d'un potentiel théorique de 400 lits. Mais cette démarche suppose deux préalables : une justification médicale à cette bascule et surtout la nécessité de réaliser des travaux complémentaires pour justifier l'augmentation de la tarification des groupes homogènes de séjours (GHS) qui actuellement entraînent une perte importante de recettes. L'objectif est donc de convaincre le ministère d'avoir une tarification qui ne pénalise pas les efforts de bascule ambulatoire.

La réussite de la réduction capacitaire exige une coordination et la fluidité des parcours avec de bonnes filières de soins de suite et de rééducation (SSR), la capacité de l'hospitalisation à domicile (HàD) à soutenir les retours à domicile, des réorganisations intra-GH, la télémédecine, les programmes d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) et la capacité à établir des projets médicaux partagés avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT). L'AP-HP a déjà engagé des bascules ambulatoires dans le cadre de « ap-hp.7 » (nouveau Lariboisière et campus hospitalo-universitaire Grand Paris-Nord) et du projet Garches. Des travaux seront également

lancés dans le cadre de « ap-hp.5 » et « ap-hp.6 ». Il convient également de saisir l'opportunité de tous les nouveaux projets médicaux pour repenser systématiquement le capacitaire. Il convient néanmoins de garantir un capacitaire cohérent avec les engagements en matière de développement d'activité, préserver les capacités de réaction aux pics épidémiques adultes comme pédiatrique et défendre une adaptation de la politique tarifaire.

Le président exprime son accord concernant la nécessité de revaloriser l'ambulatoire. Il estime toutefois pervers le prisme de la tarification à l'activité (T2A) qui incite à raisonner en termes financiers au lieu de réfléchir à la qualité et la sécurité des soins apportés aux patients. La chirurgie ambulatoire présente des bienfaits pour les patients, avec la réhabilitation après chirurgie, qui permettent que les infections nosocomiales liées à des hospitalisations trop longues et injustifiées soient évitées. De vrais progrès ont été accomplis en la matière et, dans certains pays, la chirurgie ambulatoire représente même 70 % des actes de chirurgie. La France doit prendre cette orientation. Pour les enfants, une amygdalectomie très simple peut être réalisée en ambulatoire, sauf lorsqu'il existe une comorbidité. Il faudrait donc aussi pouvoir coter les comorbidités associées en hospitalisation de jour.

Le président souligne qu'il faut toutefois être prudent sur les réductions capacitaires, par exemple pour l'hôpital Nord 2 (HN2) où il est prévu de diminuer le nombre de lits d'un tiers, dans un contexte marqué par la précarité. On ne peut donc pas raisonner uniquement sur la capacité en lits de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Il faut considérer toute la chaîne de prise en charge et prendre garde de conserver un nombre suffisant de lits d'aval.

Le Pr Bertrand GUIDET remarque que le taux d'occupation varie au cours de l'année également chez les adultes. Il convient de se montrer imaginatif sur l'ouverture et la fermeture de lits, avec un système un peu « accordéon » pour pouvoir faire face à des variations d'activité, dans un sens comme dans l'autre. Une anticipation des plannings à 6 mois pourrait être un début de réponse.

Mme Christine WELTY rappelle que depuis trois ans la DOMU communique, dans ce but, à tous les groupes hospitaliers les taux d'occupation par spécialité en début d'épidémie.

Le Pr René ADAM observe qu'il faudrait associer la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) à l'ambulatoire, car il implique aussi des réductions capacitaires importantes. Il souhaite que cette démarche (ambulatoire, RAAC) s'applique en concertation avec les équipes médicales sur le double aspect du développement des programmes et des réductions capacitaires qui en découlent.

Mme Christine WELTY confirme que c'est la logique médicale qui doit induire cette démarche.

Le Dr Nathalie DE CASTRO souligne que l'ambulatoire de qualité exige des moyens humains, surtout s'il faut adapter le personnel en fonction de l'activité. Or elle note que la réduction de lits entraîne souvent la réduction du nombre de personnels. Enfin, le potentiel de réduction capacitaire est probablement moins important compte-tenu de la population prise en charge dans nos hôpitaux comme les patients précaires.

Le Pr Thierry BÉGUÉ s'enquiert du pourcentage de réduction pour les disciplines ciblées, principalement chirurgicales.

Mme Christine WELTY précise qu'il est également prévu une bascule importante en médecine.

