

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 5 JUILLET 2016**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 13 SEPTEMBRE 2016**

SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME (P ^r Noël GARABEDIAN)	5
II.	Information sur la convention-type d'association de l'AP-HP aux groupements hospitaliers de territoire	8
III.	Point sur le renouvellement des chefs de services et des responsables des structures internes aux pôles selon la nouvelle réglementation	10
IV.	Avis sur la charte d'utilisation de l'entrepôt de données de santé de l'AP-HP	12
V.	Échange avec M. Christophe DEVYS, directeur de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)	15
VI.	Avis sur les conclusions du groupe stratégique de la DOMU sur la pédiatrie à l'AP-HP	19
VII.	Contrat de bon usage des produits de santé (CBUS)	22
VIII.	Point sur le projet Hôtel-Dieu au sein du groupe hospitalier <i>Hôpitaux universitaires Paris-Centre</i>	23
IX.	Questions diverses	26
X.	Approbation du compte rendu de la CME du 7 juin 2016	27

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M. le P^f René ADAM
- M. le P^f Joël ANKRI
- M. le P^f Philippe ARNAUD
- M. le P^f Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P^f Thierry BEGUE
- M. le P^f Sadek BELOUCIF
- M. le D^r Guy BENOIT
- M. le P^f Olivier BENVENISTE
- M^{me} le D^r Catherine BERNARD
- M^{me} le P^f Catherine BOILEAU
- M^{me} le D^r Marie BORNES
- M^{me} le D^r Clara BOUCHE
- M^{me} Anne-Sophie BOURREL
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^f Jean-Claude CAREL
- M. le P^f Pierre CARLI
- M. le P^f Christophe CELLIER
- M. le P^f Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^f Gérard CHERON
- M. le P^f Yves COHEN
- M. le P^f Philippe CORNU
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le D^r Michel DRU
- M. le P^f Jacques DURANTEAU
- M^{me} le P^f Marysette FOLLIGUET
- M. Michaël FONTUGNE
- M. le P^f Noël GARABEDIAN
- M^{me} le P^f Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS
- M. le P^f François GOFFINET
- M. le P^f Bernard GRANGER
- M. le P^f Philippe GRENIER
- M. le P^f Bertrand GUIDET
- M^{me} Sophie GUILLAUME
- M. le D^r Christian GUY COICHARD
- M. le P^f Olivier HELENON
- M. le D^r Olivier HENRY
- M^{me} le P^f Dominique ISRAËL-BIET
- M. le P^f Paul LEGMANN
- M^{me} le P^f Dominique LE GULUDEC
- M. le P^f Michel LEJOYEUX
- M^{me} le D^r Roberta LORENZON
- M^{me} le P^f Ariane MALLAT
- M. le P^f Laurent MANDELBROT
- M^{me} le D^r Véronique MOLINA
- M^{me} le D^r Isabelle NEGRE
- M. Stefan NERAAL
- M. le P^f Rémy NIZARD
- M. le D^r Antoine PELHUCHE
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M^{me} le D^r Valérie PERUT
- M. le P^f Michel PEUCHMAUR
- M^{me} le D^r Élisabeth PORSMOQUER
- M. le P^f Dominique PRIE
- M^{me} Caroline RAQUIN
- M. le P^f Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le D^r Thomas SCHOUMAN
- M. le P^f Nicolas THIOUNN
- M. le P^f Jean-Marc TRELUYER
- M. le P^f Noël ZAHR
- M. le P^f Michel ZERAH

- ***avec voix consultative :***
 - M. Martin HIRSCH, directeur général
 - M. le P^f Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
 - M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers

- ***en qualité d'invités permanents :***
 - M. le P^f Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
 - M. le P^f Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
 - M^{me} le D^r Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la santé au travail de l'AP-HP
 - M^{me} Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
 - M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

- ***les représentants de l'administration :***
 - M^{me} Sophie BENTEGEAT, directrice des patients, usagers et associations
 - M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
 - M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOME, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
 - M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
 - M^{me} Amélie VERDIER, secrétaire générale
 - M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)

- M^{me} Hélène OPPETIT, M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ (DOMU)

- ***Représentante de l'ARSIF :***
 - M^{me} Catherine BROUTIN-PIOLOT

- ***Membres excusés :***
 - M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Nelly ACHOUR ; Yves AIGRAIN ; Francis BONNET ; Françoise BOTTEREL CHARTIER ; Patrick DASSIER ; Blandine DENIS ; Alain FAYE ; Vincent JARLIER ; Julien LENGLET ; Louis MAMAN ; Lucile MUSSET ; Patrick PELLOUX ; Claire POYART ; Bruno RIOU ; Rémi-Henri SALOMON ; Éric THERVET ; Christophe TRIVALLE
 - M^{mes} Anna KARIMOVA ; Marion TEULIER ; Françoise ZANTMAN. MM. Yann FLECHER ; Jules GREGORY

La séance s'ouvre à 16 heures 35, sous la présidence du P^r Noël GARABEDIAN.

I. Informations du président de la CME

Le président souhaite la bienvenue au D^r Thomas SCHOUMAN, chirurgien maxillo-facial à la Pitié-Salpêtrière. Il remplace le D^r Marc LEVEQUE dans le collège des praticiens hospitaliers chirurgiens.

Plan d'action relatif à la prévention et au traitement des situations individuelles complexes ou à risques concernant les personnels médicaux

La CME du 10 mai a adopté à l'unanimité le plan d'action relatif à la prévention et au traitement des situations individuelles complexes ou à risques concernant les personnels médicaux. La communauté se devait d'améliorer la prise en charge des situations difficiles pour les praticiens. Ce plan doit maintenant se traduire dans la pratique. Le 5 juillet, le directeur général et le président ont adressé aux directeurs et aux présidents de CME locale des groupes hospitaliers (GH) un courrier détaillant les étapes de la mise en œuvre du plan.

Au niveau local, les GH doivent dès septembre :

- installer les comités de suivi des situations individuelles complexes et de prévention des risques psycho-sociaux ;
- identifier des personnes ressources susceptibles de mener des missions d'accompagnement ou de médiation ;
- mettre en place les commissions de sélection pour la nomination ou le renouvellement des chefs de service et de département, et des responsables des unités fonctionnelles (UF) directement rattachées aux pôles ;
- organiser la journée d'accueil des nouveaux seniors et informer leur communauté de l'arrivée de nouveaux praticiens.

Les entretiens annuels commenceront en 2017. Le président tient tout particulièrement au rétablissement de l'obligation des conseils de service, qui sera intégré dans la future modification du règlement intérieur de l'AP-HP, afin d'assurer un dialogue indispensable entre personnels médicaux et entre personnels médicaux et personnels soignants.

Le niveau central doit rapidement :

- procéder à la modification du règlement intérieur de l'AP-HP, notamment pour préciser les modalités de nomination des chefs de service ;
- mettre en place le groupe de travail chargé d'élaborer une charte du management hospitalier et de définir un parcours d'intégration pour les PH ;
- créer le vivier de consultants et praticiens volontaires pour mener des missions de bons offices ;
- formaliser les liens entre les services de santé au travail hospitaliers et universitaires, et la mise à disposition de listes de médecins du travail hors AP-HP ;
- organiser la journée d'accueil des PH en octobre 2016 ;
- proposer une offre de formation au management.

Règlements intérieurs de la CME et de l'AP-HP

Le groupe animé par le P^r Jean-Yves ARTIGOU travaille sur le règlement intérieur de la CME. Il devrait être prêt pour discussion et validation à la CME de septembre.

La direction des affaires juridiques (DAJ) a mis en place un groupe de travail pour définir « les principes essentiels de l'organisation en pôles et leurs règles de fonctionnement » qui doivent désormais figurer dans le règlement intérieur de l'AP-HP.

Le P^r Thierry BEGUE explique qu'une première réunion a concerné l'application du décret de mars dernier. Les répartitions des budgets issus de l'innovation et de la recherche clinique ont été évoquées. Il s'est étonné, notamment, que des acteurs directement impliqués ne participent pas aux travaux.

Le P^r Catherine BOILEAU rappelle que, dans toutes les institutions, les crédits obtenus par les chercheurs reviennent aux chercheurs, même si une part est logiquement soustraite pour les frais de gestion et l'animation de la structure. Qu'aucun représentant des chercheurs susceptibles de récupérer l'argent en question ne soit présent lors de la mise en place de cette modification était effectivement anormal.

