

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE  
DU MARDI 9 FÉVRIER 2016**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE  
DU MARDI 12 AVRIL 2016**

## SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Composition et effectifs des sous-commissions de la CME	8
III.	Mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) en Île-de-France	12
IV.	État d'avancement des groupes stratégiques de la DOMU	15
V.	Déploiement de la prise de rendez-vous en ligne à l'AP-HP	19
VI.	Organisation et évolutions du développement professionnel continu (DPC) des personnels médicaux à l'AP-HP	23
VII.	Information sur le rapport 2014 sur l'activité libérale à l'AP-HP	24
VIII.	Questions diverses	26
IX.	Approbation du compte rendu de la réunion du 12 janvier 2016	27

## **ORDRE DU JOUR**

### **SÉANCE PLÉNIÈRE**

1. Informations du président de la CME (P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN)
2. Composition et objectifs des sous-commissions de la CME
  - Sous-commission du temps et des effectifs médicaux (P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ, D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE)
  - Sous-commission *Structures et stratégie* (P<sup>r</sup> Paul LEGMANN, D<sup>r</sup> Sophie CROZIER)
  - Sous-commission de la formation et de la communication (P<sup>r</sup> Jean-Yves ARTIGOU)
  - Sous-commission *Vie hospitalière* (D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV, P<sup>r</sup> Rémi SALOMON)
3. Mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) en Île-de-France (M<sup>me</sup> Christine WELTY)
4. État d'avancement des groupes stratégiques de la DOMU (M<sup>me</sup> Christine WELTY)
5. Déploiement de la prise de rendez-vous en ligne à l'AP-HP (M. Étienne GRASS)
6. Organisation et évolutions du développement professionnel continu (DPC) des personnels médicaux à l'AP-HP (D<sup>r</sup> Stéphane DAVID, P<sup>r</sup> Daniel SÉRÉNI)
7. Information sur le rapport 2014 sur l'activité libérale à l'AP-HP (D<sup>r</sup> Alain FAYE)
8. Questions diverses
9. Approbation du compte rendu de la réunion du 12 janvier 2016

### **SÉANCE RESTREINTE**

#### **Composition A**

Avis sur une demande de mobilité de PU-PH

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M. le P<sup>r</sup> René ADAM
- M. le P<sup>r</sup> Yves AIGRAIN
- M. le P<sup>r</sup> Joël ANKRI
- M. le P<sup>r</sup> Philippe ARNAUD
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ
- M. le P<sup>r</sup> Sadek BELOUCIF
- M. Guy BENOÎT
- M. le P<sup>r</sup> Olivier BENVÉNISTE
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU
- M. le P<sup>r</sup> Francis BONNET
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Marie BORNES
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Clara BOUCHÉ
- M<sup>me</sup> Anne-Sophie BOURREL
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne-Reine BUISINE
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL
- M. le P<sup>r</sup> Pierre CARLI
- M. le P<sup>r</sup> Christophe CELLIER
- M. le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE
- M. le P<sup>r</sup> Philippe CORNU
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV
- M. le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO
- M. le D<sup>r</sup> Michel DRU
- M. le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU
- M. le D<sup>r</sup> Alain FAYE
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Marysette FOLLIGUET
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Nelly FRYDMAN ACHOUR
- M. le P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Pascale GAUSSEM
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS
- M. le P<sup>r</sup> François GOFFINET
- M. le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER
- M. Jules GREGORY
- M. le P<sup>r</sup> Philippe GRENIER
- M. le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET
- M<sup>me</sup> Sophie GUILLAUME
- M. le D<sup>r</sup> Christian GUY COICHARD
- M. le P<sup>r</sup> Olivier HÉLÉNON
- M. le D<sup>r</sup> Olivier HENRY
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Dominique ISRAËL BIET
- M. le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Dominique LE GULUDEC
- M. le P<sup>r</sup> Michel LEJOYEUX
- M. le D<sup>r</sup> Julien LENGLET
- M. le D<sup>r</sup> Marc LÉVÊQUE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Ariane MALLAT
- M. le P<sup>r</sup> Laurent MANDELBROT
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Véronique MOLINA
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Lucile MUSSET
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Isabelle NÈGRE
- M. Stefan NERAAL
- M. le D<sup>r</sup> Antoine PELHUCHE
- M. le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX
- M. le P<sup>r</sup> Michel PEUCHMAUR
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Élisabeth PORSMOQUER LACOUR
- M. le P<sup>r</sup> Dominique PRIÉ
- M<sup>me</sup> Caroline RAQUIN
- M. le P<sup>r</sup> Christian RICHARD
- M. le D<sup>r</sup> Frédéric RILLIARD
- M. le D<sup>r</sup> Rémi-Henri SALOMON
- M. le P<sup>r</sup> Nicolas THIOUNN
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Marc TRÉLUYER
- M. le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE
- M. le P<sup>r</sup> Noël ZAHR
- M. le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH

- ***Avec voix consultative :***
  - M. Martin HIRSCH, directeur général
  - M. le P<sup>f</sup> Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
  - M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
  - M<sup>me</sup> Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
  
- ***en qualité d'invités permanents :***
  - M. le P<sup>f</sup> Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
  - M. le P<sup>f</sup> Bruno RIOU, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
  - M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la santé au travail de l'AP HP
  - M<sup>me</sup> Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
  - M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
  
- ***les représentants de l'administration :***
  - M<sup>me</sup> Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
  - M<sup>me</sup> Sophie BENTEGEAT, directrice des patients, usagers et associations
  - M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
  - M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
  - M<sup>me</sup> Florence VÉBER, déléguée aux relations internationales
  - M<sup>me</sup> Amélie VERDIER, secrétaire générale
  - M<sup>me</sup> Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
  
  - M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
  - M<sup>me</sup> Gwenn PICHON-NAUDÉ, (DOMU)
  
- ***Représentante de l'ARSIF :***
  - M<sup>me</sup> Catherine BROUTIN-PIOLOT
  
- ***Membres excusés :***
  - M<sup>mes</sup> et MM. les D<sup>rs</sup> et P<sup>rs</sup> Catherine BERNARD, Benoît DUBOIS-RANDÉ, Françoise CHARTIER BOTTEREL, Gérard CHÉRON, Yves COHEN, Rémy COUDERC, Blandine DENIS, Vincent JARLIER, Roberta LORENZON, Louis MAMAN, Rémy NIZARD, Julie PELTIER, Valérie PÉRUT, Claire POYART, Éric THERVET
  - M<sup>me</sup> Marion TEULIER, MM. Yann FLÉCHER, Michaël FONTUGNE, Louis MAFFI-BERTHIER

*La séance est ouverte à 16 heures 35, sous la présidence du P<sup>f</sup> Noël GARABÉDIAN.*

## **I. Informations du président de la CME**

Sur proposition du président de la CME et du vice-président doyen du directoire, le directeur général a nommé le P<sup>f</sup> Catherine BOILEAU au directoire en remplacement du P<sup>f</sup> Noël GARABÉDIAN, président de la CME, qui y siège désormais de droit.