Le président confirme qu'un ambulatoire de qualité exige du personnel. Il faut assurer l'accueil, le suivi, etc. Il ne faut donc pas confondre ambulatoire et économies de personnel. Cette démarche peut engendrer des macro-économies ; en revanche, elle ne doit pas conduire à des micro-économies sur les personnels.

Le Dr Sophie Crozier se dit extrêmement inquiète de la réduction capacitaire alors que les GH constatent chaque jour qu'ils manquent de lits, y compris en dehors des moments de crise. En outre, cette démarche apparaît contradictoire avec le projet *« oïkeïosis »*. Elle se demande si le service public a pour mission d'augmenter son activité ou de prendre en charge les patients les plus complexes et les plus vulnérables. Les patients continuent de décéder aux urgences faute de lits dans les services. Elle fait également part d'un message d'un collègue urgentiste d'Avicenne qui signale que les patients qui se présenteront pour un problème orthopédique urgent seront envoyés chez eux et convoqués en ambulatoire, ou ne seront pas pris en charge s'ils ne disposent pas d'une couverture sociale.

Le Pr Sadek Beloucif souligne que cette démarche soulève une question éthique évidente.

Le Dr Patrick Pelloux observe que les services d'urgences reçoivent aujourd'hui les patients des cliniques privées et de l'institut Gustave-Roussy qui ont déjà pris ce virage ambulatoire. L'AP-HP ne doit pas oublier le parcours de soins. Si cette modernisation apparaît souhaitable pour l'intérêt du patient, elle ne doit pas conduire les services des urgences à prendre en charge les problèmes post-ambulatoires.

Le directeur général signale qu'il a demandé à l'entrepôt de données de santé de comparer les réhospitalisations, procédure par procédure, après une chirurgie ambulatoire ou une chirurgie conventionnelle, passages aux urgences compris. Les premiers éléments ne semblent pas faire apparaître de différences notables, mais l'exercice se poursuit.

Le Dr Anne Gervais rappelle qu'en 2014, le directeur du CHU de Nantes avait signalé les risques d'une trop forte diminution des lits (35 %) notamment pour la médecine. La réduction de 554 lits sur HN1 et HN2 suppose des personnels soignants de ville en nombre pour assurer les prises en charge extra-hospitalières, ce qui n'est pas le cas. L'ARS et les tutelles donnent des injonctions contradictoires qui mettent en difficulté les équipes de l'AP-HP.

Le président constate que les différentes interventions témoignent des inquiétudes que suscite cette bascule ambulatoire, mais considère que le sujet n'est pas appréhendé comme il le devrait. L'amygdalectomie est réalisée en ambulatoire dans 80 % des cas pour des raisons médicales. Faute de pouvoir donner de la codéine, les médecins ont dû trouver une nouvelle technique chirurgicale. Cette technique a été mise au point par trois pays : la Suède, la France et les États-Unis. Lorsqu'ils ont enseigné cette nouvelle technique, les médecins ont été fortement critiqués par les praticiens adeptes de l'ancienne méthode qui occasionnait pourtant plus d'hémorragies que la nouvelle. Cette évolution positive repose avant tout sur une indication médicale. Il faut développer l'ambulatoire, notamment pour lutter contre les hospitalisations abusives. Toutefois, il existe aussi des abus dans l'ambulatoire, car certains actes réalisés en ambulatoire pourraient être effectués en consultation. Il convient d'ouvrir ce chantier sans se montrer dogmatique dans un sens ou dans un autre. L'évolution ambulatoire peut offrir des avancées positives sur le plan médical, mais il faut se garder de raisonner uniquement en termes financiers. C'est le projet médical qui doit primer.

III. Avis sur le bilan social 2017 de l'AP-HP

Personnels non médicaux

M. Gérard Cotellon précise que l'effectif du personnel non médical (en équivalents temps plein rémunérés [ÉTPR]) baisse de 0,52 % entre 2016 et 2017, à corréler avec l'augmentation de 15 % des stagiaires et de 23 % des contrats à durée indéterminée (CDI), résultat de la politique de déprécarisation. Le personnel soignant est majoritairement féminin et relativement jeune, l'essentiel se concentrant entre 25 et 45 ans. L'âge médian s'établit à 43 ans. L'absentéisme pour raisons non médicales s'élève à plus de 80 jours. Le taux d'absentéisme global atteint 7 % sur l'AP-HP et se situe dans la moyenne des CHU. Le taux d'absence après comité médical a tendance à diminuer et cette tendance se confirme en 2018. Pour la maladie ordinaire, le taux d'absentéisme reste relativement bas (5,6 %) par rapport aux autres CHU. Le travail mené avec la direction du pilotage et de la transformation pour comprendre les déterminants de l'absentéisme fait apparaître que les personnels qui résident à moins de 30 minutes de leur établissement sont les plus absents.