Le président demande à la DAJ d'associer la sous-commission *Recherche, innovation Université* (sCRIU) de la CME au groupe de travail.

Conseil stratégique de la formation

Le 27 juin, le directeur général a instauré un conseil stratégique de la formation à l'AP-HP. **Le président** a désigné les P^{rs} Jean-Yves ARTIGOU, Catherine BOILEAU, Paul LEGMANN et Michel LEJOYEUX pour représenter la CME. M^{me} Sophie GUILLAUME représentera les sages-femmes.

Le directeur général remercie les médecins de se mobiliser sur cet enjeu qui est important pour l'ensemble des équipes, y compris paramédicales. Il s'agit de pouvoir se rencontrer deux fois par an en petits groupes pour discuter de la stratégie en matière de formation et des enjeux futurs de l'hôpital, afin d'anticiper sur les formations à mettre en œuvre.

Fondation de l'AP-HP pour la recherche

Le conseil d'administration de la fondation de l'AP-HP s'est réuni le 17 juin et a mis en place le conseil scientifique, autour de personnalités incontestables.

Commission centrale de l'activité libérale

M. Noël RENAUDIN se retire de la commission centrale de l'activité libérale. Le conseil de surveillance du 16 juin a désigné M. Dominique BOCQUET, représentant de la commission des soins infirmiers, pour le remplacer.

Anesthésie-réanimation

La cellule *Anesthésie-réanimation* de la CME a été réactivée et a tenu sa 1^{ère} réunion le 8 juin. Les débats les plus importants y ont été ouverts, de manière pragmatique. Les jeunes chirurgiens ne sont pas les seuls à quitter l'AP-HP. Les anesthésistes sont également concernés. Il est important que ce

groupe parvient à des conclusions pratiques rapidement, avec l'aide de la DOMU, pour rendre plus attractives les carrières.

GEROND'IF

Le président a nommé le P^f Joël ANKRI pour représenter la CME au conseil d'administration de GEROND'IF (gérontopôle d'Île-de-France). Il le remercie d'avoir accepté cette mission importante.

Révision des effectifs de praticiens hospitaliers (PH)

Les présidents de CME locale s'émeuvent de l'effort demandé pour la révision des effectifs de PH. Le sujet sera débattu lors des groupes restreints de la CME qui se tiendront du 13 septembre au 7 octobre, avant le bureau élargi du 25 octobre. La nouvelle procédure de révision vise à faire confiance aux instances locales, excepté en cas de problème nécessitant l'intervention du niveau central.

Le président note que le syndicat des chirurgiens a établi, avec l'aide de rapporteurs, un classement très précis et sérieux des demandes. Il souhaite que le syndicat des médecins fasse le même travail. Alors que les efforts d'efficience demandés sont difficiles à réaliser, les présidents de CME locale doivent pouvoir s'appuyer sur ce travail des collégiales.

Le P^f Philippe GRENIER précise que les collégiales doivent alors réagir rapidement, pour intervenir en amont des classements des CME locale.

Rapport du P^f LEVY « France médecine génomique 2025 »

Le rapport LEVY sur la génomique, très ambitieux, est en cours de publication. L'AP-HP a un rôle important à jouer dans sa mise en œuvre, d'autant que les données proviendront de ses services cliniques. Le P^f Catherine BOILEAU, présidente de la sCRIU, et le P^f Bertrand FONTAINE, vice-président *Recherche* du directoire, présenteront les enjeux de ce rapport à la prochaine CME.

Informations du directeur général.

Une commission d'enquête a travaillé pendant 4 mois sur le fonctionnement des services publics durant les attentats de janvier et de novembre. **Le directeur général** fait partie, avec le P^f Pierre CARLI, des personnes auditionnées. Des critiques ont été émises sur un certain nombre de services publics, dont une réorganisation a été proposée. Un *satisfecit* a toutefois été émis concernant les interventions de l'AP-HP. Cette reconnaissance par une commission d'enquête exigeante est importante, car le personnel de l'AP-HP a vraiment eu le sentiment de donner le meilleur de lui-même dans ces circonstances. **Le directeur général** renouvelle ses remerciements à celles et ceux qui ont participé à ces interventions y compris durant les mois qui ont suivi. Par ailleurs, l'attention n'est pas relâchée durant cette période hautement sensible.

Il remercie également l'AP-HP pour sa solidarité après les actes de vandalisme qui ont touché l'hôpital Necker. Une plainte a été immédiatement déposée, avec 45 documents photo et vidéo à l'appui, dans l'espoir qu'ils permettront d'identifier certains des vandales. Un ancien patient de Necker ayant souhaité effectuer un don de solidarité, une action a été mise en œuvre qui a permis de recueillir 1 000 dons en 48 heures. Ils couvrent les coûts de réparation, et montrent que les patients sont attachés à leur hôpital.

La semaine précédente, un séminaire avec les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et les médecins du travail a été organisé sur la santé au travail. Il est difficile de recruter des médecins du travail, mais d'autres aspects interviennent, au-delà du fait qu'elle soit représentée au CHSCT central. La journée s'est très bien passée et les blocages rencontrés jusqu'à présent devraient pouvoir être dépassés.

Les activités de chirurgie du centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre vont s'arrêter le 3 août prochain. À la suite d'un important travail, une partie de ces activités va être transférée à l'hôpital Louis Mourier (GH *Hôpitaux universitaires Paris-Nord Val-de-Seine*). **Le directeur général** juge, comme d'autres autorités, que ce travail a été bien conduit. La gouvernance du CASH a ainsi approuvé la plupart des avenants qui organisent ces transferts. Il s'en réjouit et remercie celles et ceux qui ont contribué à cet accord.

Le directoire a approuvé un partenariat avec *IntegraGen* qui fait suite aux travaux présentés à la CME l'année précédente. Il permettra de bénéficier en recherche d'un partenaire de séquençage haut débit, pour lequel une dizaine d'équipes ont déjà manifesté leur intérêt, et de figurer au premier plan dans ce domaine.

La prise en charge de l'hôpital La Roche-Guyon, établissement spécialisé dans le polyhandicap et dont les conditions d'accessibilité sont difficiles, avec une équipe médicale peu nombreuse, n'a pas pu être intégrée au projet du nouveau Garches. La consultation qui a été ouverte pour recueillir l'avis des familles et des personnels a conclu à la nécessité d'envisager d'autres hypothèses dans un autre calendrier.

Les CHSCT de certains hôpitaux se sont prononcés sur la transposition de la réforme de l'organisation du temps de travail. D'autres hôpitaux, pour lesquels une expertise est en cours de finalisation, passeront en instance au mois de juillet.

Pour certains sites, qui ne fonctionnaient pas en grandes équipes, les changements prévus au 1^{er} septembre seront importants. Certaines équipes devront renoncer aux 7,50 heures, même si les plannings tiendront compte, autant que possible, des difficultés d'horaires des soignants. Une équité devra toutefois être établie sur l'ensemble de l'AP-HP. Les inquiétudes et les tensions des personnels dans certains services sont cependant compréhensibles. Un travail de concordance des temps entre les rythmes médicaux et non médicaux a également été mis en œuvre, afin que les patients et la collectivité bénéficient autant que possible de ces adaptations réciproques.

Concernant le conseil scientifique de la fondation de l'AP-HP, le directeur général précise qu'il est constitué de 9 membres auxquels s'ajoute un membre de droit, le président du comité de recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP). La fondation, dotée d'un directeur, d'un conseil scientifique, d'un conseil d'administration et d'un fonds d'amorçage, est désormais opérationnelle.

II. Information sur la convention type d'association de l'AP-HP aux groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Le président indique avoir participé à la négociation de cette convention avec M^{me} Christine WELTY.

M^{me} Christine WELTY indique que cette convention est issue d'une négociation menée avec la conférence des doyens d'Île-de-France et la Fédération hospitalière de France (FHF), sous l'égide de l'agence régionale de santé (ARS).

Elle organise les missions :

- de formation initiale des personnels médicaux ;
- de recherche ;
- de gestion de la démographie médicale ;
- de référence et de recours.

La convention devra être déclinée au sein de chaque GHT. Un doyen référent a été désigné au sein de chaque GHT.

En matière de promotion, d'investigation et de valorisation, la convention peut conduire à confier à l'AP-HP tout ou partie des travaux pour le compte des GHT.

L'AP-HP a décidé de limiter la question de la démographie médicale à la gestion des étudiants et des internes, sans mettre en place d'équipes territoriales.

