

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 7 NOVEMBRE 2017

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 5 DÉCEMBRE 2017

SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME	6
II. Point d'étape sur la mise en œuvre du plan dit « ressources humaines – personnel médical » (RHPM) (M ^{me} Christine WELTY)	8
III. Pertinence des soins : prise en charge de la fracture du col du fémur des personnes âgées (P ^{rs} Sadek BELOUCIF et Jacques BODDAERT, M ^{me} Pauline MAISANI)	11
IV. Avis sur le bilan social 2016 de l'AP-HP (M. Gérard COTELLON, M ^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ)	14
V. Rapport sur la prise en charge des troubles du comportement alimentaire à l'AP-HP (P ^r Jean-Claude MELCHIOR)	16
VI. Responsabilité médicale : bilan 2016 et prévention des conflits en cas d'événement indésirable grave (ÉIG) (M ^{mes} Marie GROSSET et Magali RICHARD-PIAUGER)	18
VII. Évolution du financement des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) de l'AP-HP (M ^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE)	19
VIII. Questions diverses	20
IX. Approbation du compte rendu de la CME du 10 octobre 2017	20

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Pertinence des soins : prise en charge de la fracture du col du fémur des personnes âgées (P^{rs} Sadek BELOUCIF et Jacques BODDAERT, M^{me} Pauline MAISANI)
3. Point d'étape sur la mise en œuvre du plan dit « ressources humaines – personnel médical » (RHPM) (M^{me} Christine WELTY)
4. Avis sur le bilan social 2016 de l'AP-HP (M. Gérard COTELLON, M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ)
5. Rapport sur la prise en charge des troubles du comportement alimentaire à l'AP-HP (P^r Jean-Claude MELCHIOR)
6. Responsabilité médicale : bilan 2016 et prévention des conflits en cas d'événement indésirable grave (ÉIG) (M^{mes} Marie GROSSET et Magali RICHARD-PIAUGER)
7. Évolution du financement des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) de l'AP-HP (M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE)
8. Questions diverses
9. Approbation du compte rendu de la CME du 10 octobre 2017

SÉANCES RESTREINTES

Composition D

- Avis sur le recrutement principal de chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux dans les établissements liés par convention avec l'AP-HP au titre de l'année universitaire 2017-2018

Composition A

- Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2018

- Assistent à la séance

• avec voix délibérative :

- M^{me} le P^r Nelly ACHOUR
- M. le P^r René ADAM
- M. le P^r Yves AIGRAIN
- M. le P^r Joël ANKRI
- M. le P^r Philippe ARNAUD
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P^r Thierry BÉGUÉ
- M. le P^r Sadek BELOUCIF
- M. Guy BENOÎT
- M^{me} le D^r Catherine BERNARD
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M^{me} le D^r Clara BOUCHÉ
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^r Jean-Claude CAREL
- M. le P^r Pierre CARLI
- M. le P^r Christophe CELLIER
- M^{me} le P^r Françoise BOTTEREL CHARTIER
- M. le P^r Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^r Gérard CHÉRON
- M. le P^r Yves COHEN
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M. le D^r Patrick DASSIER
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le D^r Michel DRU
- M. le P^r Jacques DURANTEAU
- M. le D^r Alain FAYE
- M^{me} le P^r Marysette FOLLIGUET
- M. le P^r Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS
- M. le D^r Laurent GILARDIN
- M. le P^r François GOFFINET
- M. le P^r Bernard GRANGER
- M. le P^r Philippe GRENIER
- M. le P^r Bertrand GUIDET
- M^{me} Sophie GUILLAUME
- M. le D^r Christian GUY-COICHARD
- M. le P^r Olivier HÉLÉNON
- M. le D^r Olivier HENRY
- M^{me} le P^r Dominique ISRAËL-BIET
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M^{me} le P^r Dominique LE GULUDEC
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M. le P^r Laurent MANDELBROT
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M. le D^r Jean-Marc NACCACHE
- M^{me} le D^r Isabelle NÈGRE
- M. le P^r Rémy NIZARD
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Valérie PÉRUT
- M. le P^r Michel PEUCHMAUR
- M^{me} le D^r Élisabeth PORSMOGUER
- M^{me} le P^r Claire POYART
- M. le P^r Dominique PRIÉ
- M^{me} Caroline RAQUIN
- M. le P^r Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M^{me} Isabelle RIOM
- M. le P^r Rémi SALOMON
- M. le P^r Éric THERVET
- M. le P^r Nicolas THIOUNN
- M. le D^r Denis TIXIER
- M. le P^r Jean-Marc TRÉLUYER
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Noël ZAHR

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P^r Bruno RIOU, président de la conférence des doyens d'Île-de-France
- M. le P^r Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- M^{me} Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- M. le P^r Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
- 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. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
- M^{me} Sophie BENTÉGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
- M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M^{me} Catherine SUEUR, secrétaire générale
- D^r Florence VÉBER, déléguée aux relations internationales
- M^{me} Suzanne VON COESTER, directrice des affaires juridiques
- M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- M^{mes} Hélène OPPETIT et Gwenn PICHON-NAUDÉ (DOMU)

- ***Représentante de l'ARSIF :***

- M^{me} le D^r Caroline SUBERBIELLE

- ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Olivier BENVENISTE, Francis BONNET, Marie BORNES, Philippe CORNU, Jean-Luc DUMAS, Vincent JARLIER, Jean-Vincent LAQUA, Michel LEJOYEUX, Louis MAMAN, Véronique MOLINA, Antoine PELHUCHE, Thomas SCHOUMAN, Namik TARIGHT, Phanarom THONG, Michel ZÉRAH
- MM. Arthur DAUPHIN, Yann FLÉCHER

La séance est ouverte à 16 heures 35, sous la présidence du P^r Noël GARABEDIAN.

I. Informations du président de la CME

Mouvements à la CME

La CME a accueilli M^{me} Isabelle RIOM qui remplace M. Stéphane NERAAL comme représentante des internes de médecine générale. M. Alexandre ALLERA, absent ce jour, récemment élu président du syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP) représentera les internes de spécialité, en remplacement de M^{me} Géraldine POENOU.

Le P^r Dominique LE GULUDEC est pressentie à la présidence de la Haute Autorité de santé (HAS).

Appel à projets pour la constitution d'instituts hospitalo-universitaires (IHU)

Le nouvel appel à projets a été approuvé par arrêté du 25 octobre. La date limite de dépôt des candidatures a été repoussée au 15 décembre. Le montant alloué est de 100 M€ et un ou deux projets maximum seront retenus. À titre de comparaison, lors du précédent appel à projets de 2010-2011, 6 projets avaient été retenus pour 800 M€. La gouvernance des IHU ne pourra pas être portée par une fondation de coopération scientifique, mais pourra s'adosser à une structure dotée de la personnalité morale abritée par une fondation existante. Pour pouvoir être fondation « abritante », la fondation de l'AP-HP pour la recherche sera amenée à réviser ses statuts. Parallèlement, une 4^e vague de réseaux hospitalo-universitaires (RHU) est prévue, ce qui sera extrêmement important pour le CHU. Le président encourage le montage de nouveaux projets.