Personnels médicaux

Mme Hélène Oppetit indique que les effectifs restent stables pour les internes, mais augmentent très fortement pour les étudiants. Les effectifs seniors augmentent de 0,4 % entre 2016 et 2017, avec des disparités selon les statuts : légère diminution des PU-PH, stabilité des hospitalo-universitaires (HU) et praticiens hospitaliers (PH), mais très forte progression des praticiens contractuels et assistants. Les praticiens attachés travaillent en moyenne 4 demi-journées par semaine. L'âge moyen se rajeunit très légèrement autour de 47 ans.

M. Guy Benoît remarque pourtant que la tranche des 40-54 ans a diminué de 176 personnes alors que celle des 55-65 et plus a progressé de 210 personnes.

Mme Hélène Oppetit précise que la part des plus jeunes a sans doute augmenté aussi. La féminisation du corps médical se poursuit. 20 % des chefs de pôle sont des femmes. Elles sont 28 % parmi les chefs de service et 25 % parmi les responsables. Les dépenses de personnel évoluent de manière significative, compte tenu de la mise en œuvre, en 2017, des mesures gouvernementales en faveur de l'attractivité. Enfin, le nombre de jours stockés dans les comptes épargne temps (CET) augmente, de même que les paiements correspondants.

Le Pr Bruno Crestani signale qu'après discussion en comité exécutif local, il a été décidé en CME locale (CMEL) de limiter le nombre de jours de CET payés à 8 ou 14 jours, selon que le praticien travaillait dans un service avec ou sans garde. Cette procédure était d'application immédiate et de façon rétroactive au titre de l'année 2017. Les praticiens hospitaliers protestent, considérant que cette décision aurait dû intervenir plus tôt et ne pas jouer de façon rétroactive. Ils soulignent en outre que la discussion menée en CMEL manquait de représentativité. En tant que président de la CMEL, il avoue avoir manqué de discernement, puisqu'il n'avait pas pris conscience de toutes les conséquences de cette décision. Il estime donc que les PH ont raison d'affirmer que la règle ne peut être changée de façon rétroactive. Une discussion doit avoir lieu la semaine suivante avec cinq représentants des PH, dans le cadre d'une nouvelle négociation.

Le Pr Paul LEGMANN s'étonne que la masse salariale augmente malgré des épisodes d'efficience renforcée. Il souhaite par ailleurs savoir si la procédure pour les plages additionnelles a changé pour 2018.

Mme Hélène OPPETIT indique que la masse salariale du personnel médical augmente du fait des mesures salariales et catégorielles importantes prises en 2017. En outre, depuis la réforme en 2017, tout est payé en temps additionnel, ce qui alourdit encore la facture.

IV. Protocoles de coopération entre professionnels de santé

Mme Françoise ZANTMAN indique que 26 équipes sont engagées dans ces protocoles de coopération dans l'ensemble des groupes hospitaliers sur 14 thématiques, dont 13 coopérations portent sur des actes ou délégations d'actes et 13 sur des activités cliniques. Un objectif a été fixé de porter à 1 000 le nombre de professionnels paramédicaux engagés d'ici fin 2019.

Six actions ont été mises en œuvre à cette fin :

- renforcement de la gouvernance institutionnelle ;
- élaboration d'une cartographie cible ;
- politique de ressources humaines volontariste de soutien ;
- renforcement de l'appui méthodologique aux GH ;
- précision du modèle économique ;
- communication institutionnelle.

Aujourd'hui, 85 médecins délégants et 50 délégués sont notifiés à l'ARS. Plus de 230 délégants et 430 délégués pourraient être engagés dans ces protocoles à terme. Dix thématiques ont été repérées comme pouvant concerner le plus grand nombre de professionnels et cinq projets de protocoles peuvent être mis en place sur des thématiques transversales.

Des rencontres sont prévues entre la DOMU, les présidents de CMEL et les collégiales pour obtenir leur avis. La cartographie sera présentée dans l'ensemble des GH et les tutelles seront sollicitées pour obtenir une valorisation financière des professionnels paramédicaux engagés dans ces démarches.