Les missions de référence et de recours concerneront les collaborations déjà existantes et celles qui pourront se développer grâce au projet médical partagé.

Cette convention instaure la participation des GH et unités de formation et de recherche (UFR) référents aux comités stratégiques des GHT, en contrepartie de la participation des gouvernances de l'établissement support aux comités exécutifs des GH de l'AP-HP.

Cette réciprocité a été accueillie très favorablement par les centres hospitaliers et la FHF.

La gouvernance hospitalo-universitaire comprend donc à la fois un doyen référent du GHT, un président de CME locale et un directeur de GH référents du GHT.

Le président indique que la question de la gouvernance hospitalo-universitaire des GHT est source d'inquiétude pour les présidents de CME de CHU. Le CHU doit rester le pivot des GHT. L'AP-HP est dans une situation spécifique. Les GHT sont mis en place et l'AP-HP doit s'articuler et travailler avec eux. Mais l'AP-HP reste un établissement unique et les GHT ne doivent pas remettre en cause ni briser les filières patients et les réseaux qui existent de longue date sur la base de relations de confiance et qui fonctionnent bien. L'AP-HP doit aussi être le recours des GHT. La vigilance s'impose à cet égard face à la concurrence des établissements privés à but lucratif ou non qui souhaiteraient s'intégrer dans ce maillage.

Le président s'inquiète aussi du terme « CH et U » qui a été employé lors des négociations. Il ne doit pas être une façon pour les universités de passer des conventions directement avec les centres hospitaliers généraux sans passer par le CHU.

Le P^f Philippe RUSZNIEWSKI indique que ce point a été rediscuté le matin même en conférence nationale des doyens. Les doyens tiennent à cette distinction entre CHU (centre hospitalo-universitaire, centré sur l'hôpital) et CH et U (centre hospitalier et universitaire, qui témoigne d'un véritable partenariat entre l'hôpital et l'université).

Le P^r Bertrand GUIDET demande à quel horizon les GH devront s'investir dans le projet médical partagé que les GHT doivent rendre dans un an.

M^{me} Christine WELTY précise que les projets médicaux partagés doivent être conclus d'ici à décembre 2016. Ils doivent donc faire l'objet d'un investissement immédiat. Les directeurs de GH sont réunis tous les mois pour faire le point sur leurs travaux à cet égard.

La convention présentée prévoit la mise en place des filières de recours. Elles viendront compléter les filières déjà existantes au sein des conventions territoriales déjà opérationnelles entre les GH de l'AP-HP et les centres hospitaliers (CH) d'Île-de-France, y compris en proximité. Le projet médical partagé doit donc également décliner les parcours patients de proximité, et non seulement de recours.

Le président explique que l'AP-HP doit s'intégrer comme CHU dans le projet médical partagé (PMP). L'activité de proximité est déjà un travail quotidien ; l'activité de recours doit le devenir à l'égard du GHT. Il ne s'agit pas de partager le personnel médical, mais d'aider les CH à promouvoir des collègues de qualité dans des CH avec lesquels l'AP-HP pourra collaborer dans le futur. Le PMP doit aussi intégrer l'enseignement et la recherche..

Le président réaffirme que les « CH et U » ne correspondent pas à une autre réalité que les CHU. Toutefois, l'enseignement et la recherche participent aux GHT au même titre que la clinique, et le projet médical partagé les inclut également.

III. Point sur le renouvellement des chefs de services et des responsables des structures internes aux pôles selon la nouvelle réglementation

M^{me} Christine WELTY indique que la loi du 26 janvier 2016 et le décret du 11 mars 2016 ont entraîné des modifications dans les modalités de nomination et de fin de fonction des responsables de structures internes, qui devront être intégrées dans le règlement intérieur de l'AP-HP. Ces modifications concernent :

- la nomination des chefs de pôles ;
- la nomination des chefs de service ;
- la fin de fonctions dans l'intérêt du service des responsables de structures internes ;

Les chefs de pôle seront dorénavant nommés par le directeur général, exclusivement sur proposition du président de la CME et du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Les chefs de service seront désormais nommés pour 4 ans renouvelables (contre une durée indéfinie auparavant) par le directeur sur proposition du président de la CME, après avis du chef de pôle. Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur proposera aux chefs de service une formation adaptée à l'exercice de leur fonction. Les responsables de structure interne en exercice à la date de publication du présent décret sont maintenus en fonctions jusqu'au terme de 4 ans écoulés depuis leur nomination. Tout mandat qui n'a pas atteint les 4 ans à la date de parution du décret (12 mars 2016) est prolongé jusqu'en mars 2017.

Le décret introduit également une procédure de fin de fonctions « dans l'intérêt du service » des responsables de structures internes. Le directeur général peut ainsi mettre fin à leurs fonctions après avis du président de la CME et du chef de pôle.

Sur les 1 809 structures de l'AP-HP, 290 sont ainsi aujourd'hui sans responsables. 263 responsables de structures doivent être nommés ou renouvelés dès 2016 ; 799 en 2017 ; 214 en 2018 ; 207 en 2019.

Le plan relatif aux ressources humaines médicales prévoit que la nomination d'un chef de service, de département ou d'unité fonctionnelle (UF) directement rattachée à un pôle est précédée du processus de sélection suivant :

- appel à candidatures en cas d'absence de candidature émanant du GH ou en cas d'échec du processus de candidature locale ;
- avis d'une commission *ad-hoc* ;

En cas de renouvellement, rédaction par le candidat d'un rapport qui sera remis à la gouvernance du GH et présenté en comité exécutif (COMEX). Un second rapport établi par un tiers pourra être demandé par la gouvernance du GH.

Le président rappelle l'importance qu'il attache à la nouvelle procédure de nomination des responsables de services ou structures internes qui doit garantir la qualité des nominations et prévenir les situations conflictuelles ou à risques. Le challenge est important et il faudra éviter deux écueils : une simplification trop importante qui risquerait laisser passer des situations posant problème ; l'« usine à gaz », avec des procédures trop lourdes qui ne seront pas appliquées. Il faut donc trouver le bon équilibre entre ces deux écueils.

Les responsabilités managériales supposent des formations et ne sauraient être renouvelées automatiquement. Rappeler que ces situations ne sont pas définitives est le meilleur moyen d'éviter certains problèmes.

Le P^r Bertrand GUIDET souligne la faisabilité de ces procédures et l'intérêt de demander un projet de service aux candidats à une fonction de chef de service : ce projet pourra leur être opposé au terme de leur mandat.

Le D^r Nathalie DE CASTRO estime qu'il existe des situations conflictuelles liées au regroupement de deux services différents alors que les chefs de service respectifs ne s'entendent pas et ne souhaitent pas le regroupement, ce qui nuit à l'organisation et au fonctionnement du nouveau service ; cela risque de se reproduire et les solutions ne sont pas évidentes.

Le président se dit parfaitement conscient du problème et refuse les fusions forcées. Non seulement elles peuvent entraîner des conflits à risques psychosociaux, mais elles peuvent aboutir à des situations délétères pour les services concernés.

Le P^r Rémy NIZARD souligne que la recherche d'efficience passe par des regroupements et s'oppose à cette volonté affichée d'éviter les regroupements forcés.

Le président convient que les regroupements sont nécessaires. Simplement, les fusions doivent être proposées par les personnes concernées, davantage qu'imposées par le haut. Les regroupements doivent se faire autour de projets médicaux partagés par les acteurs concernés. C'est la condition de leur réussite.

Le P^r Rémy NIZARD demande si les petites équipes qui travaillent à l'excès n'encourent pas davantage de risques psycho-sociaux (RPS) que les équipes regroupées alors qu'elles ne s'entendent pas.

Le président rappelle que la responsabilité de la gouvernance est d'engager les personnels vers des projets médicaux partagés. Les complémentarités doivent être recherchées en pratique, et les affrontements évités.

Le D^r Anne GERVAIS estime qu'il doit être possible de dégager des voies de compromis pour sortir des confrontations nuisibles au bon fonctionnement des services et à la qualité de vie au travail. Le plan prévoit que le chef de service effectue un bilan de sa chefferie et présente son projet au conseil de service donc à tous ses collaborateurs. Cela peut permettre d'établir une meilleure coopération au sein des équipes en associant le plus grand nombre aux projets médicaux élaborés.