Le P<sup>f</sup> Bruno RIOU est le nouveau président de la conférence des doyens d'Île-de-France, en remplacement du P<sup>f</sup> Jean-Luc DUBOIS-RANDÉ, qui vient d'être élu président de la conférence nationale des doyens.

Le président de la CME et le directeur général ont ouvert le 3 février la première journée de l'AP-HP sur la qualité de vie au travail. Le président souhaite que M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines de l'AP-HP fasse prochainement un retour de cette journée à la CME.

Le directoire du 2 février a débattu des suites à donner au plan d'action pour prévenir, traiter et détecter les situations conflictuelles qu'il a adopté le 4 janvier, suite au suicide du P<sup>f</sup> Jean-Louis MÉGNIEN. Le 9 février, le directeur général et le président de la CME ont chargé un groupe de travail de sa déclinaison opérationnelle. La CME et sa sous-commission *Vie hospitalière* doivent s'impliquer dans ce sujet qui relève de la qualité de vie au travail.

Le directoire du 2 février a pris connaissance :

- de l'état d'avancement des discussions supra-groupes hospitaliers (GH) entamées, d'une part, entre le doyen de l'unité de formation et de recherche médicale (UFRM) Paris-Descartes et les hôpitaux universitaires Paris-Centre, Necker – Enfants malades et Paris-Ouest, d'autre part, entre le doyen de l'UFRM Pierre et Marie Curie et les hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix et de l'Est parisien. Le président de la CME sera associé à ces discussions qui, lorsqu'elles seront plus avancées, seront présentées à la CME ;
- du projet d'institut de recherche translationnelle en onco-hémato et biothérapies, dit « plateforme Méary », dont l'installation est prévue sur le site de Saint-Louis. Il sera présenté à la CME de mars.

Le D<sup>f</sup> Christian GUY-COICHARD représente la CME au comité de pilotage chargé de la mise en œuvre du projet *Développement durable* 2015-2019 de l'AP-HP. Lors du comité du 1<sup>er</sup> février, il a présenté les axes de ce que pourrait être le volet médical de ce projet, qui vont de la transition énergétique et la vétusté du parc de matériel médical, à la recherche médicale sur le développement durable, en passant par l'hôpital numérique et les problèmes d'écologie médicamenteuse. Il se propose de constituer un groupe de réflexion pour travailler sur ces thèmes et fera prochainement un appel à volontaires parmi les membres de la CME.

Le président revient sur sa profession de foi du 12 janvier pour rappeler que l'un des enjeux cruciaux des quatre années à venir pour l'AP-HP sera sa capacité à tirer parti de son unicité pour se mettre en ordre de marche face à la concurrence des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) et au secteur privé en se regroupant de façon à constituer des équipes plus

importantes et à ne pas multiplier les plateaux techniques. Une réaction rapide s'impose. Les équipes doivent faire des projets et ne pas attendre qu'ils viennent d'en haut.

**Le directeur général** explique que la présentation définitive de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) et des comptes 2015 ne se fera qu'au printemps. Cependant, les résultats provisoires de l'année 2015 sont globalement conformes aux prévisions. Les efforts demandés en 2015 ont été réalisés. Les cibles d'activité ont été majoritairement atteintes, avec une accélération même plus rapide que prévu de la transition vers l'ambulatoire. Les résultats de l'activité conventionnelle sont en revanche légèrement inférieurs aux attentes.

Le respect global des dépenses, malgré les difficultés de certains établissements, a permis d'obtenir des financeurs et tutelles une augmentation de l'ensemble des subventions pour missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC) et missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI). Les effets en défaveur du financement de la recherche ont même donné lieu à une compensation exceptionnelle.

Une accélération des investissements est constatée, due à une meilleure programmation, et à la délégation plus précoce des crédits, avec des dossiers bien construits. 130 M€ d'investissements ont été réalisés en renouvellement du petit équipement, contre 50 M€ en moyenne par an jusqu'en 2013. Ce niveau d'investissement est même supérieur à celui de l'année dernière, où une enveloppe exceptionnelle de 20 M€ avait pourtant été accordée par la ministre de la Santé. L'ÉPRD 2016 s'inscrira dans la continuité de ce niveau d'investissement, avec 400 M€ pour l'année. L'efficacité recherchée vise à maintenir un tel degré d'investissements, qui est important pour la qualité et la sécurité des soins et de la vie au travail.

Grâce à la mobilisation des services financiers et de certains des membres de la CME, les créances institutionnelles de pays étrangers comme l'Algérie et l'Arabie Saoudite ont pu être recouvrées à hauteur de 8 M€ pour la première fois depuis très longtemps.

Les créances individuelles continuent en revanche de s'accumuler, c'est la raison pour laquelle système de pré-paiement est mis en place.

Le précédent président de la CME avait insisté en 2015 sur la nécessité de déclarer les événements indésirables graves (ÉIG), en ne se contentant notamment pas de les signaler sur OSIRIS parce qu'ils ne remontent alors pas jusqu'aux autorités sanitaires. Ils sont passés de 46 en 2014, à 75 en 2015. Cette augmentation ne signifie pas que la qualité des soins se détériore, mais au contraire, cela permet de mettre en place des politiques de prévention des ÉIG pour améliorer la qualité des soins.

Les équipes de l'AP-HP doivent être félicitées pour leurs résultats en matière de recherche en 2015. Même si l'enveloppe nationale des crédits de recherche a diminué, la part consacrée à l'AP-HP a augmenté de 5 M€. Ce résultat est à porter au crédit de la qualité des équipes de recherche, mais aussi à l'amélioration progressive de l'organisation entre le département de la recherche clinique et du développement (DRCD) et les unités de recherche clinique (URC). La fondation AP-HP mise en place à la fin de l'année précédente devrait accroître encore les moyens dévolus à la recherche.

L'année 2015 a été marquée par le début de l'application du plan stratégique 2015-2019 assorti d'une cinquantaine d'indicateurs, sur lesquels il sera possible de revenir lors d'une prochaine CME.

L'année 2015 n'a pas été facile. L'année 2016 ne le sera pas non plus.

Un groupe de travail a été mis en place avec le président pour traduire concrètement la feuille de route adoptée à l'unanimité par le directoire début janvier, dans le cadre du suicide du P<sup>r</sup> MÉGNIEN. Les conclusions seront présentées au directoire au plus tard le 15 avril, puis à la CME. Les propositions d'organisation interne et d'outils à mettre en place et à traduire dans les règlements intérieurs de l'AP-HP, seront en cohérence avec les propositions de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), selon le souhait de la ministre.

Le jury pour le choix du maître d'œuvre du nouveau Lariboisière a déterminé les cabinets admis à concourir. Ce processus se poursuivra jusqu'en octobre.