Le Dr Nathalie DE CASTRO souligne que ces coopérations restent difficiles à mettre en pratique, car les personnels n'ont pas le temps de se former. Elle regrette également que des filières prioritaires soient identifiées, alors que ces protocoles devraient se développer dans toutes les spécialités.

Le président approuve cette remarque. Certains praticiens d'autres spécialités se sont déjà engagés dans des coopérations sans forcément établir un protocole. La démarche ne doit pas être trop lourde.

Mme Françoise ZANTMAN indique qu'un dispositif de formation institutionnelle est proposé aux infirmières pour pallier cette problématique de temps.

Le Dr Sophie CROZIER observe que ces projets se révèlent intéressants, mais souligne qu'ils doivent être valorisés sur le plan financier pour gagner en attractivité pour le personnel. Il faut que le ministère soit conscient de cette problématique.

Le directeur général signale que l'AP-HP avait saisi le ministère voilà un an. La semaine précédente, il lui a été confirmé que l'AP-HP obtiendrait gain de cause sur le sujet pour la rentrée. Il s'agit effectivement d'un élément majeur pour la réussite de ces projets.

V. Projet de recherche des usagers sur l'expérience de la sécurité des soins des personnes hospitalisées et de leurs proches

Mme Olivia GROSS précise que ce projet de recherche se déroulera au sein de 20 services hospitaliers. Il implique conjointement l'AP-HP, des services de soins et des représentants d'usagers, et vise à caractériser l'expérience de la sécurité des soins des patients. Ce sujet ne figure pas dans les questionnaires de satisfaction actuellement diffusés et il n'existe pas encore de questionnaire *« patient reported experience measure »* (PREM) dédié.

L'AP-HP a établi une convention de recherche avec le laboratoire « éducation et pratiques de santé » (LEPS) pour une durée de 15 mois à compter de septembre. Cette recherche sera encadrée par un comité de pilotage comprenant 3 médecins de l'AP-HP, les 2 directeurs du laboratoire et 3 représentants d'usagers. 10 représentants d'usagers seront formés pour interroger les patients.

Cette démarche a pour objectifs de :

- revisiter le concept de sécurité des soins à l'aune du point de vue des patients ;
- établir un questionnaire PREM à destination de l'hôpital ;
- identifier les bonnes pratiques permettant d'améliorer l'expérience des patients et leur satisfaction liée aux soins ;
- assurer la montée en compétence des représentants des usagers accroître leurs possibilités de collaboration avec les services de soins.

Le président salue ce projet de recherche très intéressant qui a reçu le soutien de la cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU).

Le Pr Rémi SALOMON signale la mise en place d'un groupe de travail sur le questionnaire de satisfaction des patients qui reste assez peu connu, et estime que ce travail de recherche pourra l'alimenter. Il est essentiel que l'expérience patient soit prise en compte plus qu'elle ne l'est aujourd'hui.

VI. Projet de regroupement de la transplantation pulmonaire adulte de l'AP-HP à Bichat et création d'un centre de transplantation pulmonaire pédiatrique à Necker

Le Pr Pierre-Régis BURGEL indique que la transplantation pulmonaire concerne quatre centres en Île-de-France : deux à l'AP-HP (Bichat et hôpital européen Georges-Pompidou [HEGP]) et deux hors AP-HP (Foch et Marie-Lannelongue). Ces derniers ont réalisé des investissements lourds, et on très récemment recruté des chirurgiens transplanteurs issus de l'AP-HP.

Le projet vise à :

- mutualiser les activités de transplantation sur un seul programme ;
- préserver/renforcer les expertises existantes ;

- identifier un parcours spécifiquement pédiatrique ;
- permettre l'émergence d'une activité compétitive avec les centres internationaux ;
- identifier des parcours spécifiques.

Désormais, il n'existerait plus qu'un seul site de chirurgie adulte sur Bichat, avec une équipe médicale mixte Bichat – HEGP. Il en résulterait un arrêt progressif des transplantations sur l'HEGP à compter du 1er septembre 2018. Un site de chirurgie et transplantation pédiatriques serait développé sur Necker.

Pour la préparation et le suivi des transplantés, trois sites sont identifiés, spécialisés par pathologie : Cochin pour les adultes avec mucoviscidose, Bichat pour les adultes avec insuffisance respiratoire et Necker pour les enfants. Un plateau d'endoscopie interventionnelle commun à Cochin et l'HEGP internalisera les activités de Bichat.

Ce projet est accepté par toutes les équipes.