Le président ajoute que la mobilité peut parfois permettre de résoudre des conflits au sein d'équipes qui ne parviennent pas à s'entendre. Il convient alors de ne pas la bloquer pour des raisons de masse salariale.

Le P^r Rémy NIZARD souligne la nécessité d'expliquer que les petites équipes ne peuvent pas perdurer.

Le président estime que les hôpitaux ont désormais pris conscience du problème, même si ce discours doit être maintenu. Lorsque les équipes fusionnent, les problèmes et les craintes des personnels doivent être anticipés et réglés de manière globale.

I. Avis sur la charte d'utilisation de l'entrepôt de données de santé de l'AP-HP

Le P^r Philippe LECHAT souligne que le dossier informatisé avec ORBIS transforme la gestion des dossiers des patients, mais ouvre également des perspectives particulièrement intéressantes pour la recherche.

M. Raphaël BEAUFRET précise que les perspectives ouvertes concernent notamment les études de faisabilité pour les essais cliniques, les études de vigilance et les études statistiques non interventionnelles sur données cliniques. Outre l'avancée de la connaissance, l'enjeu est la construction d'algorithmes d'aide à la décision pour le diagnostic et la thérapeutique.

Techniquement, le projet d'entrepôt de données de santé consiste à centraliser de manière standardisée les données d'un certain nombre de bases de production pertinentes, comme notamment le dossier patient informatisé ORBIS, le PACS, GLIMS, etc.

Quatre millions de patients ont déjà été intégrés à l'entrepôt de données de santé. Il n'est cependant encore ouvert que très partiellement, uniquement dans le cadre d'un accès de l'équipe de soins aux patients dont elle a eu la charge.

Le P^r Philippe LECHAT indique que les études relevant du périmètre des équipes de soins (cliniques ou médico-techniques) sont menées sous la responsabilité du chef de service, qui réglementera les droits d'accès.

Cependant, cet entrepôt permettra surtout de mener des études (épidémiologiques, pharmaco-épidémiologiques, économiques, de pratiques, etc.) plus larges en termes de périmètre, pouvant aller jusqu'à l'AP-HP dans son ensemble.

Les droits d'accès pour ces études plus larges que l'équipe de soins seront soumis à l'information et la non-opposition des chefs de services cliniques concernés par ces données, et à l'avis d'un comité scientifique et éthique qui sera mis en place.

Par exemple, pour une étude sur les diabétiques à l'AP-HP, l'investigateur devra informer les chefs de service de diabétologie pour s'assurer de leur non-opposition ; et soumettre son protocole au comité scientifique et éthique, avec l'aide du coordinateur de l'entrepôt de données de santé pour le GH concerné. Ce dernier sera nommé par le directeur du GH et le président de la CME locale.

Si les chefs de service souhaitent être cités en auteurs de la publication, ils devront s'entendre avec les investigateurs ; sinon, tous les professionnels de santé impliqués dans la production des données ou leurs représentants devront figurer dans une liste en annexe, comme habituellement pour les publications multicentriques.

L'entrepôt sera également ouvert aux partenaires universitaires, académiques et non académiques, sous réserve de conventions financières, qui seront gérées par le département de la recherche clinique et du développement (DRCD) et un médecin coordinateur, pour une juste redistribution des moyens et de l'expertise mobilisés.

La loi impose également une information et une non-opposition des patients à l'utilisation des données les concernant. En cible, un consentement exprès des patients leur sera de plus demandé. La Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) insiste sur la capacité du patient de s'opposer, éventuellement étude par étude.

Les mesures de sécurité prévues sont les suivantes :

- habilitation par les chefs de service pour les accès aux unités de soins ;
- formation des utilisateurs par l'équipe de la direction du système d'information (DSI) ou le coordonnateur de l'entrepôt de données de santé du GH ;
- instruction en amont par les coordonnateurs GH et le conseil scientifique et éthique ;
- sanctions possibles en cas de fuites vers l'extérieur des données de l'AP-HP.

Les démarches en cours auprès de la CNIL sont les suivantes :

- une demande d'autorisation de l'entrepôt, qui permettra de réaliser les études sur le périmètre des équipes de soins, en complément de la déclaration normale déjà réalisée ;
- des discussions visant à l'amélioration d'une méthodologie de référence pour les études non interventionnelles sur données ne nécessitant pas le consentement exprès du patient, ce qui évitera ensuite d'avoir à déposer une demande d'autorisation étude par étude.

Le président indique que la présentation complète du projet figure avec le diaporama publié sur le site de la CME.

Le P^r René ADAM demande si des techniciens de recherche clinique sont prévus au sein des équipes pour générer et alimenter les données. La qualité des données saisies suppose également que des audits soient effectués pour les vérifier.

Le P^r Philippe LECHAT indique que les unités de recherche clinique et le département de la formation médicale ont été placés au centre du processus précisément en raison de ces considérations. Le problème principal concerne la qualité des données. Les difficultés du codage des données, de l'analyse des comptes-rendus par les logiciels, etc. sont connues. La stabilisation de l'outil et de la fiabilité de ses données prendra plusieurs années.

Le D^r Anne GERVAIS souligne que les patients sont généralement prêts à rendre disponibles leurs données à des fins de recherche, pour le « bien collectif ». Ils font confiance à l'AP-HP qui devient le dépositaire de leurs données. Toutefois, les conventions avec les partenaires privés permettent à ces derniers de développer des tests de dépistage et de diagnostic, ensuite exploités à des fins lucratives. Cela pose un problème éthique car cela ne correspond pas au but initial des patients qui sont ainsi trahis. Par exemple, le *Fibrotest*®, test de fibrose hépatique, a été constitué à partir des données de 800 patients, ayant donné leur consentement à une recherche, menée à l'AP-HP donc financée par la sécurité sociale et l'université. Or, ce test a ensuite été exploité par une startup de façon lucrative et les patients ont du « payer » pour connaître la gravité de leur fibrose. Certains ont même pu participer à la recherche, puis payer pour bénéficier du *Fibrotest*® ce qui semble paradoxal.

Le P^r Philippe LECHAT rappelle que tous les contrats et projets seront soumis au comité scientifique et éthique (auquel participera un représentant des usagers), ainsi qu'à des conventions entre l'AP-HP et les partenaires extérieurs. Les différentes études auxquelles leurs données participeront seront mises en ligne sur un site à destination des patients : ils pourront ainsi, conformément aux demandes de la CNIL, s'opposer à ce que leurs données soient utilisées.

Le D^r Nathalie DE CASTRO estime le temps de discussion prévu insuffisant pour se prononcer sur un sujet aussi important. Elle demande si les investigateurs et les personnes de la DSI qui auront accès aux données devront déclarer leurs liens d'intérêt, notamment avec l'industrie.

Le P^r Philippe LECHAT indique qu'il reviendra au comité scientifique et éthique de définir une politique claire à l'égard des liens d'intérêt. Toutefois, une déclaration de ces liens sera à l'évidence requise.

M. Raphaël BEAUFRET précise que ce ne seront pas les informaticiens, mais les investigateurs, qui extrairont les données. Quelques informaticiens devront toutefois pouvoir accéder à la base pour des raisons techniques. Des conditions de confidentialités sont prévues dans leurs contrats de travail.

Le directeur général explique que le texte a été présenté à la CME avant la CNIL, pour prendre en compte les observations des membres de la CME. Une fois le texte validé par la CNIL, il sera en revanche impossible de le modifier. Des représentants de la CME participeront toutefois encore au conseil scientifique après le passage à la CNIL. Les projets d'équipes de l'AP-HP étant souvent

freinés par des délais CNIL, il fallait par ailleurs définir une doctrine claire en amont qui permette d'avancer plus vite après l'autorisation rendue par la CNIL.

Le P^r Olivier BENVENISTE signale que, depuis deux ans, les mêmes questions d'utilisation des données se posent à l'échelle du territoire dans les différents centres de référence pour les filières maladies rares. Une réflexion au sein de la collégiale des internistes a ainsi été menée et pourrait être utilement consultée.

Le P^r Jean-Marc TRELUYER demande ce qui est prévu pour les données des patients qui n'ont pas reçu d'information, et si des moyens et financements spécifiques ont été alloués à l'utilisation de l'entrepôt de données.

M. Raphaël BEAUFRET répond que, sauf dérogation spécifique accordée par le Comité Scientifique et Éthique, les données antérieures d'un patient ne pourront être utilisées que s'il repasse à l'hôpital et peut ainsi consulter le livret d'accueil, dont disposent maintenant tous les établissements de l'AP-HP, dans lequel figure un texte standardisé concernant la réutilisation possible de certaines données cliniques à des fins de recherche. Ce texte a été produit par la direction des affaires juridiques, les correspondants informatique et libertés dans les GH et la direction de la communication interne.