Assises hospitalo-universitaires de Nancy

Les conférences des présidents d'université, des directeurs généraux de CHU, des doyens de faculté de santé et des présidents de CME de CHU se sont réunies pour préparer les assises et proposer des questions à poser aux ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur et de la Recherche sur l'évolution des statuts, la gouvernance, les groupements hospitaliers de territoire (GHT), la participation en réseau de la recherche, etc. Elles souhaitent réaffirmer la place du CHU dans le système de santé français et pensent que, pour cela, le CHU doit s'adapter aux évolutions médicales, démographiques et sociétales, scientifiques et technologiques que nous connaissons.

Groupe plan cancer 3 (GPK3)

Le GPK3 a été créé en 2014 et a réalisé un travail remarquable sous l'impulsion de M^{me} Christine WELTY et des P^{rs} Stéphane CULINE et Christophe TOURNIGAND. Afin de renforcer la représentation de la CME dans le groupe, les P^{rs} Christophe CELLIER et Nelly FRYDMAN, et le D^r Christian GUY-COICHARD y font leur entrée.

Directoire du 3 novembre 2017

Le directoire s'est penché sur 4 sujets :

- M. Renaud CATELAND a fait point d'étape sur la mission de préfiguration de l'école de chirurgie, qu'il anime avec le P^r Franck ZINZINDOHOUE. Il s'agit d'un important challenge, notamment pour l'attractivité à l'égard des jeunes chirurgiens, d'autant que les internes en chirurgie issus de la réforme du 3^e cycle des études médicales devront tous passer par

l'école. Il conviendra de réfléchir à l'occupation des locaux de Broussais et bien associer l'ensemble des métiers du bloc opératoire.

- La DOMU et la direction des finances ont présenté les 1^{ères} analyses des raisons de la stagnation de notre activité en 2017 à partir des exemples des groupes hospitaliers (GH) Necker, Saint-Louis-Lariboisière et Paris-Sud. Les conflits médicaux ont une influence sur l'activité (et sur la qualité des soins). Notre activité stagne alors que nous sommes nombreux à avoir d'importantes listes d'attente. Il conviendra de mieux analyser ce paradoxe à l'aide d'indicateurs adéquats, avec une question sous-jacente : comment réallouer les moyens opératoires en fonction de l'évolution de l'activité et des listes d'attente ?
- Le directeur général reviendra sur les deux autres sujets abordés lors du directoire : le bilan d'étape de l'organisation du temps de travail et la sensibilisation à la lutte contre le harcèlement sexuel.

Séminaires

- Un séminaire sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT) aura lieu le 31 janvier 2018. Il associera les directions et présidents de CME des GH de l'AP-HP et des hôpitaux membres des 15 GHT d'Île-de-France. L'agence régionale de santé (ARS) et la section régionale de la Fédération hospitalière de France seront aussi associées. Il conviendra probablement de renforcer la lisibilité de la nouvelle organisation territoriale.
- Le 3^e séminaire « *oikéiosis* » aura lieu les 1^{er} et 2 février 2018. Il s'agit de poursuivre la réflexion stratégique entamée précédemment qui préfigurera probablement le prochain plan stratégique de l'AP-HP.

Révision des effectifs 2018 de praticiens hospitaliers (PH)

Le président salue le travail important réalisé en amont de la CME de décembre dans les GH, par les collégiales, le groupe restreint et le bureau élargi de la CME, avec la DOMU et la DÉFIP, pour permettre de répondre aux besoins des GH, avant qu'une liste soit présentée au directeur général.

Mission des inspections générales de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAÉNR) et des affaires sociales (IGAS)

Le président a rencontré l'IGAS et l'IGAÉNR qui mènent une mission conjointe sur la gestion des personnels hospitalo-universitaires. L'entretien a porté sur le déroulement des carrières et les statuts. Le président a notamment soulevé la question du passage entre clinicat et titularisation.

Informations du directeur général

Appel à projets d'IHU

Outre les changements de financement et le décalage de calendrier, la principale modification dans ce nouvel appel à projets réside dans le fait que les IHU n'ont plus le droit de se constituer en fondations de coopération scientifique, ce qui était le cas de l'ensemble des IHU jusqu'à présent. Cependant, les IHU peuvent être abrités dans une fondation existante. C'est la raison pour laquelle, l'AP-HP qui dispose d'une fondation hospitalière, la fondation AP-HP pour la recherche, propose d'abriter l'IHU potentiellement retenu. Cette solution permettrait de bénéficier de la souplesse de gestion de la fondation. Par conséquent, il sera nécessaire d'en modifier les statuts

pour lui conférer le droit d'être une fondation abritante, de telle sorte que les projets d'IHU puissent être abrités par la fondation AP-HP pour la recherche. Cette proposition sera soumise à l'avis de la prochaine CME.

Appel à manifestation d'intérêt pour des innovations technologiques

Un appel à manifestation d'intérêt pour des innovations technologiques pour l'hôpital Lariboisière et le campus universitaire *Grand hôpital Nord* a été ouvert afin de bénéficier d'innovations technologiques extrêmement larges. Ce type d'appel est une première pour l'AP-HP. Près de 400 réponses issues d'industriels majeurs (*Apple*) ou de *start up* ont été reçues. Un jury se réunira dans 8 jours sous la présidence du P^f Rémy NIZARD pour sélectionner un nombre restreint de projets dont les lauréats seront annoncés le 7 décembre prochain à la Banque publique d'investissement.

Prise de rendez-vous en ligne

La prise de rendez-vous en ligne a fait l'objet d'un marché, dont le prestataire retenu n'équilibre pas son budget avec l'AP-HP, mais dont la seule référence lui a permis de lever des fonds importants auprès des marchés financiers. Cette démarche est suffisamment innovante pour justifier l'intérêt de la CME.

Harcèlement sexuel

Une discussion est engagée avec les présidents de CMEL qui sont convenus qu'il était nécessaire de diffuser un certain nombre de messages concernant la protection, les sanctions et les comportements en général. Les témoignages de comportements n'ayant pas lieu d'être et n'ayant rien à voir avec les traditions médicales sont très nombreux à l'AP-HP.

S'agissant des fresques dans les salles de garde, elles ne sont les bienvenues que si elles constituent un témoignage de l'histoire. En revanche, il ne saurait être question qu'elles entretiennent des comportements de domination.