Les dossiers pour l'hôpital Nord devraient être déposés avant l'été, afin que cet hôpital puisse ouvrir au plus tard dans dix ans.

Un accord devrait être donné d'ici la prochaine CME au projet de l'hôpital Raymond-Poincaré sur le handicap, inscrit au plan global de financement pluriannuel (PGFP) pour un montant de 80 M€ et qui est d'importance nationale.

Le rapport demandé par le directeur général au P<sup>r</sup> Laurent HANNOUN concernant les améliorations à apporter à la discipline de chirurgie devrait être discuté au directoire de février et donner lieu à une présentation à la CME.

Les résultats des expertises commanditées par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) concernant la réforme de l'organisation des rythmes de travail devraient être connus début mars au plus tard. Les instances pourront ainsi être consultées.

Le transfert des activités du site Adélaïde-HAUTVAL se fera en 2016, vers les hôpitaux de l'AP-HP du groupe Paris-Nord-Val-de-Seine, mais aussi vers Aulnay-sous-Bois et Gonesse, et vers Eaubonne, dans le cadre d'une convention signée avec ces trois établissements. Ne restera à Villiers-le-Bel qu'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD).

## **II. Composition et objectifs des sous-commissions de la CME**

### **1. Sous-commission du temps et des effectifs médicaux (sCTEM)**

Le P<sup>r</sup> **Thierry BÉGUÉ** indique que la CTEM s'est réunie fin janvier. Sa composition, qui comprend deux présidents de CME locales les P<sup>rs</sup> Philippe GRENIER et Jean-Claude CAREL, est représentative de l'ensemble des métiers médicaux assurés au sein de l'AP-HP.

La sous-commission se réunit mensuellement, généralement le jeudi après le bureau de la CME, de manière à anticiper sur la CME suivante.

Ses membres participent également au groupe élargi constitué pour la révision des postes de praticien hospitalier (PH).

Les missions de la sCTEM sont les suivantes :

- étudier et valider les demandes d'avis adressées au président de la CME ;

- donner un avis sur les nominations des responsables de structures, des assistants, chefs de cliniques, PH, PHU, MCU-PH, PU-PH.

La CME dans son ensemble sera toutefois sollicitée pour émettre des rapports sur les demandes de nomination ou de titularisation, notamment à des postes de PH, pour lesquels les candidatures sont souvent nombreuses et les nominations nécessitent donc des argumentaires détaillés.

## 2. Sous-commission Structures et stratégie (sCSS)

Le **P<sup>f</sup> Paul LEGMANN** indique qu'il partage la présidence de cette commission avec le **D<sup>r</sup> Sophie CROZIER**. Tous les GH y sont représentés.

Les réunions se tiennent mensuellement, le lundi de 17 heures à 19 heures.

Les missions de la sCSS sont les suivantes :

- rencontrer les collégiales pour maintenir l'attractivité pour les jeunes médecins vis-à-vis de la concurrence des ÉSPIC, voire des CHU régionaux ;
- mettre en œuvre la loi de santé, les chartes de gouvernance, un règlement intérieur ;
- déterminer le fonctionnement de la sCSS vis-à-vis des comités exécutifs (COMEX) ou des CME locales en déterminant des stratégies intra-GH, inter-GH ou supra-GH, plutôt que les nominations fonctionnelles ou l'organisation des pôles ;
- à partir de 2017, auditionner certains GH pour examiner leurs projets supra-GH ;
- examiner avec la sCTEM les projets intra- et supra-GH et la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ;
- auditionner les pôles avec le comité de suivi des pôles, pour étudier quelles logiques médico-techniques ou architecturales, ont conduit à leur formation ; comment ils ont contribué, dix ans après la loi *Hôpital, patients, santé, territoire* (HPST), à la constitution des structures hospitalières, aux parcours de patients et à la qualité des soins ; et déterminer une nouvelle organisation polaire pour 2018-2019.

S'agissant des GHT, **M<sup>me</sup> Christine WELTY** précise que ceux-ci n'en sont qu'au début de leur constitution.

## 3. Sous-commission de la formation et de la communication (sCFC)

Le **P<sup>f</sup> Jean-Yves ARTIGOU** indique que cette sous-commission est divisée en cinq comités qu'il présidera, répartis en : trois comités pour la partie « formation », un pour la rédaction du règlement intérieur et un comité « communication » pour élaborer la lettre électronique de la CME :

- **Le comité des internes et médecins à diplôme étranger**  
Ce comité prolonge le précédent « groupe des internes », en renforçant son partenariat avec les universités, pour anticiper les conséquences de la réforme du troisième cycle. L'actualité dramatique concernant les suicides d'internes et leur souffrance au travail impose de renforcer

encore le travail déjà mené, notamment avec la sous-commission Vie hospitalière (sCVH). Le comité a pour vice-président le P<sup>f</sup> Olivier HÉLÉNON, il est composé de membres de la CME, des représentants des internes à la CME et d'invités coordonnateurs ou anciens coordonnateurs, un doyen désigné par la conférence des doyens, deux représentants de la DOMU et un représentant de la médecine du travail.

- **Le comité du développement professionnel continu (DPC)**

Il définit la politique générale du DPC et développe notamment, avec un grand succès, l'offre documentaire médicale et scientifique. Il travaille également de façon transversale en collaboration notamment avec la sCVH, la cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS/CAPCU) et le comité formation en relation avec les universités. Le comité du DPC comporte une vice-présidente le D<sup>f</sup> Élisabeth PORSMOQUER, des membres de la CME, et des invités : représentants du département du DPC médical, deux représentantes des personnels non médicaux, des membres utilisateurs et organisateurs du DPC.

- **Le comité formation en relation avec les universités**

Il travaille sur les nouveaux modes de formation : la simulation, l'apprentissage par les méthodes innovantes, mais aussi l'école de chirurgie, etc. Ce comité vise à anticiper la mise en place de la réforme du troisième cycle en concertation étroite avec les universités. Ce comité a pour vice-président le P<sup>f</sup> Michel LEJOYEUX. Il comporte des membres de la CME : P<sup>f</sup> Michel ZÉRAH, un représentant des internes à la CME et le représentant des chefs de clinique assistants, ainsi que des invités : trois doyens et des représentants des activités innovantes dans les universités, un représentant du DPC, deux représentantes des paramédicaux, deux représentants de la DOMU.

Relève également de la sCFC :

- **Le comité du règlement intérieur de la CME**

Son objectif est de rédiger un projet de règlement intérieur, qui sera soumis au président de la CME, puis à l'approbation de la CME de juin 2016. Ce comité se compose exclusivement de membres de la CME : Sophie CROZIER (vice-présidente), de René ADAM, Jean-Claude CAREL, Paul LEGMANN et Michel LEJOYEUX.