Le P^r Dominique PRIE demande quels chefs de service devront donner leur accord à l'utilisation des données. Les services concernés ne seront jamais seulement ceux qui auront traité les pathologies des malades : les données auront été obtenues par les services d'imagerie, de biologie, etc. Des problèmes de compétition entre services peuvent se poser.

Par ailleurs, anonymiser les données en amont éviterait des problèmes avec la CNIL et les patients.

Le P^r Philippe LECHAT explique que demander l'autorisation à tous les chefs de service ayant participé à au moins une partie de l'évaluation des patients serait impossible. Le comité scientifique et éthique jugera de la qualité des dispositions d'information des professionnels de santé ayant contribué à la production des données, ou de leurs représentants, qui seront prises par l'investigateur principal. Il pourra rejeter un protocole sur ce motif ou demander une information supplémentaire.

Le P^r Dominique PRIE refuse que les services d'anatomie pathologique n'aient pas leur mot à dire et ne soient pas cités dans les publications.

Le président confirme qu'un consensus de tous les praticiens est requis *a minima*, notamment pour des pathologies multifocales. Les remarques exprimées par la CME doivent être incluses dans le texte. Le projet de charte sera rediscuté avec la sCRIU et les membres de la CME qui le souhaitent. Un nouveau projet sera envoyé aux membres de la CME avant la réunion du 13 septembre au cours de laquelle il sera soumis à leur avis sans nouvelle présentation.

II. Échange avec M. Christophe DEVYS, directeur de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)

M. Christophe DEVYS rappelle avoir servi l'AP-HP de 1994 à 1997 en qualité de directeur de cabinet du directeur de l'AP-HP. Cette expérience a orienté sa carrière vers le secteur sanitaire.

Il exprime sa reconnaissance envers l'AP-HP pour sa mobilisation exemplaire lors des attentats du 13 novembre dernier, mais plus généralement pour son aide régulière aux hôpitaux dans des situations exceptionnelles, comme dernièrement lors des inondations.

Cette mobilisation constante de l'AP-HP rend l'acte de vandalisme commis contre l'hôpital Necker particulièrement choquante.

L'AP-HP est aujourd'hui très consciente de sa responsabilité territoriale. Son plan stratégique fixe ainsi un objectif de renforcement des liens du CHU avec les CH du territoire.

Un dialogue constant avec les hôpitaux généraux du territoire et la FHF est nécessaire à cet égard. Il l'a été notamment, avec un an d'avance sur la publication de la loi, pour la constitution des GHT. Si l'AP-HP, déjà organisée en GH, ne peut pas légalement faire partie d'un GHT, elle leur sera très étroitement associée, conformément au souhait de ses représentants, de l'ARS et de la FHF.

Le 1^{er} juillet, une série de décisions créant 15 GHT et approuvant la plupart de leurs conventions constitutives, les objectifs de leurs projets médicaux partagés et la définition de leurs gouvernances ont été signées.

La configuration naturelle d'un GHT est qu'il soit centré autour d'un CHU ou d'un centre hospitalier régional (CHR) principal. Dans le Val-d'Oise, ou dans le nord comme dans le Sud des Yvelines, cette configuration se retrouve. Dans certains autres cas, assez spécifiques à l'Île-de-France, la configuration des GHT mis en place est beaucoup moins naturelle. Dans les Hauts-de-Seine, la partie la plus importante de l'offre hospitalière relève ainsi de l'AP-HP et de l'offre privée. Les hôpitaux publics hors AP-HP sont en revanche peu nombreux et relativement petits. La définition des GHT n'a donc pas toujours été facile et a parfois nécessité beaucoup de pédagogie.

Certaines conventions constitutives restent à signer, parce que les territoires concernés ont évolué, mais toutes seront signées dans quelques mois, et les 15 GHT fonctionneront normalement.

Ils travailleront ainsi dès la rentrée sur des conventions d'association et de partenariat avec le CHU. Une convention d'association type a été réalisée par l'ARS, l'AP-HP, les doyens et la FHF : les GHT pourront s'y inscrire, avec une grande marge de liberté.

L'objectif des GHT est de structurer l'offre de soins sur le territoire ; d'atteindre une taille critique pour assurer la qualité des prises en charge ; et de diminuer les tensions sur la démographie médicale, en renforçant les coopérations existantes et en en créant de nouvelles.

Plus de 800 conventions de partenariat lient aujourd'hui l'AP-HP et les hôpitaux généraux. Les GHT permettront de renforcer leur dialogue et de structurer plus clairement l'ensemble de ces coopérations. Chaque GHT doit en effet définir avec le CHU des modalités de collaboration, et la gouvernance des GHT doit associer l'AP-HP à la définition des orientations stratégiques. Certains GHT ont déjà invité symboliquement les représentants des CHU à la signature de leur convention constitutive, ce qui montre leur volonté de collaboration.

Pour préparer le travail sur les conventions constitutives, des rencontres entre les directeurs des hôpitaux concernés et les directeurs des GH référents ont été organisées. Le volontarisme de part et d'autre était généralement manifeste.

Les GHT doivent enfin permettre à l'AP-HP de renforcer son rôle régional au niveau de la recherche clinique, de l'enseignement, et de l'excellence clinique. La gradation des soins et l'organisation des filières jusqu'aux dispositifs de recours sont des éléments puissants d'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'égalité d'accès à l'excellence médicale sur tout le territoire.

Les postes d'assistant partagé permettront de renforcer l'attractivité des hôpitaux généraux tout en créant des liens avec l'excellence médicale des CHU.

La moitié des programmes institutionnels de recherche clinique menés sous l'égide du DRCD incluent des GH. Les coopérations au sein des GHT permettront de renforcer ces liens. Le CHU aura toute sa place dans le développement de ces coopérations.

Ainsi, la création des GHT, passée relativement inaperçue dans la loi de modernisation du système de santé, est en fait l'une des innovations les plus importantes de cette loi. Après un temps d'adaptation et de concertation nécessaire, la mise en place de ce dispositif s'est bien passée, comme en attestent les décisions importantes prises le 1^{er} juillet.

Le président remercie M. Christophe DEVYS pour la clarté de son exposé, qui rejoint la discussion précédente concernant la convention-type d'association de l'AP-HP aux GHT. Même si cette mesure de la loi de santé n'a pas provoqué beaucoup de discussions initialement, elle fait l'objet d'une prise de conscience aujourd'hui.

Le P^r Jean-Claude CAREL rappelle que, lors de la visite de M. Christophe DEVYS à l'hôpital Robert-Debré, la volonté de l'hôpital d'interagir avec le territoire avait été clairement affichée et donné lieu à des échanges riches. Néanmoins cette mission d'animation territoriale est consommatrice en personnel médical et non médical. En parallèle, la tutelle exerce sur l'AP-HP une contrainte qui aboutit à réduire le personnel ce qui compromet la mise en œuvre de cette mission d'animation territoriale alors même que les équipes sont motivées pour le faire. Il y a donc un risque de replis des équipes de l'AP-HP sur elles-mêmes alors qu'une bonne prise en charge dans le territoire nécessite une coopération renforcée.

M. Christophe DEVYS avait bien noté la volonté d'ancrage territorial de l'hôpital Robert Debré, qui montre généralement le volontarisme de l'AP-HP sur cette question. Les GHT n'ont pas principalement un objectif financier, même s'ils devraient permettre de réaliser des économies. Leur but premier est que la coopération entre hôpitaux permette de maîtriser des problèmes de démographie médicale. Dans le cadre d'une enveloppe générale que tous subissent, et qui n'est pas amenée à augmenter, des mesures d'économie adéquates doivent être trouvées. Par exemple, des économies sur les fonctions support ne touchent pas la qualité des soins.

L'AP-HP subit aujourd'hui un mouvement, malheureusement pérenne, de baisse des dotations nationales. Depuis trois ans, l'ARS d'Île-de-France a décidé de compenser cette baisse considérable à hauteur de 20 à 30 M€ par an pour l'AP-HP (sur un fonds d'intervention régional de 500 M€), ce qui contribue à maîtriser ses taux de déficit et à maintenir un niveau d'investissement encore relativement élevé.