Organisation du temps de travail

La réforme du temps de travail a été mise en œuvre voici un an. Un bilan pourrait être présenté à la prochaine CME. Même si des difficultés peuvent se présenter çà et là, les premières conclusions permettent d'affirmer que cette réforme n'a pas augmenté le *turn over* ni provoqué de vague de départs.

II. Point d'étape sur la mise en œuvre du plan dit « ressources humaines – personnel médical » (RHPM)

M^{me} Christine WELTY rappelle que le plan RHPM s'articulait autour de 3 axes : prévenir, détecter et traiter.

En ce qui concerne la prévention, une charte du management médical articulée autour des valeurs médicales traditionnelles, mais également de valeurs managériales telles la responsabilité ou l'exemplarité a été rédigée et adoptée lors de la CME du 10 janvier 2017. Ont également été rétablis les conseils de service, ouverts à l'ensemble du personnel d'un service ou d'une unité fonctionnelle de pôle pour permettre l'expression de tous. À ce jour, environ 50 % des services ont organisé au moins un conseil de service.

Par ailleurs, un guide des entretiens annuels individuels a été rédigé et validé lors de la CME du 10 janvier. À ce stade, 800 entretiens ont été recensés, soit 9 % des praticiens à temps plein tous statuts confondus.

Un autre volet de la prévention concerne la nomination des responsables de structure interne (RSI). Le règlement intérieur a notamment été modifié pour intégrer les modalités prévues par le plan RHPM. Ainsi, une commission *ad hoc* a été créée pour examiner les candidatures et une procédure d'appel à candidatures a été définie en cas d'absence de candidature interne.

Des sessions de formation des RSI ont débuté sur l'organisation hospitalière et le financement des établissements, la gestion du temps médical et l'organisation du travail médical, les outils du manager et la prévention des risques psycho-sociaux (RPS).

Enfin, les médecins, les membres des sous-commissions *Vie hospitalière* locales (CVHL), ainsi que les directeurs des affaires médicales (DAM) ont pu également bénéficier de formations thématiques. Un séminaire des présidents de CVHL et des DAM est en cours d'organisation.

Le 2^e axe du plan RHPM portait sur la détection des situations à risques. Cet axe est fortement partagé avec la CVH centrale. Des actions ont été coordonnées avec la DOMU afin de définir une nouvelle offre de formation et de développer les synergies entre CVHL et DAM.

S'agissant des situations individuelles complexes, les 90 situations individuelles détectées en lien avec la DOMU en 2016 et 2017 ont fait l'objet de la typologie suivante :

- conflits, difficultés managériales : 40 situations ;
- difficultés d'exercice professionnel, insuffisance professionnelle, problèmes de santé : 30 situations ;
- comportements et disciplinaire : 20 situations.

Sur la totalité des cas évoqués, 14 ont donné lieu à une mobilité effective ou en cours. **M^{me} Christine WELTY** considère cependant que ce chiffre ne représente qu'une faible partie de la réalité. Il conviendra donc de développer la prévention pour libérer la parole, permettant de prendre la mesure des difficultés réelles au sein des équipes.

S'agissant des perspectives, **M^{me} Christine WELTY** souligne le bon fonctionnement des relations entre la DOMU, les GH et les CVH, en particulier grâce à la contribution du P^r Serge HERSON, conciliateur médical récemment nommé par le directeur général et le président de la CME. Elle évoque également le comité de suivi du plan RHPM, la sensibilisation des DAM et présidents de CVHL à la prévention et au traitement des risques psycho-sociaux, ainsi que les initiatives locales et la nomination des RSI, le développement des conseils de service, les entretiens annuels la concertation.

Des pistes d'amélioration sont proposées :

- nomination de médiateurs centraux et locaux ;
- suivi de la santé des praticiens ;
- la participation des RSI aux formations management.

Le président souligne l'importance qu'il accorde au plan RHPM. Au-delà même de la qualité de vie au travail, les équipes médicales ont besoin de solidarité et d'empathie. Son propos se veut

solennel et non démagogique. L'institution doit changer. Cela prendra du temps, mais des progrès auront été réalisés avant la fin de sa présidence. Dans un milieu confronté à des situations éprouvantes, il convient de faire preuve de compréhension mutuelle, sans pour autant tomber dans une empathie trop extrême. Il conviendra de trouver un juste milieu. Il en va aussi de la qualité et de la sécurité des soins.

Le P^r Serge HERSON estime que les situations enkystées qu'a connues l'AP-HP doivent être bannies. Les esprits et les actions doivent faire preuve de mobilité, ce qui suppose d'intégrer une culture de la déclaration suffisamment tôt, quel que soit le moyen. Les solutions nécessiteront un accompagnement qui devra se faire avec bienveillance. Un autre grand sujet de préoccupation concernera la mobilité. L'ensemble du processus se met en place de façon harmonieuse.

Le P^r Remi SALOMON considère que la communauté médicale dans son ensemble se doit de s'approprier le plan RHPM. Un climat de confiance doit s'instaurer au sein des équipes. L'appropriation n'est pas acquise et de nombreux endroits n'organisent pas encore les conseils de service ou les entretiens individuels. Chacun conviendra qu'il est important que les chefs de service aient une formation minimale, mais cela suppose de la mettre en œuvre. Pour ce qui est du fonctionnement des CHVL, les situations sont extrêmement hétérogènes. Il appartient aux présidents de CMEL de faire en sorte que les CVHL ne soient pas des instances virtuelles. Une évaluation pourrait se révéler utile.

Le président précise que le P^r Serge HERSON s'appuie sur la DOMU pour réaliser sa mission, mais qu'il est rattaché directement à lui-même et au directeur général qui l'ont missionné. Il insiste sur la tenue des conseils de service. Ils ne font pas double emploi avec les conseils de pôle.

Le D^r Nicolas DANTCHEV observe que la présentation de M^{me} Christine WELTY démontre bien comment les CHV des différents GH et la DOMU travaillent en synergie en échangeant des informations, tant sur le versant préventif du plan que sur le versant concernant le traitement des situations. Sur le premier aspect, la situation a bien avancé en un an. En revanche, le traitement des situations est plus complexe et des zones d'ombre subsistent dans la procédure. Un travail de clarification a été engagé avec le P^r Serge HERSON.

Le D^r Anne GERVAIS considère que l'AP-HP a fait sur ce thème d'immenses progrès depuis la dernière mandature de la CME. La question est celle de l'organisation du travail en équipe. Cela concerne tous les membres des équipes hospitalières, chefs de service ou non. Il ne peut être question de poursuivre une organisation descendante sans informer et tenir compte des observations de ceux qui permettent l'activité hospitalière. Elle se déclare surprise des chiffres de 50 % de conseils de service tenus, ce qui ne correspond pas à ses propres constatations dans son GH. Même si le seul fait de pouvoir aborder le sujet en CME illustre un progrès, il faut maintenant que les équipes elles-mêmes s'approprient les textes et les fassent vivre. Le travail à accomplir demeure important, mais le dossier avance.