La partie « communication » de la sCFC s'articule enfin autour de deux axes :

- **Le site Internet**

Il est placé sous l'autorité directe du président de la CME qui s'appuie autant que de besoin sur la sCFC.

- **Le comité de rédaction de la lettre de la CME**

Cette lettre électronique mensuelle très brève est destinée à tous les médecins de l'AP-HP. Elle a pour objet de mieux faire connaître les actions de la CME en renvoyant par des liens sur le site internet de la CME. Ce comité a pour vice-président le P<sup>f</sup> Michel LEJOYEUX.

**Le président** souligne que l'élaboration du règlement intérieur de la CME est une des tâches majeures de cette sous-commission. L'aide de la direction des affaires juridiques (DAJ) et de la DOMU sera sans doute nécessaire.

#### 4. Sous-commission vie hospitalière (sCVH)

**Le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV** indique que la sCVH est en charge des conditions de travail et d'accueil des médecins, pharmaciens, odontologues et maïeuticiens. Elle s'est dotée en 2013 d'un règlement intérieur. Sa composition inclut des membres de la CME et l'ensemble des présidents et vice-présidents des sCVH locales.

Elle réunit deux groupes de travail :

- le groupe de travail « management médical », qui fournira d'abord des éléments de réflexion au groupe « ressources humaines médicales », évoqué par le président et le directeur général, puis suivra le plan d'action éventuellement adopté ;
- le groupe de travail « prise en charge des situations individuelles », qui existait déjà auparavant.

La sCVH travaille avec d'autres instances : sous-commission Structures et stratégie (lorsque les restructurations risquent de poser des problèmes de ressources humaines médicales) ; la sCTEM ; la commission des internes ; la commission des soins infirmiers ; la commission centrale d'analyse et de prévention des suicides (CCPAS) ; la commission régionale paritaire et le comité permanent sur les risques psycho-sociaux (RPS).

La sCVH n'est pas seulement un groupe de soutien pour praticiens en difficulté, mais une véritable instance de prévention des RPS et de réflexion sur le management médical.

**Le président** souligne également la nécessité de collaborer étroitement avec les sCVH locales et de les redynamiser, car la prévention ne peut se passer de la proximité.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** signale que la sCVH est le seul recours pour les praticiens en difficulté. Les restructurations sont l'un des motifs principaux des difficultés des praticiens. Il souhaite savoir combien de sCVH locales sont fonctionnelles.

**Le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV** précise qu'en théorie, l'ensemble des GH sont désormais dotés d'une sCVH locale.

**Le président** insiste sur la nécessité de faire vivre ces instances locales. Il convient qu'il est parfois nécessaire que les restructurations viennent du sommet mais il estime préférable qu'elles proviennent de projets conçus par les équipes. Elles sont alors mieux acceptées et plus efficaces.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** demande quel sera le lien entre les sCVH et les autres instances (CHSCT, CTLE, etc.).

**Le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV** répond que les préconisations de la sCVH seront présentées au CHSCT central et au CTCE le moment venu. Les membres de la CME qui représentent ces instances pourraient dès à présent s'associer à ce travail.

**Le P<sup>r</sup> Rémi SALOMON** estime qu'un travail important de pédagogie sera nécessaire, notamment de la part de la CME, pour faire progressivement adhérer les collègues au travail de ces sCVH, qui bouleversent le management médical, encore peu organisé.

**Le président** estime que la CME a conscience de l'ampleur du travail. Il s'agit d'une responsabilité collective. Les solutions doivent être pragmatiques. Les relations humaines sont au centre de la qualité de vie au travail.

**Le P<sup>r</sup> Rémi SALOMON** souligne le rôle déterminant du travail en équipe avec le personnel paramédical. Par ailleurs, les internes sont souvent en souffrance et il faut rester à leur écoute.

**Le président** rappelle le devoir de compagnonnage, professionnel comme humain, des seniors à l'égard des internes et des chefs de clinique.

### **III. Mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) en Île-de-France**

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** indique que tous les établissements publics de santé (ÉPS) doivent participer au GHT ;

- l'hospitalisation à domicile (HÀD) de l'aire géographique, les CHU, les ÉPS psychiatriques et les hôpitaux des armées qui sont associés au projet médical partagé (PMP) ;
- les ÉSPIC peuvent également participer au PMP dans le cadre de conventions de partenariat.

Les CHU sont obligatoirement associés aux GHT. Les doyens des UFR signent une convention avec un ou plusieurs GHT pour coordonner la gestion de la démographie médicale, les activités de recours et l'enseignement.

Les groupes hospitaliers de l'AP-HP participeront également à un ou plusieurs GHT, en fonction des territoires avec lesquels ils ont déjà des conventions de partenariat.

Le GHT doit rédiger un PMP avec une approche orientée sur les parcours patients et non plus sur les structures, pour définir une stratégie médicale de territoire et une organisation de la gradation des soins, entre proximité et recours répondant aux objectifs suivants :

- développer des stratégies médicales et soignantes pour garantir une égalité d'accès aux soins ;
- constituer des filières ;
- réaliser des gains d'efficacité ;
- améliorer les évolutions de prise en charge et maîtriser les charges

Contrairement à ce que craignaient les GH, les GHT ne remettront pas en question les coopérations existantes avec les établissements hors AP-HP. Tous les groupements de coopération sanitaire (GCS) constitués perdureront.

Par ailleurs, un ÉPS psychiatrique membre d'un GHT peut être associé au PMP d'un autre GHT dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** précise que les ÉSPIC ne sont pas obligés de participer à ces GHT. Pour l'instant, seul l'hôpital Foch a manifesté son intérêt.

Dans les GHT, un « établissement support » est désigné comme garant du PMP et support des politiques logistiques, informatiques et médicales du GHT.

Les doyens sont déjà impliqués dans les discussions. Institutionnellement, l'AP-HP a décidé de ne jamais être « établissement support » mais participera à l'élaboration du PMP des GHT auxquels elle sera associée.

L'AP-HP a obtenu que ses GH, lorsqu'ils sont concernés par plusieurs territoires, puissent participer à plusieurs GHT. Il en sera de même pour les hôpitaux pédiatriques qui leur servent d'établissements de recours et pour l'HAD.

Un décret spécifique à l'AP-HP, à l'écriture duquel l'AP-HP a contribué est actuellement en relecture à la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

L'agence régionale de santé (ARS) a défini trois enjeux pour les PMP :

- fluidifier les parcours des patients ;
- organiser la gradation des soins ;
- répondre aux enjeux de démographie médicale.

Il est d'abord demandé aux établissements membres des GHT de constituer un comité de préfiguration dont les premières réunions se sont tenues début 2016, avec les présidents des conseils de surveillance, les présidents de CME, les directeurs des centres hospitaliers et les représentants du GH référent de l'AP-HP au sein du GHT. La première version du PMP est attendue pour le 1<sup>er</sup> juillet 2016.