Le nombre de médecins à l'AP-HP a toutefois augmenté, même si ce n'est que d'une cinquantaine de postes.

Le directeur général souligne que, selon les modèles utilisés, il est possible de montrer que les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) sont favorables ou défavorables à l'AP-HP. La précarité, l'antibiorésistance, la nutrition parentérale, etc., sont autant de missions sous-financées pour des dizaines de millions d'euros.

Les crédits finançant les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) au niveau national ne diminuent certes pas (même s'ils augmentent moins que précédemment), mais sont affectés à des établissements qu'ils n'ont pas vocation à financer. Par exemple, des personnels rattachés à l'AP-HP qui produisent des publications et qui effectuent des vacations dans des établissements privés génèrent des dotations pour ces cliniques, ce qui réduit d'autant les crédits alloués aux CHU, alors même qu'il leur est demandé de réaliser des efforts.

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) et l'état des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) qui ont été approuvés sont contraints et difficiles, mais engagent tout le monde. Au prix d'efforts, certes légitimes, l'AP-HP a tenu ses engagements, en termes d'activité comme de dépenses et de masse salariale. Il est même l'un des rares CHU à l'avoir fait, et à avoir réduit ses déficits. Le problème est que la partie réciproque du contrat, qui engageait l'État à une hausse de 0,5 % des MIGAC et des MERRI ne semble malheureusement plus devoir être honorée. Le risque est alors grand que les efforts de l'AP-HP soient remis en cause.

Le président rappelle que l'AP-HP doit prendre en charge de plus en plus de missions de proximité comme les urgences ou la précarité parce que les autres ne le font pas. L'ARS doit intégrer le fait que l'AP-HP peine à répondre à cette activité croissante, qui engendre des délais d'attente.

Le P^f Paul LEGMANN demande si, dans le cadre des GHT, les conséquences pour les hôpitaux de l'AP-HP de la disparition des fonctions support et de la réorganisation des flux d'urgences ont été mesurées et anticipées. Les patients en Île-de-France risquent de trouver des difficultés d'accès aux services d'urgence.

M. Christophe DEVYS estime que la réorientation des flux de patients au sein des GHT n'impliquera pas d'augmentation de l'activité d'urgence de l'AP-HP.

Le D^f Anne GERVAIS approuve les propos du directeur général : en l'absence de soutien, demander à l'AP-HP de mener à bien des activités nouvelles, maintenir ses activités socles et réduire ses déficits tient de l'injonction paradoxale. Par ailleurs, l'AP-HP anime depuis longtemps des activités territoriales et les GHT ne seront pas une nouveauté.

Le P^f Bertrand GUIDET acquiesce également. Il est demandé à l'AP-HP de sénioriser la majorité de ses tâches ; d'appliquer le repos de sécurité ; de libérer du temps pour les internes ; de favoriser la mobilité des équipes ; de tenir des médecins à disposition des départements de la formation médicale et de la qualité de vie au travail (QVT) ; etc., à effectif médical constant. Des efforts majeurs de productivité ont donc été réalisés, au risque d'épuiser les équipes et de connaître des départs et des difficultés de fonctionnement sérieux.

Le président souligne l'avis convergent de l'ensemble de la communauté médicale pointant que l'activité de l'AP-HP a atteint un maximum.

Le P^f Bernard GRANGER signale la récurrence dans le monde hospitalier des expressions d'« injonctions paradoxales » et de « conflits de valeurs », puisque les objectifs de qualité des soins

et leur dispensation avec humanité se heurtent constamment aux impératifs d'économies budgétaires.

M. Christophe DEVYS accorde que les GHT consacrent souvent des coopérations déjà existantes.

Comme tout citoyen, il mesure les difficultés du monde hospitalier aujourd'hui, même s'il refuse de parler d'une diminution des moyens. Simplement, leur augmentation est clairement insuffisante pour répondre à la progression des activités. Ce type de discussions existait toutefois déjà 20 ans auparavant, alors que la situation paraît rétrospectivement faste. L'objectif est que ces demandes d'économie pèsent le moins possible sur l'activité médicale.

L'ARS respecte son contrat et va même au-delà. La reconnaissance du poids de certaines activités est sans doute insuffisante. L'ARS d'Île-de-France a systématiquement relayé les demandes de l'AP-HP. Dans le domaine de la santé en général, l'Île-de-France est cependant considérée comme bien dotée, ce qui est difficile à entendre.

Le P^f Jacques DURANTEAU souligne que les discussions avec les GHT révèlent les difficultés des hôpitaux voisins. La permanence des soins en établissement de santé (PDSÉS) notamment entraîne une augmentation très rapide de l'activité dans les GH de l'AP-HP, qui s'accompagne d'une dégradation importante des standards d'une intervention en urgence, par exemple en orthopédie.

Le D^r Guy BENOIT adhère aux propos du directeur général. Le taux de vétusté de l'AP-HP est de 75 %, pour une valorisation de l'équipement de 1,7 milliard d'euros et un plan d'équipement de 100 M€. L'AP-HP ne pourra donc pas toujours conjindre qualité et quantité.

La situation de la nutrition parentérale au niveau de l'Île-de-France est caractéristique à cet égard : les fonctions support ont disparu, les hôpitaux n'investissent pas dans cette activité et si le fournisseur extérieur venait à disparaître également, plus aucune solution pour traiter les enfants ne serait disponible. Avec la diminution des MIGAC, les moyens d'acheter eux-mêmes sont menacés.

M. Christophe DEVYS acquiesce. L'ARS d'Île-de-France relaie ces préoccupations. La politique nationale de santé s'inscrit toutefois dans une politique de finances publiques pérenne et peu discutable.

Le président remercie M. Christophe DEVYS et compte donc sur lui pour relayer les préoccupations de l'AP-HP au niveau national.

III. Avis sur les conclusions du groupe stratégique de la DOMU sur la pédiatrie à l'AP-HP

Le P^f Jean-Claude CAREL rappelle que ce groupe de travail rassemble des membres de la CME, de la collégiale, et M^{me} Marie-Anne RUDER de la DOMU.

La lettre de mission portait sur l'organisation de l'offre de soins, sa structuration et ses enjeux territoriaux.

Un certain nombre de points comme la néonatalogie, la dermatologie, la génétique médicale, la dimension universitaire de la pédiatrie et l'imagerie ont été exclus.

L'Île-de-France est jeune et fournit donc à la pédiatrie une démographie importante.

Le bilan du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) est positif, mais certains de ses indicateurs restent négatifs, notamment sur les parcours de maladie chronique, la santé mentale et l'insuffisance de la démographie médicale comme de l'offre de soins hors de Paris *intra muros*.

La pédiatrie représente à l'AP-HP :

- 10 % des séjours de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ;
- 18 % des consultations ;
- 30 % des passages aux urgences.

La typologie de l'activité en pédiatrie est donc différente de la typologie de l'activité adulte.

La pédiatrie AP-HP en Île-de-France représente :

- 46 % des séjours en médecine ;
- 22 % des séjours en chirurgie.

La part des hospitalisations de jour augmente particulièrement en pédiatrie, malgré une progression des hospitalisations complètes en neurologie et pneumologie.

L'offre pédiatrique à l'AP-HP comprend 9 sites :

- 4 de pédiatrie générale et spécialisée ;
- 4 de pédiatrie générale réalisant des activités spécialisées ;
- Raymond-Poincaré, dont l'activité est spécifiquement orientée autour de la neurologie pédiatrique et les besoins de proximité.

L'offre pédiatrique a beaucoup évolué depuis 2010, notamment avec la fermeture de Saint-Vincent-de-Paul, et de multiples migrations de l'activité entre hôpitaux.

La gradation entre pédiatrie de proximité, pédiatrie de recours et pédiatrie d'expertise reste en cours de développement.

En médecine, l'AP-HP et l'hospitalisation publique dominant, mais avec de nombreux CH généraux de petites tailles. En chirurgie, l'hospitalisation privée rivalise avec l'AP-HP, devant l'hospitalisation publique et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC).

M^{me} Ève PARIER présente les propositions soumises au vote de la CME.

Il s'agit d'organiser les flux intra AP-HP selon deux principes permettant de sécuriser le recours et développer la proximité :

- systématiser l'adressage au sein de l'institution (en particulier pour la chirurgie pédiatrique) ;
- organiser les filières avec les CHG dans le cadre des projets médicaux partagés des GHT.