Le P^r Paul LEGMANN souligne que les conseils de service sont un élément essentiel du bon fonctionnement des pôles qui ont toujours souligné la nécessité de leur existence. Il demeure de la responsabilité du chef de service de faire fonctionner leur service.

Le P^r Bernard GRANGER note que grâce au dispositif mis en place, notamment les commissions vie hospitalière, les victimes se sentent moins isolées. L'un des points clés concerne la mobilité. En effet, bien souvent, des situations difficiles qui duraient depuis plusieurs années ont été résolues rapidement par un simple changement de service ou surtout de GH. Ceci illustre le fait que la

bonne volonté des parties permet de résoudre très rapidement des situations de souffrance ou de maltraitance. Ce premier bilan est plutôt positif, bien que de nombreuses situations restent problématiques et n'ont pas encore pu être résolues. L'arrivée du P^f Serge HERSON devrait faciliter les choses. Les résultats doivent être évalués au regard du nombre de situations résolues. Il conviendra probablement d'augmenter la proportion de mobilités pour résoudre les situations les plus critiques, sachant que de nombreux cas se règlent localement. De plus, en cas de besoin, le médiateur national, récemment nommé par la ministre peut jouer un rôle.

Le président estime que les questions de masse salariale ne doivent pas empêcher la mobilité lorsqu'elle peut résoudre un problème important. Les efforts faits par les GH pour résoudre ces situations seront pris en compte en révision des effectifs. Tout ce qui peut faciliter la résolution de ces situations doit être mis en œuvre.

Le directeur général remercie toutes les personnes impliquées dans ce premier bilan, qui met en exergue les avancées. Le plan RHPM et le travail engagé avec « *oikéiosis* » doivent permettre de conclure ce que les P^{rs} Rémi SALOMON et Rémy NIZARD ont désigné comme un « *new deal* » managérial. Il serait possible, de ce point de vue, de s'inspirer de la démarche engagée sur l'hospitalité et l'autoévaluation qui est lancée dans certains services pour l'adapter au sujet de la qualité de vie au travail. Cela suppose toutefois que le conseil de service se réunisse régulièrement et soit productif afin de créer une forme de labellisation de la qualité de vie au travail. Cela pourrait constituer un moyen de diffuser les bonnes pratiques. En outre, « *oikéiosis* » comporte un important élément de mobilité pour le personnel médical et non médical. La mobilité lorsque cela va bien devrait pouvoir s'organiser afin que celle effectuée lorsque cela va mal ne soit pas considérée comme traumatisante, vexatoire, etc.

III. Pertinence des soins : prise en charge de la fracture du col du fémur des personnes âgées (P^{rs} Sadek BELOUCIF et Jacques BODDAERT, M^{me} Pauline MAISANI)

Le P^r Jacques BODDAERT explique que l'organisation traumatologique souffre d'une inadaptation pour les patients âgés. La question du gériatre est de plus en plus importante dans les cas de comorbidité. Les pratiques doivent changer.

En France, la prise en charge en moins de 48 heures des victimes d'une fracture du col du fémur est aux alentours de 50 %. Il est donc possible de progresser. La typologie des patients a changé, avec, en moyenne, des patients qui présentent 5 à 7 comorbidités, dont près de 40 % sont victimes d'un syndrome démentiel. En outre, les patients ont 7 à 9 médicaments en moyenne et ont un profil extrêmement vulnérable, et le parcours de soins est émaillé de 3 à 5 complications, qui ont un impact très important sur le pronostic. La mortalité moyenne est de 3 à 4 %, mais les résultats par établissement varient fortement.

Il convient donc de s'organiser et d'activer dès les urgences une filière « clés en main », en changeant de paradigme afin que chacun intervienne dans son domaine de compétence. Cette filière commence aux urgences et se termine en services de soins de suite et réadaptation, en collaboration avec le médecin de ville, et avec l'expertise rhumatologique pour le bilan et le traitement de l'ostéoporose. Cela repose sur une indispensable collaboration rapprochée et raisonnée associant pour la prise en charge aiguë, urgentistes, anesthésistes, orthopédistes et gériatres.

L'intervention multi-cible débute dès les urgences, et requiert une expertise essentiellement gériatrique dans le post-opératoire pour la prise en charge de la multi-morbidité et du risque de perte d'autonomie.

M^{me} Pauline MAISANI indique que la connaissance de la prise en charge sera approfondie à l'aide d'un questionnaire. Une étude du département de l'information médicale (DIM) indique que 2 254 séjours ont été recensés pour 2016, avec 12 sites de l'AP-HP concernés. Dans 81 % des cas, les patients sont bien opérés dans un délai inférieur à 48 heures, mais il existe une variabilité entre les sites entre l'arrivée du patient et sa prise en charge. Le délai entre l'intervention et la sortie du patient est également variable. Le groupe de travail propose donc d'organiser une enquête qui permette de suivre le patient tout au long de sa prise en charge. Il s'agirait d'une étude exploratoire descriptive, avec une inclusion exhaustive des cas pendant une semaine donnée. Son objectif est de réduire les délais d'intervention, mais également d'optimiser l'orientation des patients.

Le P^r Jacques BODDAERT remercie la présidence de la CME pour l'intérêt témoigné à cette problématique. Il conviendrait également d'y travailler au niveau de l'agence régionale de santé (ARS). En effet, sur les 37 centres d'Île-de-France, la moyenne d'actes par patient est très fortement pincée (1,3 acte/patient), avec deux centres qui la font fortement augmenter, à 1,8 acte par patient. Il conviendrait donc d'étudier la situation dans tous les centres d'Île-de-France et pas uniquement au niveau de l'AP-HP. Les chiffres de mortalité hospitalière à 6 mois sont élevés et la corrélation entre morbidité et mortalité est en question.

Le D^r Patrick PELLOUX salue la qualité et l'intérêt du travail accompli, qui souligne la nécessité de faire coopérer les systèmes pour améliorer la prise en charge, étant rappelé que 50 % des urgences concernent la traumatologie. Le lien avec la traumatologie est donc fondamental. Toutefois, la présentation comporte un biais concernant l'arrivée aux urgences, qu'il conviendrait de mieux anticiper. En effet, certains services sont saturés au moment de la prise en charge alors que d'autres ne le sont pas. Il conviendrait donc de mieux anticiper la régulation dès la prise en charge du malade à son domicile. L'organisation coordonnée et coopérative est une clé de l'avenir de l'institution.