Le Dr Pierre MORDANT précise que ce programme comporte un dispositif pédiatrique spécifique, car les greffes pulmonaires concernent des enfants de plus en plus jeunes. Ainsi, selon le registre international, 25 % de ces greffes sont pratiquées chez des enfants de moins de 11 ans, ce qui exige un programme dans un environnement pédiatrique. Il est important aussi de disposer d'unités douleurs et d'unités de soins palliatifs pédiatriques. Ce mouvement s'appuie sur l'expertise acquise par le programme Necker-HEGP et les deux équipes ont établi un protocole de coopération et de suivi post-opératoire des patients.

Le Pr Pierre-Régis BURGEL indique que ce projet offre l'opportunité de :

- créer un grand centre de transplantation pulmonaire unique réalisant 60 à 70 transplantations par an (Bichat), l'équivalent des plus grands centres français ;
- créer un programme spécifiquement pédiatrique de transplantation pulmonaire (Necker) ;
- mutualiser les moyens ;
- développer une filière pour la mucoviscidose de l'adulte greffé / non greffé (Cochin) ;
- réinternaliser sur l'AP-HP les endoscopies interventionnelles (Cochin et HEGP).

Il existe aujourd'hui des besoins en locaux et en personnels. La situation se révèle extrêmement complexe depuis que les centres de Foch et Marie-Lannelongue ont procédé au recrutement de personnels hautement formés et difficiles à recruter.

Le président salue ce projet exemplaire, fruit d'une collaboration entre équipes de l'AP-HP. Il remercie tout particulièrement le Pr Françoise BARTHES. Il remercie également les différents GH pour leur participation à ce projet qui doit permettre de constituer un centre de niveau international. Ce programme témoigne aussi de la volonté de coopérer tout en préservant la spécificité pédiatrique.

Le Pr Éric THERVET tient à remercier tout particulièrement le Pr Françoise BARTHES et les équipes de l'HEGP. Ce projet a fait l'objet de longues discussions, animées par le souci des patients, de l'Institution et de la recherche. De ce point de vue, il constitue un projet absolument remarquable.

Le Pr Bruno CRESTANI fait remarquer qu'il s'agit d'un bel exemple de collaboration entre les universités Paris 7 et Paris 13.

Le Pr Françoise BARTHES signale qu'entre le moment où le projet a été réfléchi et aujourd'hui, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) Foch et Marie-Lannelongue ont effectué une attaque en règle en offrant aux personnels de l'AP-HP des conditions financières que l'institution publique ne peut soutenir. Elle espère que cette fusion pourra être menée à bien, mais souligne que l'ambiance est morose tant à l'hôpital Bichat qu'à l'HEGP et se dit très inquiète par cette réduction considérable des moyens.

Le président déplore le comportement agressif des ÉSPIC dans ce dossier. Il n'est pas normal qu'un projet de cette qualité soit mis en danger par la concurrence inégale que subit l'AP-HP qui ne peut pas offrir les salaires du privé. Il souhaite que l'ARS exerce pleinement sa mission de régulation de l'offre de soins.

Le Pr Françoise BARTHES remercie le président pour son soutien. En proposant des salaires très supérieurs aux personnels de l'AP-HP, ces établissements mettent en difficulté le projet de fusion dans son intégralité.

Le directeur général indique qu'il a participé aux différentes réunions et a pu constater l'esprit dans lequel ce projet a été mené. La démarche, qui n'allait pas du tout de soi à l'origine, est partie du besoin des patients. De ce point de vue, elle s'est révélée tout à fait remarquable. L'AP-HP est parfois confrontée à des départs de praticiens, faute de parvenir à développer un projet cohérent. En l'espèce, au contraire, un projet cohérent a été dessiné, au service du parcours du patient, des différentes pathologies, des adultes, des enfants, avec une entente entre les équipes. Or les autres établissements, pressentant que l'AP-HP se réorganisait, ont réagi et l'institution ne peut pas rivaliser avec eux. Lors du conseil de tutelle qui se tiendra le lendemain avec le directeur général de l'ARS, cet exemple sera cité pour démontrer l'absence de régulation. Ce cas doit en effet servir de leçon pour l'avenir.

Le président demande au Dr Pierre FOUCAUD de relayer le problème au niveau de l'ARS. Cette situation doit cesser car ces attaques entraînent un affaiblissement du système public.

Le Pr Françoise BARTHES souligne qu'il faut dix ans pour qu'un chirurgien transplanteur soit pleinement opérationnel.