Après la période de préfiguration, les réflexions thématiques autour des enjeux prioritaires définis par l'ARS seront mises en place.

Enfin, les conventions seront progressivement mises en œuvre en matière de logistique, informatique et achats.

L'ARS a défini pour les PMP deux objectifs obligatoires (la biologie et l'imagerie), ainsi que les objectifs prioritaires suivants :

- la chirurgie ;
- la permanence des soins et les urgences ;
- la périnatalité ;
- le parcours en cancérologie ;
- le parcours en santé mentale ;
- la gradation autour des soins critiques ;
- la prise en charge à domicile ;
- les pharmacies à usage intérieur (PUI).

Chaque GHT pourra y ajouter un ou deux objectifs propres.

**Le président** souligne l'importance de ces GHT, dont les conséquences apparaîtront dans les années à venir. L'AP-HP doit être pleinement partie prenante. Elle doit pleinement jouer son rôle de CHU d'Île-de-France et organiser des réseaux avec les centres hospitaliers. Les textes prévoient que la CME est consultée sur la politique en matière de coopération territoriale, elle devra donc être consultée le moment venu.

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** pensait que le projet médical devait servir de base au découpage et être défini en premier.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** objecte que la définition commune d'un projet médical suppose de savoir qui doit contribuer à le définir.

**Le président** souligne que des collaborations de parcours patients doivent rester possibles avec des hôpitaux qui ne feraient pas partie d'un même GHT.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** confirme que la constitution constitutive du GHT n'a pas vocation à figer les parcours.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** indique avoir compris que les GHT n'étaient pas intégrés à l'AP-HP, ni aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM). Il souhaite savoir si les GHT, qui offrent des facilités de gestion managériale, notamment pour le personnel soignant, permettent d'organiser des suppléances entre établissements.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** précise que la DGOS a prévu un décret d'application sur la participation de l'AP-HP, des hospices civils de Lyon et de l'AP-HM aux GHT. La question d'équipes médicales de territoires est posée. Elle joue surtout pour les équipes des centres hospitaliers.

**Le directeur général** explique qu'il n'existe pas de GHT à Paris intra-muros parce qu'ils sont, soit déjà unis par l'AP-HP, soit volontairement isolés. Seul l'hôpital Sainte-Anne, qui est une communauté hospitalière de territoire en psychiatrie, devient GHT.

**Le P<sup>r</sup> Christian RICHARD** ne voit pas ce que ces GHT apportent à l'AP-HP. Plusieurs de ses groupes hospitaliers relèveront d'un GHT, non comme membre de droit, mais comme membre associé, donc sans intervenir dans les décisions. De nombreuses équipes hospitalières collaborent de longue date à des parcours patients et il craint que la nouvelle organisation les dégrade.

**Le directeur général** confirme que les GHT ont été conçus pour réorganiser le tissu hospitalier hors des grands CHU. Ils ne présentent pas non plus un risque pour l'AP-HP : les filières ne sont pas remises en cause. Pour éviter une multiplication des interlocuteurs dans les GHT, l'AP-HP a déterminé, de manière consensuelle, un GH de référence par GHT. L'AP-HP a intérêt à ce que l'Île-de-France s'organise mieux : les GHT doivent le permettre.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** indique que de nombreuses équipes craignent un accroissement de la charge de travail suite à ce projet économique, qui aboutira à une diminution des moyens des structures concernées, comme on peut déjà le constater pour les activités chirurgicales.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** précise que participer aux GHT des territoires sur lesquels l'AP-HP intervient revient à développer de l'activité grâce à de nouvelles filières. Les partenariats existants ne seront pas modifiés, mais seront seulement formalisés dans le PMP, qui fera partie de la convention constitutive du GHT.

**Le président** insiste sur le rôle de recours que jouera l'AP-HP. Les établissements privés, les ÉSPIC s'organisent. Le service public ne peut pas rester en dehors de ces réseaux. Il doit contribuer à les organiser et non les subir.

## **IV. État d'avancement des groupes stratégiques de la DOMU**

M<sup>me</sup> Christine WELTY rappelle les recommandations ou conclusions des groupes de travail :

### **Pathologie pédiatrique et fœtopathologie**

L'objectif était, par appel à projets, de regrouper l'activité pédiatrique de 4 à 2 sites et la fœtopathologie de 10 à 4 sites. Les appels à projets ont été diffusés en janvier. Les dossiers reçus feront l'objet d'une décision au cours du cycle de conférences stratégiques de mars.

### **Ophthalmologie**

Des orthoptistes ont été recrutés dans les centres d'ophtalmologie pour renforcer l'offre de soins, notamment en petite couronne.

Une mesure nouvelle sera soutenue en 2016 sur Necker pour maintenir l'offre de soins de pédiatrie.

Le comité projet Hôpital Nord réfléchit actuellement à une offre ambulatoire.

Le GH a renforcé la gouvernance du projet Cochin.

Enfin, les partenariats avec les Quinze-Vingts et la fondation seront maintenus. Ils ont produit une recherche d'excellence, très bien organisée autour du département hospitalo-universitaire (DHU) et de l'Institut de la vision.

### **Orthopédie traumatologique**

Les objectifs du groupe étaient les suivants :

- organiser les flux de traumatologie pour protéger l'activité programmée ;
- labelliser l'activité pour favoriser sa visibilité et mettre en adéquation les objectifs médicaux et les compétences ;
- regrouper les forces pour constituer des masses critiques.

Les travaux sur les aspects organisationnels sont en cours, notamment dans le cadre des restructurations de Bichat et Beaujon ; de Raymond-Poincaré; et des hôpitaux universitaires Paris Sud avec Percy.

Les mouvements universitaires font l'objet de discussions entre la direction générale, les groupes hospitaliers et les doyens.

### **Prélèvements – transplantations**

#### *Donneurs*

Le groupe recommande :

- la mise en place de l'outil de recensement « cristal action » dans toutes les réanimations ;
- la formation des personnels en charge de l'entretien des familles ;
- la rédaction d'un livret d'information aux familles ;

- le développement du prélèvement sur donneurs à cœur arrêté.

### *Prélèvements*

Il est préconisé la mutualisation des gardes par organe. Un courrier sera adressé à chaque GH courant février pour la mise en œuvre.

### *Transplantations*

#### **Rein**

Un rapprochement des équipes de Tenon et de la Pitié-Salpêtrière avait été évoqué. Les discussions et les collaborations se renforcent au sein d'une fédération.

Le rapprochement de Necker et de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) est à travailler dans le cadre de la réflexion en cours au sein de Paris-Descartes.

#### **Poumon**

Le rapprochement entre l'HEGP et Bichat devrait pouvoir être réglé avant même le début du projet Hôpital Nord.

#### **Pancréas**

Le passage à deux équipes est effectif depuis 2016.