Le D^r Christophe TRIVALLE note que l'enquête ne mentionne pas les fractures causées par les chutes en milieu hospitalier. De plus, dans son GH, les délais d'intervention sont plus proches de 7 jours que de 48 heures.

Le P^r Jacques BODDAERT indique que les chutes en milieu hospitalier représentent 10 % des cas.

Le D^r Olivier HENRY remercie le P^r Jacques BODDAERT pour son intervention, qui démontre qu'en s'intéressant aux patients âgés, il est possible de proposer une médecine d'excellence. L'avenir de la gériatrie s'inscrit dans une coopération étroite avec d'autres disciplines.

Le P^r Rémy NIZARD se félicite que cette problématique soit enfin traitée, mais considère que le manque global de gériatres ne facilitera rien.

Le président rappelle que la gériatrie fait partie des priorités pour la révision des effectifs : toutes les demandes de postes pour des gériatres dont le cursus a été validé par la collégiale ont été retenues.

Le P^r Thierry BÉGUÉ souhaite revenir sur la notion de réunion pluridisciplinaire, qui est à la base du système. Le point important reste la disponibilité des blocs opératoires, qui ne doit pas être garantie aux dépens de l'activité programmée, alors qu'il s'agit souvent d'une variable d'adaptation dans la majorité des établissements. En outre, la présentation n'évoque pas l'implication des assistantes sociales, qui est extrêmement importante : pour faire sortir un patient à J+2 ou J+3, il convient de ne pas accepter une hospitalisation à distance du lieu d'habitation. L'intégration des assistantes sociales doit permettre de comprendre la nécessité du parcours de soin intégral.

Le P^r Yves COHEN indique que son établissement a positionné un gériatre en orthopédie. En effet, les orthopédistes ont besoin d'avoir les patients au sein de leur service afin de pouvoir les opérer au plus vite. En outre, il existe une problématique de prise en charge médicale par les chirurgiens. Le gériatre s'occupe donc des malades non gériatriques et assure l'intermédiaire avec les autres médecins. Il est en revanche essentiel de ne pas l'isoler et de l'inscrire dans l'équipe de gériatrie du GH, pour éviter un départ prématuré.

Le président évoque la question de la prise en charge médicale dans les services de chirurgie. Les services de chirurgie qui disposent d'un médecin rattaché présentent une prise en charge des patients de meilleure qualité.

Le P^r Jacques DURANTEAU insiste sur l'accessibilité du bloc et sur l'impact des urgences dans l'organisation. Approcher ces questions par le biais du parcours patient permet de voir la globalité. Les urgences ont un impact très lourd sur les hôpitaux qui y sont dédiés. Cela suppose de prévoir les moyens adaptés.

Le P^r Bruno RIOU ne croit pas à l'efficacité de la présence d'un gériatre dans les services d'orthopédie par rapport au modèle de l'UPOG. En outre, un système de type UPOG évite d'avoir dans le service d'orthopédie des patients ayant de longues durées moyennes de séjour (DMS), qui relèvent d'autres circuits, permettant ainsi aux orthopédistes de se consacrer à d'autres patients.

Le président estime que les deux organisations ne sont pas antinomiques. Les médecins sont nécessaires dans les services de chirurgie, tout comme l'existence d'UPOG. Ces deux éléments assurent la qualité de la prise en charge.

Le P^r Rémy NIZARD observe qu'au-delà des questions économiques, les deux systèmes fonctionnent dans la littérature.

Le P^r Bruno RIOU rappelle qu'en France, seule le modèle des UPOG a fait la démonstration d'une amélioration importante en termes de mortalité à court et long terme et d'un gain médico-économique conséquent. Si d'autres modèles existent effectivement, il leur reste à faire les preuves d'une telle démonstration.

Le P^r Thierry BÉGUÉ propose d'évaluer les deux systèmes. En effet, les retours en sa possession diffèrent fortement de ceux des orthopédistes. Le seul système qui ne fonctionne pas est celui de l'équipe mobile de gériatrie appelée au coup par coup.

IV. Avis sur le bilan social 2016 de l'AP-HP (M. Gérard COTELLON, M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ)

M. Gérard COTELLON explique que les données du bilan social dans les établissements publics de santé sont formatées par la direction générale de l'organisation des soins (DGOS), dans un objectif de comparaison entre établissements au niveau national.

L'effectif de l'AP-HP se répartit de manière classique par rapport aux autres CHU, avec 68,9 % de personnel soignant.

Les effectifs en équivalents temps plein rémunérés (ÉTPR) sont quasiment stables par rapport à 2015 (+ 0,15 %). Les titulaires et les stagiaires sont en augmentation, illustrant la politique de déprécarisation mise en œuvre. Il est également possible de constater une augmentation des contrats à durée déterminée (CDD) liée à l'augmentation de l'absentéisme constatée depuis 2013. Les effectifs par filière augmentent, hormis ceux de la filière médico-technique qui diminuent d'environ 100 ÉTP par an, cette tendance pouvant s'expliquer notamment par le regroupement des activités de biologie.

En ce qui concerne la pyramide des âges, 46 % de l'effectif se situe dans les tranches d'âge allant de 20 à 40 ans.

L'absentéisme atteint en moyenne 7,6 %, plaçant l'AP-HP au 12^e rang des CHU. Bien que les arrêts de courte durée soient en diminution, l'absentéisme de plus de 6 jours augmente. Un travail d'analyse a été engagé avec la médecine du travail et a permis de mettre en lumière une augmentation assez sensible du nombre de congés de maternité et un retard dans le traitement des dossiers d'accident du travail.

Concernant les comptes épargne-temps (CET), **M. Gérard COTELLON** fait état d'une diminution du nombre de jours abondés. Ceci illustre l'effet de la réforme de l'organisation du temps de travail (OTT) et la mobilisation des équipes de direction des ressources humaines (DRH) pour que les jours de congé soient pris.

S'agissant des promotions professionnelles, l'effort de l'AP-HP demeure stable, avec une augmentation du nombre de prises en charge, notamment à l'école des cadres. En outre, l'institution, conformément à son engagement, est passée de plus de 400 à environ 200 « faisant fonction ». Pour la première fois, des kinésithérapeutes font leur apparition dans les promotions professionnelles, suite à l'accord obtenu auprès du contrôleur financier d'embaucher des étudiants kinésithérapeutes afin de que l'institution puisse se garantir un certain nombre de praticiens, qui lui font défaut actuellement.

L'effort de l'AP-HP en matière de formation continue se situe à 3,41 % de la masse salariale, étant rappelé que l'obligation réglementaire se situe à 2,1 %. Il convient toutefois de souligner, par comparaison avec d'autres CHU, que le taux de départ en formation de renouvellement des compétences – qui sont pourtant de courte durée – est singulièrement plus faible que la moyenne.