Le Pr Bruno CRESTANI signale que des départs ont été enregistrés au niveau de la pneumologie, mais que le service recrute du personnel, avec des perspectives HU. Le soutien de l'unité de formation et de recherche (UFR) est absolument stratégique.

Le Pr Pierre-Régis BURGEL précise enfin que le projet, certes attractif sur le plan du parcours patient n'est pas entièrement financé pour l'instant.

Le président assure les équipes du soutien de la CME à ce beau projet au service duquel elles ont consenti des efforts importants.

VII. Avis sur des créations de fédérations inter-groupes hospitaliers

1. Création d'une fédération de gynécologie et sénologie entre les hôpitaux universitaires Paris-Sud (HUPS) et Paris-Ouest (HUPO)

Le Pr Paul LEGMANN indique que l'avis de la CME est sollicité pour la création d'une fédération de gynécologie et sénologie, avec des activités de premier recours sur Paul-Brousse, Antoine-Béclère

et Bicêtre, et une chirurgie de recours sur l'HEGP. La sous-commission des structures a émis un avis favorable.

2. Création d'une fédération d'anesthésie-réanimation entre les hôpitaux universitaires Necker et Robert-Debré

Le Pr Paul LEGMANN précise que cette fédération porte notamment sur l'anesthésie pédiatrique qui soulève un certain nombre de difficultés sur le périmètre de l'AP-HP compte tenu de la démographie médicale. Il vise notamment à asseoir une meilleure formation des équipes et renforcer l'attractivité. Là encore, la commission des structures a émis un avis favorable.

La CME émet un avis favorable à l'unanimité sur la création des deux fédérations inter-groupes hospitaliers.

VIII. Questions diverses

Le Pr Thierry BÉGUÉ signale que lors de la dernière sous-commission du temps et des effectifs médicaux (CTEM), 97 demandes de création de postes d'assistants spécialistes des hôpitaux – *a priori* financées par les groupes hospitaliers – ont été présentées. Or il a été répondu à la commission que ces créations dépendaient du contrôleur financier et donc des efficiences financières des groupes hospitaliers. À trois mois du démarrage du post-internat, il apparaît délétère de ne pouvoir donner aux candidats la certitude qu'ils seront recrutés. La commission demande un engagement de recrutement formel de ces candidats.

Le secrétaire général précise que l'AP-HP doit respecter une contrainte budgétaire globale, notamment sa masse salariale de personnel médical. En 2015 et 2017, le nombre d'assistants et praticiens assistants contractuels (PAC) est passé de 338 à 492.

Le président demande s'il s'agit de créations ou de postes déjà créés.

Le Pr Thierry BÉGUÉ répond qu'il s'agit de demandes de créations financées par les GH. Des engagements ont été pris vis-à-vis de ces jeunes pour le 1er novembre et il paraît inimaginable de ne pas pouvoir les recruter.

Mme Christine WELTY rappelle que les assistants entrent dans la masse salariale comme les autres postes médicaux.

Le Pr Thierry BÉGUÉ souligne que l'AP-HP doit se garder de réaliser des efforts d'efficience sur les postes d'assistants, qui participent de l'attractivité de l'institution.

Mme Christine WELTY remarque que les efforts de maîtrise sur les postes de PH sont totalement absorbés par l'augmentation des postes d'assistants.

Le Pr Thierry BÉGUÉ estime qu'il est inadmissible de devoir indiquer à ces jeunes trois mois avant qu'ils n'obtiendront pas ce poste.

Le Dr Christophe TRIVALLE précise que ces postes ont été présentés comme une variable d'ajustement. Or cette décision risque de susciter des déceptions au mois de novembre.

Le président demande si ces postes sont financés.

Mme Christine WELTY observe que s'il s'agit de postes supplémentaires, il est très vraisemblable que le GH ne dispose pas du financement.

Le Pr Thierry BÉGUÉ indique qu'il a été précisé en commission que ces postes étaient financés et il paraît inadmissible de faire dépendre ces créations de la masse salariale et des efforts d'efficience, surtout du point de vue des jeunes concernés.

Le président demande à Mme Christine WELTY de se rapprocher du Pr Thierry BÉGUÉ et des directeurs financiers pour revoir ce point.

IX. Approbation du compte rendu de la CME du 12 juin 2018

Le compte rendu de la CME du 12 juin 2018 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 18 heures 45.

* *

*

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

mardi 11 septembre 2018 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

mardi 28 août 2018 à 16 heures 30