#### **Urologie**

Afin de moderniser et améliorer la visibilité de l'urologie de l'AP-HP, le groupe préconise :

- la poursuite du développement de l'ambulatorio
- l'acquisition de robots supplémentaires comme outils d'appui à la réorganisation ;
- la mise en œuvre de fédérations d'urologie au sein des territoires universitaires ;
- le renforcement du maillage territorial pour rééquilibrer l'offre

#### **Soins de longue durée (SLD)**

La contractualisation réalisée dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) relatif aux SLD impose un maintien des lits de SLD et une réduction des lits d'ÉHPAD qui est déjà engagée. La mise aux normes qui doit l'accompagner a été votée dans le cadre du PGFP.

La mise en œuvre de quatre chantiers majeurs (Sainte-Périne, Paul-Brousse, Émile-Roux et La Collégiale - Broca) est en cours.

Une organisation supra-GH devrait permettre une nouvelle répartition des lits après reconstruction.

Des unités de soins prolongés complexes (USPC) seront créées pour les activités ne relevant pas de la gériatrie. L'AP-HP répondra à l'appel d'offres de l'ARS au deuxième trimestre 2016.

#### **Soins de suite et de réadaptation (SSR)**

L'optimisation des lits de SSR doit s'accompagner :

- d'une recherche d'alternatives en HAD-SSR ;
- d'une compensation en termes de lits médico-sociaux, sous l'égide de la région ;
- d'un développement et/ou d'une transformation pour augmenter l'offre de soins en SSR spécialisés.

La création d'USPC doit permettre de mutualiser les équipements et les équipes, notamment de rééducation avec les SLD.

Au plan organisationnel, il est préconisé :

- la mise en place de cellules de cas complexe (GH et centrale)
- la baisse des durées moyennes de séjour ;
- la fluidité des parcours intra-AP-HP ;
- l'adhésion aux programmes programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO) en orthopédie et en neurologie, en lien avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

### **Interruption volontaire de grossesse (IVG)**

Les GH se sont engagés à appliquer les préconisations du cahier des charges de l'AP-HP.

Les hôpitaux Necker et Robert-Debré ont été sollicités pour une réflexion stratégique sur leur positionnement.

Un volet « orthogénie » a été inclus à toute candidature aux fonctions de chef de service de gynécologie obstétrique à l'AP-HP et dans les contrats de pôle.

La création d'au moins un poste de praticien hospitalier temps partiel par an doit être fléchée au cours de la révision des effectifs hospitaliers.

Les collégiales d'anesthésie et des sages-femmes doivent être davantage sollicitées et impliquées.

Des travaux sont en cours avec la direction des systèmes d'information (DSI) concernant l'anonymat.

### **Diagnostic pré-implantatoire**

Le groupe de travail a choisi ne pas créer d'autres centres et de soutenir et renforcer le centre existant, conformément à la préconisation de l'agence de biomédecine.

### ***New generation sequencing* (NGS)**

Le groupe de travail recommande :

- la création d'une structure commune en informatique et bio-informatique : elle est en cours de constitution ;
- la rédaction d'un partenariat pour la production du séquençage du très haut débit pour la recherche : l'accord-cadre est en cours de finalisation ;

- l'insertion de l'AP-HP dans la stratégie nationale : l'AP-HP sera une plateforme pilote du schéma organisationnel proposé par la mission LEVY ;
- la mise en œuvre rapide d'une structure commune de génomique fonctionnelle.

### **Préservation de la fertilité**

Toutes les recommandations du groupe de travail ont été suivies.

Un espace préservation de la fertilité a été mis en place sur le site de l'AP-HP.

Un numéro vert a été créé.

La continuité des soins a été assurée.

Un référentiel de prise en charge a été rédigé.

Un état des lieux de la recherche a été effectué.

### **À venir**

Trois groupes doivent encore passer devant la CME : pédiatrie spécialisée ; neuro-radiologie interventionnelle et pharmacies à usage intérieur.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** regrette que les propositions votées par la CME n'aient pas été distinguées de celles qu'elle avait rejetées, notamment concernant les SSR.

**Le président** confirme que les projets rejetés par la CME doivent être retravaillés de manière à faire l'objet d'une adhésion collective.

**Le D<sup>r</sup> Olivier HENRY** rappelle que le « virage ambulatoire » préconisé par le groupe de travail SSR n'avait pas semblé adapté à la population concernée, essentiellement gériatrique. Par ailleurs, ce projet ne concernait pas les sites gériatriques extra-muros.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** rappelle que l'ARS et la DGOS demandent à l'AP-HP de convertir les lits de SSR en places de jour. L'objectif reste donc identique, même s'il sera retravaillé par type de SSR. Mais il n'y a pas d'exclusion des lits gériatriques extra mûris du dispositif.

**M<sup>me</sup> Sophie GUILLAUME** précise que la loi de santé du 26 janvier a autorisé la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes et que leur collègue devra être sollicitée sur ce point.

**Le P<sup>r</sup> Laurent MANDELBROT** demande si l'idée de réduire le nombre des sites de fœtopathologie à 4 n'avait pas été remise en question par le groupe de travail supra-GH.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** confirme que cette préconisation avait été maintenue.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** souligne que la moitié des patients reçus aux urgences relèvent de la traumatologie et doivent être hospitalisés. Or, un grand nombre d'hospitalisations se font finalement dans des établissements privés parce que l'aval d'orthopédie n'est pas bien organisé à l'AP-HP.

**Le P<sup>r</sup> Nelly FRYDMAN** rappelle qu'un mi-temps de secrétaire devait être affecté à chaque centre pour gérer l'augmentation de l'activité liée à la préservation de la fertilité.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** rappelle que ces créations interviendront dans le cadre du cycle de gestion en cours.

**Le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH** regrette que le groupe de neuroradiologie interventionnelle, ne comporte pas de neurochirurgien et ne prenne pas en compte les pathologies hémorragiques.

**Le P<sup>r</sup> Olivier BENVENISTE** demande quel est l'état d'avancement du projet pour les patients complexes qui ne peuvent être admis en SLD du fait de leur âge.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** explique que l'ARS lancera au deuxième trimestre 2016 un appel à candidatures pour labelliser en unités de soins prolongés complexes (USPC), unités qui seront dédiées à l'hospitalisation des personnes de moins de 65 ans en soins de longue durée. De telles unités ont déjà ouvert à la Pitié-Salpêtrière et à Albert Chenevier.

## **V. Déploiement de la prise de rendez-vous en ligne à l'AP-HP**

**M. Étienne GRASS** rappelle que ce déploiement est issu de quatre projets pilotes.

Dans le cadre de ces pilotes, en très peu de semaines, la part des rendez-vous pris en ligne grâce à *Doctolib* s'est améliorée pour dépasser 10 %. Le taux de prise d'appels a ainsi pu augmenter puisque lorsque l'appel n'était pas pris, le répondeur renvoyait sur la plateforme en ligne.