M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ présente un bilan spécifique au personnel médical. Au 31 décembre 2016, l'effectif médical s'était accru de 1,4 %, principalement sous l'effet de la prise en compte des juniors. En ÉTPR, une augmentation de 1,1 % est constatée entre 2015 et 2016. Cette statistique est essentiellement tirée par les chefs de clinique assistants (CCA), les praticiens

hospitaliers (PH) temps plein et les praticiens hospitaliers contractuels, qui sont en forte augmentation.

L'âge moyen a légèrement diminué pour s'établir à 47,7 ans. La répartition par genre illustre une poursuite de la féminisation du personnel médical.

Les dépenses de personnel médical atteignent 1,46 Md€, soit une progression de 2,98 %, principalement sous l'effet des traitements. Un total de 245 535 jours sont stockés dans les CET et 13,66 M€ ont été versés en 2016 au titre des jours de CET.

Concernant les sages-femmes, l'effectif atteignait 651,15 ÉTPR au 31 décembre 2016, catégorie majoritairement composée de personnels titulaires et de stagiaires, dont 21,7 % travaillent à temps partiel, la quotité horaire la plus choisie étant 80 %. L'âge moyen est de 36,7 ans. Le *turn over* représente 4 %, contre 3,2 % en 2015 et l'absentéisme moyen est de 21,7 jours, dont 9,2 jours en absences non médicales. La durée moyenne d'absence des agents ayant eu un arrêt de travail atteint 130 jours. Enfin, 26,6 jours ont, en moyenne, été stockés dans les CET et les heures supplémentaires non rémunérées et non récupérées sont en diminution.

Le taux de fréquence des accidents de travail atteint 5,4 cas pour 1 M d'heures travaillées. Aucun cas de maladie d'origine professionnelle n'a été décelé en 2016.

M. Guy BENOÎT remercie M. COTTELON pour la fourniture rapide des documents demandés. L'information fournie est complète et parfaitement transparente. Concernant la diminution du taux de précarisation, la part de titulaires demeure autour de 90 %, mais ne diminue pas significativement depuis plusieurs années. Ceci semble illustrer que, pour diverses raisons, il n'est pas possible d'aller plus bas qu'un certain plancher. En outre, le recours aux heures supplémentaires demeure très important et le nombre d'heures supplémentaires non rémunérées et non récupérées augmente très fortement. Enfin, le personnel médical a vu son âge moyen augmenter de 4 années en seulement 5 ans.

Le D^r Anne GERVAIS demande s'il serait possible d'obtenir des détails sur l'augmentation du recours aux contractuels. Elle souhaite notamment savoir si des contractuels ont été conduits à prendre des postes de directeur. La baisse des effectifs de directeurs serait donc à pondérer avec l'augmentation du nombre de contractuels directoriaux. Il serait également souhaitable que le bilan social fasse ressortir le nombre de praticiens n'ayant pas d'activité clinique directe, car la manière de présenter les données laisse croire que le temps médical disponible est plus important qu'il ne l'est réellement. Elle demande enfin des précisions sur la manière dont les équipes sont associées pour le relevé des ratios de soignants. Il faut prendre en compte les spécificités de chaque service.

Le P^r Thierry BÉGUÉ demande si une augmentation du CET des personnels non médicaux avait pu être constatée ces dernières années. En effet, les modifications d'organisation ont souvent conduit à placer sur le CET un certain nombre de récupérations. Il s'interroge en outre sur la liquidation de CET particulièrement volumineux.

Le P^r Christophe CELLIER rappelle que l'une des problématiques majeures mises en exergue par l'enquête du syndicat des médecins des hôpitaux de Paris (SMPH) concernait le glissement des tâches. Il souhaite donc savoir si des données concernant l'évolution des tâches des assistants et secrétaires sont disponibles, car il est actuellement difficile de recruter des personnes formées.

Le P^r Jean-Claude CAREL note que la durée des absences consécutives à un arrêt de travail augmente de près de 10 % chez les soignants, alors que cet indicateur est stable pour les autres populations non médicales. Il s'interroge donc sur l'analyse à faire de cette évolution.

M. Gérard COTELLON rappelle que la seule manière de sécuriser des jours non pris est de les verser sur le CET. Le nombre d'agents versant des jours sur leur CET n'a pas significativement augmenté. En effet, avec la réforme du temps de travail, les cycles ont été organisés de façon à limiter la possibilité de devoir reverser des jours non pris sur le CET. Comme indiqué précédemment, le nombre de jours posé sur le CET a même diminué en 2016. Par ailleurs, certains postes de directeur sont exceptionnellement occupés par des contractuels.

En ce qui concerne le secrétariat, **M^{me} Caroline CALMEL** signale que l'institution a mis en place deux concours qui ont permis d'ouvrir 135 places d'assistants médico-administratifs en un an et demi. En outre, 6 assistantes médico-administratives ont été pérennisées sur 2017.

La CME émet un avis favorable à l'unanimité sur le bilan social 2016 de l'AP-HP.

V. Rapport sur la prise en charge des troubles du comportement alimentaire à l'AP-HP (P^r Jean-Claude MELCHIOR)

Le P^r Jean-Claude MELCHIOR, après avoir remercié le P^r Noël GARABEDIAN et M^{me} Christine WELTY de lui avoir confié cette mission, explique que les troubles du comportement alimentaire (anorexie et boulimie) constituent une entité pathologique psychiatrique caractérisée par une double atteinte, somatique et psychiatrique, qui en fait toute la gravité. L'intrication de cette double atteinte complique la prise en charge aussi bien pour les psychiatres que pour les médecins somaticiens. Le début des troubles se manifeste à partir de l'adolescence, mais peuvent également survenir à tout âge. Ceci explique l'implication des soignants de la pédiatrie à la médecine adulte, avec une zone de fragilité à la jonction de l'adolescence. Il s'agit en outre de la plus grave des pathologies psychiatriques en termes de morbi-mortalité et de l'une des premières causes de décès chez les 15-25 ans, notamment chez les filles. La mortalité à 10 ans est estimée de 5 à 10 % selon les études. Deux à 4 années de prise en charge continue et adaptée sont nécessaires pour obtenir une rémission durable, mais 20 à 25 % des cas évoluent défavorablement notamment vers des formes chroniques.

En termes épidémiologiques, 1 à 3 % de la population est concernée, avec une très nette prédominance féminine (ratio de 9 femmes pour 1 homme). On estime à 180 000 le nombre d'anorexiques mentales en Île-de-France avec environ 850 nouveaux cas par an, constituant un vrai problème de santé publique.