Il s'agit par ailleurs, classiquement, d'optimiser les consultations et l'organisation ambulatoire, notamment en organisant un partage d'expérience entre GH sur les pratiques en ambulatoire, par exemple sur les reconvoctions en urgence. Un séminaire spécifique sur les pratiques en pédiatrie est ainsi proposé.

La permanence des soins a également été abordée.

Le constat a été dressé d'une activité opératoire modeste en période de PDSES (entre 5 et 8 interventions par nuit en moyenne sur les 4 sites spécialisés, même si l'activité chirurgicale ne se limite pas aux interventions).

Là aussi, il est proposé d'organiser un retour d'expérience sur les bonnes pratiques organisationnelles concernant les urgences (circuit de reconvoication, urgences différées) et de planifier un séminaire portant spécifiquement sur la chirurgie pédiatrique.

Il est également proposé de mettre en place une meilleure coordination de la permanence des soins pendant les périodes de congés, selon les principes suivants :

- réduire le nombre de personnes de garde sur place ;
- améliorer l'adéquation entre activité et capacités ouvertes.

Pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les avis neurologiques, un recensement des besoins et l'organisation d'une astreinte régionale sont proposés. Il pourrait être demandé à l'ARS de les financer.

Une astreinte de dialyse en personnel médical (PM) et non médical (PNM) unique pour l'AP-HP, et non multi-site, est également proposée dans le cadre des possibilités réglementaires actuelles.

En réponse à l'impact des épidémies saisonnières sur l'activité en pédiatrie, les propositions suivantes sont émises :

- poursuivre et amplifier le travail avec l'hospitalisation à domicile (HàD) dans le cadre du plan *ÉPIVER* et sur les organisations permettant d'absorber les variations d'activité ;
- travailler pour chacun des sites à une cible en nombre de lits plus conforme à l'occupation moyenne et identifier pour les 4 mois de tension le nombre de lits et le renfort en équipes nécessaires.

L'organisation des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR pédiatriques a fait l'objet des propositions suivantes ;

- réserver l'engagement d'un SMUR pédiatrique aux enfants de moins de 6 ans (en conservant la possibilité d'un recours à une équipe pédiatrique selon les besoins et les profils au-delà de cet âge) ;
- harmoniser les définitions de transports primaires et secondaires ;
- organiser temporairement le SMUR de Necker ;
- réfléchir à long terme sur une meilleure adéquation des ressources mobilisées à l'activité ;
- mettre en place une régulation centralisée régionale des appels pour les transferts secondaires en lien avec Pontoise et l'ARS.

Dans chaque GHT, un site référent pédiatrique a été identifié afin d'organiser les collaborations territoriales. Il est également proposé dans le cadre des GHT de porter le sujet de la valorisation pour une meilleure reconnaissance du rôle de recours et d'animation territoriale de l'AP-HP.

Le président rappelle que le rapport complet est disponible sur le site de la CME.

Le P^f Bertrand GUIDET souligne le problème de démographie des pédiatres de ville, qui devrait considérablement impacter les urgences dans les cinq années à venir.

Le président confirme qu'une génération entière de pédiatres part en retraite.

Le P^f Bertrand GUIDET précise que 50 % des pédiatres partiront en retraite dans les dix années à venir.

Le niveau d'activité en chirurgie pédiatrique dans les établissements publics hors AP-HP est extrêmement faible et doit faire l'objet d'une réflexion commune.

Le P^f Pierre CARLI juge que la proposition émise concernant les SMUR pédiatriques est adaptée à la situation.

Le D^r Julie PELTIER demande si l'astreinte de dialyse préconisée concerne les dialyses d'urgence ou des astreintes téléphoniques pour le suivi des enfants concernés.

Le P^f Jean-Claude CAREL explique que les astreintes de dialyse de Trousseau, Necker et Robert-Debré sont chacune peu sollicités et qu'il s'agit donc de les mutualiser. Elles servent surtout aux patients dialysés chroniques, ainsi qu'aux besoins de dialyse en urgence, qui sont cependant rares en pédiatrie.

Le président rappelle qu'il faut éviter les petites unités.

Le P^f Michel ZERAH rappelle qu'un centre de référence national de prise en charge des AVC de l'enfant existe déjà. Suite à un appel à candidature, l'AP-HP a été retenue pour l'organiser avec les CHU de Lyon, Saint-Etienne et Grenoble.

Le P^f Jean-Claude CAREL accorde que cette organisation fonctionne bien, mais estime que l'organisation plus large des demandes d'avis neurologiques reste à améliorer.

Le D^r Frédéric RILLIARD demande si une réflexion existe sur la carence de prise en charge en odontologie pédiatrique à l'AP-HP, particulièrement sur les urgences.

Le P^f Jean-Claude CAREL le confirme.

Le président souligne l'importance de cette question.

Les propositions du groupe stratégique de la DOMU sont adoptées à l'unanimité.

IV. Contrat de bon usage des produits de santé (CBUS)

M^{me} Catherine MONTAGNIER-PETRISSANS rappelle que ce contrat est obligatoire et permet notamment le financement des innovations en matière de produits de santé. L'ARS a jugé cette année encore que l'AP-HP dans son ensemble avait rempli ses engagements. En conséquence, les produits de santé facturables en sus des GHS seront pris en charge par l'assurance maladie (sous réserve que les préconisations du CBUS soit respectées) à 100% jusqu'en juin 2017.

Quelques exemples sur les engagements pris par l'AP-HP dans le cadre de ce contrat sont détaillés :

- **Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et la gestion des risques associés aux produits de santé**
Les actions mises en place à l'AP-HP dans ce domaine sont nombreuses. À titre d'exemple, on peut citer : des référents médicaments ont été mis en place ; les événements indésirables en lien

avec des produits de santé sont de plus en plus déclarés. Un effort particulier est maintenant demandé aux établissements de santé pour prévenir les *never events*, liés notamment aux erreurs de préparation ou d'administration des médicaments. L'ARS demande à l'AP-HP de continuer à former et à sensibiliser les personnels concernés sur ces questions.

- **Sécurisation des circuits des PS**

Le résultat des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) sont pris en compte dans le CBUS en ce qui concerne la tenue du dossier patient. La sécurisation du parcours du patient est notamment liée au développement de la pharmacie clinique, à la mise en place de la conciliation médicamenteuse à l'admission, lors des transferts et en sortie d'hospitalisation, et à la remise systématique d'un document au patient en cas d'implantation d'un dispositif médical implantable (DMI).

- **Organisation et informatisation des circuits des PS**

Afin d'acquiescer un logiciel de traçabilité des DMI dans le but de sécuriser le circuit des DMI, un appel d'offres a été publié en 2014. Aucune offre reçue ne correspondant au cahier des charges qui avait été publié, cet appel d'offres a été déclaré infructueux et un nouveau cahier des charges est en cours de rédaction.

- **Renforcement de l'efficacité et du bon usage des PS**

Les génériques et les biosimilaires doivent être achetés de préférence. Les médicaments, notamment ceux inscrits au répertoire des génériques, doivent être prescrits en dénomination commune internationale (DCI). Un outil de suivi des consommations des antibiotiques et de la résistance aux antibiotiques doit être mis en place également. Quelques exemples d'utilisations « hors référentiels » des médicaments et de certains DMI ont été présentés en CME.

Au total, toujours plus d'acteurs au sein de l'institution sont mobilisés pour renseigner ce rapport d'étape, même si les exigences en termes de sécurité et de bon usage des produits de santé continuent à augmenter. Le partage d'expérience est à intensifier.

Le P^r Thierry BEGUE demande si une carte devra être remise au patient pour chaque dispositif implantable. Rien de tel n'existe pourtant en chirurgie orthopédique.

M^{me} Catherine MONTAGNIER-PETRISSANS confirme qu'un décret en 2006 (applicable au 1^{er} janvier 2009) demande la traçabilité sanitaire des dispositifs médicaux, à l'exclusion des ostéosynthèses, vis, ligatures et sutures. Dans ce cadre, la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) a élaboré un document qui peut servir de base à la production de la carte qui devra être remise aux patients.

V. Point sur le projet Hôtel-Dieu au sein du groupe hospitalier *Hôpitaux universitaires Paris-Centre* (GH HUPC)

Le P^r Frédéric BATTEUX rappelle que les GH Hôtel-Dieu et Cochin ont fusionné en 2010, ce qui a entraîné la restructuration de leurs services et la définition d'un projet médical commun. Cependant, il manquait encore le projet du GH Paris-Centre pour le site de l'Hôtel-Dieu.