Les retours qualitatifs sont bons dans les quatre services. Leur présence sur une plateforme Internet très bien référencée et leur donne de la visibilité. L'accès aux rendez-vous est plus rapide et les patients peuvent les modifier eux-mêmes, ce qui a réduit significativement le taux de rendez-vous non honorés.

Les premiers retours des professionnels semblent indiquer que les patients inscrits par Internet sont aussi pertinents que ceux ayant pris rendez-vous par téléphone.

Un service de prise de rendez-vous en ligne sera déployé dans tous les services de l'AP-HP à partir de l'année 2016 et sera généralisé avant la fin de l'année 2017. Les directions de tous les GH ont été sollicitées pour qu'elles se positionnent sur un calendrier de déploiement.

Le service permettra :

- au patient de prendre rendez-vous et de modifier ou d'annuler ce rendez-vous sur internet ;
- aux services d'adresser la confirmation du rendez-vous par mail et par Short Message Service (SMS), en y ajoutant éventuellement des documents et des check-lists pour préparer la consultation.

L'AP-HP obtiendra ainsi :

- un outil qui permettra aux patients qui le demandent d'obtenir le premier créneau libéré pour le rendez-vous ;
- des cartes des sites qui parviendront aux patients par internet et lui permettront de s'y localiser.

Deux pilotes spécifiques sont prévus, l'un en imagerie ; l'autre qui permettra, aux médecins qui prendront eux-mêmes les rendez-vous pour leurs patients, de fournir d'emblée les données médicales pertinentes pour la consultation.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** estime que les médecins et patients devraient également pouvoir, avec des codes, accéder à des serveurs où figureraient les examens réalisés, les comptes rendus d'hospitalisation, de consultation, et des images.

**La secrétaire générale** rappelle que la constitution d'un tel portail a déjà été discutée en CME et repoussée à plus tard. À ce stade, la priorité a été donnée au paiement en ligne et à la prise de rendez-vous en ligne.

**Le P<sup>r</sup> René ADAM**, a pu apprécier, en tant que site pilote, la satisfaction des patients et des médecins envers cette nouvelle formule. Il souhaite que la consultation en cours aboutisse rapidement, tant ce projet fait consensus.

**Le directeur général** explique que l'expérience a dû être interrompue, car un appel d'offres ne pouvait pas être lancé avec un prestataire déjà en place. Le système est mis en place à l'échelle de l'AP-HP ce qui rend la procédure de consultation longue, car le marché est considérable. La procédure de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) est également sensible pour une opération de cette ampleur. La mise en œuvre est plutôt prévue fin 2016.

**Le P<sup>r</sup> Philippe CORNU** estime que le dossier médical devrait être ouvert au patient lui-même, qui est aujourd'hui capable de remplir des éléments préalables à la consultation.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** rappelle que plus d'un million de consultations sont non honorées chaque année au niveau de l'AP-HP et demande si le système permettra d'empêcher des patients qui ne seraient pas venus à plusieurs consultations de prendre rendez-vous. Par ailleurs, le système Doctolib, qui a été testé dans les services pilotes, inonde le marché privé et public en proposant pour l'instant des prix très intéressants, mais en faisant craindre une situation de monopole pour l'avenir.

**M. Étienne GRASS** admet que le risque de monopole a été envisagé. Des garanties ont été prises, notamment en conservant à l'AP-HP la maîtrise des outils du logiciel d'agenda, ce qui permettra de renoncer au besoin à ce recours à un prestataire externe. Le prestataire, quel qu'il soit, ne pourra pas non plus être rémunéré en contrepartie d'un « *ranking* » privilégié des services.

Le nouvel outil permettra aux services qui le souhaitent pour certaines surspécialités de réserver l'accès à la prise de rendez-vous en ligne aux seuls médecins adresseurs, mais cette solution ne devra intervenir qu'à titre dérogatoire.

**Le D<sup>r</sup> Marc LÉVÈQUE** souligne que les praticiens pourront grâce à ces outils réaliser des questionnaires médicaux en ligne adaptés à chaque type de pathologie pour préparer les consultations et leur faire gagner un temps considérable.

**Le directeur général** précise que la question des patients qui n'honorent pas leurs rendez-vous devra être résolue.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** demande quand les flux d'informations médicales personnelles pourront être sécurisés, et comment le passage par un médecin traitant pour prendre un rendez-vous peut être valorisé.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** signale qu'un effort important de mise à jour du site de l'AP-HP devra être réalisé si le portail de rendez-vous a vocation à y être intégré.

**M. Étienne GRASS** précise que les rendez-vous pourront être pris sur le site de l'AP-HP comme sur le site des prestataires.

Parallèlement au nouveau service un portail de pré-admission sera créé lui aussi.

Les médecins généralistes partenaires de l'AP-HP devront pouvoir prendre rendez-vous directement, et demander des créneaux plus rapides pour certains patients urgents.

**Le D<sup>r</sup> Clara BOUCHÉ** indique que, dans sa spécialité, les délais de consultation sont de 6 mois : un filtre est donc absolument nécessaire pour pouvoir recevoir en urgence certains patients, voire en refuser d'autres.

**M. Étienne GRASS** rappelle que tous les services ne sont pas de même nature de ce point de vue. Le service de diabétologie qui figurait parmi les services pilotes de Bicêtre a considéré que les rendez-vous en ligne constituaient un apport considérable. La possibilité restera ouverte aux services qui le souhaitent de ne prendre que des patients adressés par des médecins généralistes.

**Le président** ajoute que les spécialistes très demandés auront toujours à réaliser eux-mêmes un travail de filtrage important.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** signale que, lorsque certaines disciplines sont proches et que leurs délais de consultation sont très différents, les patients s'orientent souvent à tort vers des consultations dont leur problème ne relève pas.

**M. Étienne GRASS** confirme que ce sujet est central dans la réussite du déploiement de l'outil. Les profils de consultation doivent être précisément décrits praticien par praticien. Un thesaurus commun à l'AP-HP est en cours de constitution, qui devra permettre de tracer des équivalences pertinentes entre types de consultations et spécialités.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** souhaite que la prise de rendez-vous en ligne ne remplace pas la prise d'appels téléphoniques, mais s'y ajoute seulement. Elle demande quelle proportion des patients de l'AP-HP possède internet et s'il ne reviendrait pas moins cher, dans certaines spécialités, de proposer des consultations sans rendez-vous.

**M. Étienne GRASS** indique qu'il ne connaît pas le chiffre demandé.

**Le P<sup>r</sup> Olivier BENVENISTE** demande comment les rendez-vous seront distribués entre les différents spécialistes pertinents, et comment les demandes de rendez-vous non pertinentes seront gérées.

**M. Étienne GRASS** indique que l'ordre dans lequel les spécialistes apparaîtront sera déterminé par la proximité à l'égard du domicile du patient, même si ce dernier ou son médecin pourront choisir les spécialistes qu'ils veulent consulter selon d'autres critères.