À l'AP-HP, la file active globale des troubles du comportement alimentaire (TCA) compte un peu moins de 1 500 patients par an, dont 63 % seront traités dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et 37 % en psychiatrie. Le passage en inter-champs se situe entre 11 et 14 %, ce qui est très faible compte tenu de la double atteinte psychiatrique et somatique. La file active des patients pris en charge est à 77 % adulte, ce qui indique que les adolescents concernés ne développent des formes graves qu'après un certain temps d'évolution, conduisant à une hospitalisation après 18 ans, faute d'avoir été pris en charge au début de la maladie.

Quatre structures de l'AP-HP assurent le gros de la prise en charge dans l'institution : la maison de Solenn (hôpital Cochin) et le département de pédopsychiatrie de l'hôpital Robert-Debré pour la pédiatrie, les 2 unités TCA adulte de l'hôpital Raymond-Poincaré (MCO) et de l'hôpital Paul-

Brousse (TCA-psychiatrie). On retrouve sur ces 4 structures un ratio 25 % pédiatrique, 75 % adulte. Au total, ces 4 unités constituent 82 % de tous les séjours TCA à l'AP-HP. Toutefois, ces unités sont bien souvent rattachées à des services dont l'activité est tout autre, ce qui dilue l'activité TCA, la rend moins lisible et limite dans une certaine mesure l'attribution de moyens spécifique à cette activité et à ces malades. Par ailleurs, les urgences « porte » et la réanimation sont victimes d'un important sous-codage mais jouent un rôle important dans la prise en charge de patients TCA. Les délais de prise en charge sont trop longs, le délai pour un 1^{er} rendez-vous est souvent supérieur à 2 ou 3 mois. Une des conséquences est le fait que l'entrée dans les soins s'effectue pour 30 % des patients par les urgences.

En Île-de-France, l'AP-HP assure 52 % de l'activité hospitalière de prise en charge des TCA, devant l'hôpital Sainte-Anne (30 %), l'institut mutualiste Montsouris (12 %), le secteur privé (3 %) et les hôpitaux généraux (3 %).

Il apparaît en outre que l'offre de soins de l'AP-HP est hautement spécialisée et qualifiée. En revanche, l'offre de soins en hospitalisation complète est insuffisante et manque de médecins comme de lits. De plus, l'existant souffre d'un manque de lisibilité auprès du public et les délais de prise en charge trop longs sont associés à un déficit majeur des consultations ambulatoires et des capacités d'accueil en hôpital de jour. C'est pourtant un volet indispensable pour consolider l'hospitalisation complète. De plus, les équipes dédiées sont trop petites, avec seulement 2 médecins à temps plein par équipe. La recherche clinique peine à émerger, car diluée dans les problématiques prioritaires des services hébergeant. Il apparaît aussi que le maillage entre les structures d'Île-de-France est encore trop embryonnaire.

Les recommandations que le groupe de travail de la mission propose sont les suivantes :

- créer un centre intégré d'expertise et de recours de l'AP-HP par une contractualisation des liens entre les 4 structures socles du projet ;
- créer une plateforme de régulation centralisée ;
- réaliser le rapprochement des deux unités adultes sur un même GH ;
- développer l'ambulatoire par la création d'un hôpital de jour commun aux 2 services adultes.

Le P^r Joël ANKRI tient à faire part du sentiment de la communauté médicale du GH qui interprète comme un mauvais signal ce départ d'une activité médicale de l'hôpital Raymond-Poincaré, alors que d'autres activités sont déjà parties les années précédentes au moment où le projet du nouveau Garches sur le site d'Ambroise-Paré est en cours et craint les pertes de moyens progressifs avant même que le projet soit affermi d'autant que la reconstruction du nouveau Garches prendra encore du temps.

Le P^r Jean-Claude MELCHIOR affirme son attachement et sa fidélité au GH *Hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest* (HUPIFO) depuis plus de 20 ans. Pour autant, les constats de la mission et ses propositions sont d'une grande logique dans la mise en place des parcours de soins de patients. L'avenir du GH HUPIFO et l'amélioration et la structuration de l'offre de soins pour les patients souffrant de TCA ne sont et ne doivent pas être artificiellement liés. Les 2 projets doivent et peuvent être défendus. Un exemple pour le centre TCA, le fait que 40 % des patients proviennent de province devenait intenable pour une structure de recours telle que Raymond-Poincaré. L'équipe et la structure sont très homogènes et cohérente, l'activité doit être transférée

sans morcellement. La confusion ressentie est probablement due au télescopage temporel entre le projet du nouveau Garches et les propositions du rapport de la mission TCA.

Le P^r Bernard GRANGER indique que la communauté psychiatrique souscrit à ce projet, car il existe un réel besoin de regrouper les soins somatiques et psychiatriques. Le désarroi du GH HUPIFO est certes compréhensible, mais cela ne constitue pas un argument suffisant à la non-réalisation de ce projet.

Le président observe que les forces vives sont particulièrement éclatées dans le domaine des troubles alimentaires. La question qui se pose est de savoir si des restructurations qui présentent un intérêt pour les patients peuvent être menées à bien malgré les difficultés exposées par le P^r ANKRI.

Le P^r Jean-Claude MELCHIOR pour finir la discussion indique qu'un certain nombre de décisions de fermeture de laboratoires et d'autres activités sur le site de Garches depuis quelques années était inquiétant et semblait annoncer un désir de l'administration de programmer l'apoptose de l'hôpital de Garches. Le site hospitalier n'est aujourd'hui plus viable tel qu'il est, l'exemple du service d'infectiologie qui ne dispose plus d'un laboratoire de bactériologie sur le site est tout à fait démonstratif.

Le P^r Joël ANKRI comprend l'intérêt de ce projet, en particulier du fait de l'absence d'un service de psychiatrie favorisant la prise en charge du patient à Raymond-Poincaré. Toutefois, il regrette l'absence de concertation préalable. Cela aurait permis d'anticiper des réponses adaptées.

VI. Responsabilité médicale : bilan 2016 et prévention des conflits en cas d'événement indésirable grave (ÉIG) (M^{mes} Marie GROSSET et Magali RICHARD-PIAUGER)

M^{me} Suzanne VAN COESTER, directrice de la direction des affaires juridiques (DAJ) de l'AP-HP, rappelle que l'institution est son propre assureur, ce qui lui permet de faire mieux qu'un assureur traditionnel, notamment grâce au travail mené avec la CME et les médecins-conseil, qui permettent de trouver des solutions sur mesures.