Ce projet est décliné en trois parties :

- un secteur hospitalier, qui porte le projet médical ;

- un secteur institutionnel, qui accueillera des activités transversales, en partenariat avec l'AP-HP ;
- un espace à valoriser.

Le projet médical se développe en cinq axes.

- **Un SAU bi-site**
Il repose sur une contribution au plan urgences du GH HUPC et sur une organisation des activités par filières.
- **Un projet de médecine axé sur l'ambulatoire**
Il comprend un large plateau de consultations médicales spécialisées et avancées ; un axe prévention et dépistage ; des hôpitaux de jour mutualisés ; la création d'un centre de santé sexuelle (également en lien avec la Ville) ; un accueil renforcé des patients précaires au sein de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) et de l'espace santé jeunes (ESJ) ; enfin l'accueil des victimes aux urgences médico-judiciaires.
- **Psychiatrie**
Un service unique hospitalo-universitaire sera créé, suite au regroupement de trois services. Les urgences seront ainsi développées, comme la prise en charge des conduites addictives, avec la création d'un hôpital de jour. La recherche enfin sera développée, grâce à l'unité INSERM 1000, une unité de neuroradiologie des maladies psychiatriques qui rejoindra le site de l'Hôtel-Dieu.
- **Plateau technique**
Il est déjà restructuré au sein de l'Hôtel-Dieu avec des services de radiologie, de biologie et de pharmacie.
- **Santé publique et recherche clinique**
Le regroupement et la synergie d'activités existantes permettra la création d'un centre de référence en épidémiologie clinique et santé publique, grâce notamment au centre d'épidémiologie clinique et de recherche de Sorbonne Paris Cité (P^r Philippe RAVAUD) et au transfert à l'Hôtel-Dieu de l'unité de recherche clinique (URC) de Tarnier. Avec les unités spécialisées dans l'économie de la santé déjà présentes sur le site (*Hospinnomics*, URC Éco, et la chaire de philosophie), un ensemble particulièrement attractif en recherche clinique et santé publique sera ainsi constitué.

En tenant compte des spécificités du site, du projet ambulatoire en déploiement et des projections d'activité, la capacité projetée est de 44 lits, 35 places de jour et 76 boîtes de consultation.

Ce projet médical est consensuel, ce dont atteste le grand nombre des réalisations depuis juillet 2015.

La secrétaire générale souligne que ce projet permettra de rationaliser l'implantation de certaines activités institutionnelles transversales, sachant que les activités ont été retenues en privilégiant une complémentarité avec les projets médicaux et de recherche.

Ce projet est financé par la cession de bâtiments de l'hôtel Scipion et du Fer-à-Moulin. Les activités qui y étaient situées seront donc relogées :

- l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS), pour les activités aujourd'hui hébergées aux Fossés Saint Marcel, l'AGEPS gardant par ailleurs une 2^{ème} implantation à Nanterre ;
- un complexe de salles de réunions et amphithéâtre, qui seront modernisées par rapport à l'existant à l'hôtel Scipion, avec une organisation modulaire
- le DRCD, qui comprend l'office du transfert des technologies et des partenariats industriels (OTT&PI).

La mutualisation avec le siège à proximité portera sur le self et la crèche.

Le projet de l'AP-HP devrait se déployer sur 31 000 m², soit les deux tiers des surfaces futures de l'Hôtel-Dieu après travaux. Un « *surbooking* » résiduel est en cours de résolution avec le programmiste. Toutes les activités accueillies font l'objet d'une optimisation d'organisation pour réduire les m² nécessaires.

Le reste des surfaces soit environ 15 000 m², donnant sur l'esplanade de Notre-Dame, fera l'objet d'une valorisation par un tiers sera valorisée indépendamment de l'AP-HP, même si la complémentarité sera recherchée avec le projet hospitalier.

Le cadrage des investissements repose sur des principes confortés :

- un coût de 100 M€ pour la partie hospitalière ;
- un financement du coût global d'investissement à la charge de l'AP-HP par le produit des cessions permises par le projet ;
- portage des investissements et du risque d'exploitation par un ou des tiers concernant les surfaces valorisées.
- Le résultat économique à l'équilibre intègre :
 - les recettes issues des activités établies à l'Hôtel-Dieu
 - les redevances couvrant a minima la refacturation des charges et des amortissements liés aux travaux
 - les économies de charges générales réalisées sur les sites libérés.

Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre du projet est le suivant :

- 2nd semestre 2016 : programme technique et fonctionnel détaillés ;
- 2019-2020 : travaux sur la partie hospitalière ;
- fin 2020 – début 2021 : un site réhabilité pour la partie AP-HP.

Le président estime que la cohérence médicale du projet a été bien ajustée et que le projet ainsi recadré dans le GH HUPC devient raisonnable, avec un budget qui ne doit pas peser sur les autres GH.

Le D^r Nicolas DANTCHEV confirme, en tant que représentant du site, que ce projet reçoit l'approbation unanime du personnel médical de l'Hôtel-Dieu, puisqu'il a été co-construit avec cette communauté médicale. Depuis un an, une réelle dynamique s'est mise en place, qui contraste avec la situation des années précédentes.

Le D^r Nathalie DE CASTRO rappelle que ce projet n'avait pas été voté un an auparavant. Il est présenté à nouveau, amélioré. Elle demande à quoi correspond la filière « embolie pulmonaire », en l'absence d'urgence ni de consultation.

Le P^r Frédéric BATTEUX explique que la prise en charge des embolies pulmonaires se fait maintenant largement en ambulatoire. De plus, l'Hôtel-Dieu et Cochin sont situés dans la même rue, à 500 mètres de distance. Le site de l'Hôtel-Dieu transfère ainsi près de 1 600 patients par an en urgence à Cochin grâce à son SMUR.

Le président rappelle qu'il tient particulièrement à l'école de chirurgie, qui n'a pas pu être située à l'Hôtel-Dieu, mais pourra l'être ailleurs. Il souligne également l'importance du projet psychiatrique. Le projet présenté est désormais plus raisonnable que le projet initial. Une vigilance est requise sur le coût de l'opération, qui doit être nul. Sa récente visite à l'Hôtel-Dieu lui a fait rencontrer des professionnels motivés et souhaitant s'impliquer dans le nouveau projet. Ils ne doivent plus être laissés en déshérence.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE précise que les surfaces occupées par le projet médical sont largement associées à la fermeture de Tarnier qui utilisait 9 500 m². De toute manière, la mairie de Paris avait modifié le plan d'occupation des sols, ce qui rendait l'Hôtel-Dieu invendable.

Surtout, la situation humaine et syndicale était intenable. Les banderoles ont désormais disparu et la paix sociale règne.

Le président ajoute qu'aucune majorité politique n'est susceptible de signer la fermeture de l'Hôtel-Dieu.

Le D^r Anne Gervais souligne qu'il s'agit d'un centre de prise en charge ambulatoire, répondant à une demande de la Ville de Paris, pour le coût « modéré » de 100 M€. Mais ainsi le centre médical de santé (imagerie lourde, scanner, IRM, consultation) constitué permet un accès de secteur 1 pour la population. Les praticiens hospitaliers ne doivent pas pratiquer d'exercice libéral avec dépassement d'honoraires, ce qui serait contradictoire avec les engagements pris.

Le directeur général précise que, sur ce dossier également, l'AP-HP a tenu ses engagements. Il remercie les chefs de pôle, la communauté médicale et les équipes, qui ont permis de mettre en place un projet, non pas par défaut, mais cohérent et qui apportera à l'AP-HP. Il remercie la CME d'avoir fait confiance aux équipes pour revoir ce projet, malgré le vote défavorable à une voix près de l'année précédente. Il félicite le GH pour avoir entraîné l'ensemble de sa communauté hospitalière, dans un contexte très différent des années précédentes.

Entre temps, dans le centre de Paris, le Val-de-Grâce a fermé, et l'hôpital Tarnier fermera.

Ce projet est donc rationnel, tant en termes de dépenses publiques que de santé. Il sera un atout pour l'ensemble de l'AP-HP, et non un poids.

VI. Questions diverses

Aucune question diverse n'est posée.

VII. Approbation du compte rendu de la CME du 7 juin 2016

Le compte rendu est approuvé à l'unanimité.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 19 heures 45.

* *
*
*
*

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

Mardi 13 septembre 2016 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mardi 29 août 2016 à 16 heures 30