M^{me} Magali RICHARD-PIAUGER indique que les réclamations en matière indemnitaires ont crû de 20 % par rapport à 2015, mais leur nombre demeure relativement restreint au regard du nombre d'actes réalisés. La voie de recours est principalement amiable, notamment au travers des demandes préalables indemnitaires directement adressées à l'AP-HP en sa qualité d'auto-assureur mais aussi des dossiers déposés auprès des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation instituées par la loi du 4 mars 2002. Les motifs de recours demeurent essentiellement axés sur des demandes d'explication, devant les motifs relatifs aux infections nosocomiales, les erreurs ou retards de diagnostic et le défaut d'information.

Le retour d'expérience constitue un élément fondamental pour pouvoir organiser le suivi des réclamations. En effet, si l'origine des réclamations est généralement bien connue, son issue l'est moins, si bien qu'il est difficile de tirer un retour des critiques adressées par les patients.

Les montants d'indemnisation demeurent constants d'une année sur l'autre. En 2016, l'AP-HP a versé 15 M€ au titre de l'indemnisation des préjudices corporels, sachant que 13 dossiers ont concentré près de 5 M€.

Les spécialités les plus fréquemment mises en cause sont les suivantes :

- chirurgie orthopédique et traumatologique : 20 % des réclamations ;
- urgences : 15 % des réclamations ;
- chirurgie digestive : 10 % des réclamations ;
- anesthésie réanimation : 8,5 % des réclamations ;
- gynécologie-obstétrique : 8,5 % des réclamations.

M^{me} Marie GROSSET souligne également l'importance du binôme avec le médecin-conseil, compte tenu de la technicité croissante des dossiers. Le travail fourni ne serait rien sans cette complémentarité. Par ailleurs, un groupe de travail composé de personnes ayant déjà fait face à des ÉIG graves s'est constitué pour identifier les actions et réflexes à mettre en œuvre en fonction du type d'incident, afin d'éviter que le contentieux ne se transforme en une plainte au pénal. Un document récapitulatif est en cours de validation.

Le président insiste sur l'importance de savoir bien réagir en cas de survenue d'un ÉIG, car ce sont toujours des situations extrêmement douloureuses pour les familles, mais également pour les équipes soignantes.

Le P^r Sadek BELOUCIF souhaite savoir si la définition d'évènement indésirable grave retenue à l'AP-HP est celle susceptible de mettre en jeu la responsabilité du soignant ou si elle s'inscrit dans la notion plus générale de sinistralité.

Le P^r Christian RICHARD répond que la définition des évènements indésirables graves couvre la totalité des incidents susceptibles de survenir. Leur déclaration systématique sert à les analyser, ce qui permet éventuellement de renvoyer à la notion d'aléa thérapeutique. La présentation de ce jour est d'une importance considérable, car elle vient en complément du travail fourni de longue date par la CME sur la déclaration des évènements indésirables.

VII. Évolution du financement des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) de l'AP-HP (M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE)

M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE indique que malgré une évolution plutôt positive des indicateurs, les enveloppes dédiées à la recherche tendent à diminuer.

La part socle (ex-modulable) a le même objectif que la part fixe : compenser les charges liées à la réalisation des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation. Elle est répartie en fonction des indicateurs suivants :

- publications scientifiques (60 % des crédits de la part socle) ;
- enseignement (25 % des crédits de la part socle) ;
- recherche clinique (15 % des crédits de la part socle).

En ce qui concerne les publications, le critère de prise en compte est la position de l'auteur et la catégorie de la revue. De ce point de vue, l'AP-HP a pu être considéré comme 12 GH, ce qui joue un rôle important dans l'attribution des points. Toutefois l'évolution du modèle ne devrait pas se ressentir en termes de financement. En effet, le dégroupage a simplement permis d'atténuer la diminution du financement des MERRI. Néanmoins, le mécanisme du dégroupage joue sur les données 2015. L'institution dispose donc de 4 années de montée en charge du dégroupage et devrait bénéficier d'un système de rattrapage jusqu'en 2020.

L'export 2017 qui servira à établir les financements 2018 illustre une légère diminution du nombre de publications, mais une augmentation de leur score moyen. Cette évolution est plutôt positive, dans la mesure où le score moyen de l'AP-HP est particulièrement élevé, comparativement aux autres CHU.

M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE précise en outre, concernant l'indicateur relatif aux essais cliniques, que seuls sont concernés les indicateurs portant sur les essais cliniques dont les établissements sont promoteurs (recherches biomédicales et soins courants). Globalement, le nombre d'essais avec des inclusions tend à diminuer sur l'AP-HP. *A contrario*, le nombre d'inclusions de l'AP-HP dans les essais promus par d'autres établissements a tendance à augmenter.

L'AP-HP est très performante en ce qui concerne le pourcentage de projets déposés et financés, puisque l'institution représente 28 % des projets déposés et 33 % des projets financés. Les taux de réussite de l'AP-HP sont particulièrement positifs sur les programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) et se conforment à la moyenne dans les autres domaines. L'AP-HP pourrait néanmoins progresser sur les programmes de recherche sur la performance du système de soins (PREPS), en augmentant le nombre de projets déposés.

Le P^r Nicolas THIOUNN demande en quoi l'enseignement est valorisé et souhaite savoir si un mécanisme d'intéressement des équipes a été mis en place.

M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE répond qu'un intéressement a été instauré en 2014, sur la base de trois critères (publications, nombre de contrats uniques signés, essais cliniques réalisés). Le montant de l'enveloppe était de 4,7 M€ en 2016

Le président signale que dans certains CHU, les crédits finançant les MERRI sont distribués au niveau des pôles. Le système doit progresser et aller vers les personnes qui publient réellement tout en voyant des malades.

Le P^r Thierry BÉGUÉ évoque un système de récupération des crédits finançant les MERRI mis en place par des groupes privés (*Ramsay*), avec reversement au chirurgien d'une part de l'intéressement.

Le directeur général indique que ce système a été dénoncé auprès du ministère. La réponse est attendue.

VIII. Questions diverses

Le D^r Christophe TRIVALLE revient sur la problématique du harcèlement sexuel en milieu hospitalier et considère qu'il importe de faciliter les signalements. Cela étant, il faut aussi éviter les amalgames et mettre systématiquement en cause les salles de garde ou les fresques, qui ne sont pas des incitations au harcèlement sexuel. De plus, les traditions se perdent progressivement et il pourrait être contre-productif de raviver certaines querelles.

Le D^r Anne GERVAIS entend ces propos, et estime que le machisme demeure une réalité prégnante dans le milieu hospitalier. Les fresques en salle de garde en sont une des expressions. Elle propose de les numériser pour les déposer au « musée des arts et traditions à la con ».

IX. Approbation du compte rendu de la CME du 10 octobre 2017

Le compte rendu de la réunion du 10 octobre 2017 est adopté à l'unanimité.

La séance est levée à 19 heures 30.

* *
*

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

mardi 5 décembre 2017 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

mardi 21 novembre 2017 à 16 heures 30