**Le D<sup>r</sup> Isabelle NÈGRE** regrette également que ces prises de rendez-vous ne puissent pas faire l'objet d'un tri préalable, entre les patients plus ou moins urgents, mais aussi pour la détermination

de la durée nécessaire des consultations. Elle souhaite que les collègues intra-hospitaliers puissent adresser des patients par ce biais également.

**M. Étienne GRASS** précise que la cible est que 30 % des rendez-vous soient être pris en ligne ; le médecin conservera de toute manière la mainmise sur son agenda.

**Le président** répète que ce système ne résoudra pas les problèmes qui étaient déjà rencontrés au téléphone.

**Le P<sup>r</sup> Christophe CELLIER** pense que ces outils amélioreront certes la prise de rendez-vous, mais ne doivent pas faire méconnaître le besoin en secrétaires (ou assistantes médicales), dont la qualité et la formation sont pourtant indispensables au bon accueil des patients, à la bonne gestion et à la sécurité des soins. Or, il devient très difficile de recruter des secrétaires de qualité. Dans les ÉSPIC, ou aux États-Unis et au Canada, ces métiers ont au contraire été renforcés pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Il lui semble essentiel que l'AP-HP favorise et facilite la formation d'assistantes médicales de qualité afin de pallier la pénurie actuelle qui pénalise le fonctionnement de nombreux services, nuit à l'image de marque de l'institution et a induit des glissements de tâches consommateurs de temps pour les personnels médicaux au détriment de la prise en charge médicale du patient. Il s'interroge sur les mesures prises pour améliorer cet état de fait.

**Le président** précise que les médecins ont aujourd'hui besoin d'assistants, davantage que de secrétaires.

**M. Étienne GRASS** souligne que les logiciels de dictée médicale permettront également de faire évoluer ce métier. Un travail est engagé sur ce sujet.

**Le P<sup>r</sup> Dominique LE GULUDEC** demande si les consultations privées des praticiens apparaîtront également en ligne.

**M. Étienne GRASS** indique que « conserver l'humain » est effectivement au cœur de notre feuille de route. Les enquêtes de satisfaction ont été réalisées et sont généralement très positives.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** insiste sur la nécessité de conserver l'humain, au moins pour les patients qui ne maîtriseront pas Internet. Toutefois, elle souligne que ces prises de rendez-vous en ligne permettent de dégager du temps pour les patients qui appellent, donc d'améliorer la relation humaine. Elle demande quel est le taux de prise d'appels avec les rendez-vous en ligne et si des questionnaires de satisfaction ont été distribués aux patients qui avaient appelé les services pilotes. Elle souligne enfin le danger de refuser les patients qui multiplient les absences aux rendez-vous, car leurs pathologies risquent de s'accroître par la suite.

**M. Étienne GRASS** indique que « conserver l'humain » est sa feuille de route. Les enquêtes de satisfaction ont été réalisées et sont généralement très positives.

## **VI. Organisation et évolutions du développement professionnel continu (DPC) des personnels médicaux à l'AP-HP**

### **1. L'organisation du DPC à l'AP-HP**

Le **D<sup>r</sup> Stéphane DAVID** indique que l'organisation du DPC à l'AP-HP est articulé autour de trois structures.

- **Le comité du DPC**

Issu de la CME, il est présidé par le P<sup>r</sup> Jean-Yves ARTIGOU.

- **Le département du DPC médical**

Il comprend quatre grands secteurs : l'organisation de séminaires de formation et de programmes de DPC ; l'école de management des médecins des hôpitaux (ÉMAMH) ; les aides financières et bourses ; la documentation médicale et scientifique.

- **L'organisme de DPC**

Il s'occupe du personnel médical et non médical de l'AP-HP, notamment pour la validation scientifique des programmes de DPC ; la gestion des liens d'intérêt ; la relation avec l'organisme gestionnaire du DPC.

Le DPC nouvelle version est centré sur le soin, selon des priorités nationales définies par spécialité. Il comprend des actions de DPC, des analyses de pratiques et de la gestion des risques. Il se distingue ainsi de la formation continue qui comprend tout ce qui n'est pas identifié par les priorités nationales. La formation continue ne répond pas à la même obligation réglementaire.

L'activité générée par le département à l'AP-HP est conséquente, avec 7 255 stagiaires formés en 2015, ce qui représente près de 25 000 journées de formation. 1 930 stagiaires praticiens hors AP-HP ont également été accueillis. 682 congrès et séminaires de formation (hors bourses à destination des internes) ont été financés, pour un montant de 645 000 €, selon des critères publics et définis par la CME. Les programmes de DPC et formation ont représenté une dépense de 320 000 € et les bourses de recherche 236 000 €, alloués aux internes retenus. La documentation scientifique dématérialisée nécessite un budget d'1,7 M€.

Les formations ont majoritairement concerné les compétences médicales (67 %), mais elles peuvent également concerner les compétences managériales, la gestion des risques, la responsabilité juridique, etc.

- **Évolutions attendues**

#### *Concernant le département*

Les activités du département devraient être regroupées sur le site Broussais, avec un laboratoire de recherche en management des organisations de soins. Des travaux seront toutefois nécessaires pour assurer de bonnes conditions d'accueil. La croissance de l'activité, qui est actuellement de 10 à 12 % chaque année, devrait ainsi perdurer, grâce notamment à une augmentation des partenariats avec des CHU provinciaux et les universités franciliennes.

Trois bureaux seront maintenus au Siège, en raison du nombre d'interactions quotidiennes avec les directions fonctionnelles du siège et des GH, ainsi qu'avec les acteurs au niveau national en charge

**Le P<sup>r</sup> Rémi SALOMON** remarque que, si seuls 300 congrès sont financés par l'AP-HP, la grande majorité des congrès sont financés, soit par les médecins, soit (plus probablement) par l'industrie pharmaceutique.

**Le président** répond que la France doit bien être représentée aux congrès. Le problème est de demander les autorisations de manière correcte. Si l'hôpital ou l'université s'en chargeaient, les problèmes seraient réglés.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Yves ARTIGOU** souligne la grande qualité des manifestations de DPC organisées par l'AP-HP dont le public déborde les personnels de l'institution. Il demande dans quelles conditions d'accessibilité et de confort ces manifestations se dérouleront à l'avenir dans l'hypothèse de la vente de l'hôtel Scipion qui accueillent actuellement la quasi-totalité d'entre elles.

**La secrétaire générale** confirme que l'hôtel Scipion sera vendu, mais pas à une échéance proche. Le site de Broussais comprend des locaux déjà disponibles et fonctionnels. Des amphithéâtres permettront également au nouvel Hôtel-Dieu d'accueillir certaines manifestations.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** demande si une accréditation individuelle vaut DPC.

**Le président** le confirme. Le DPC fait partie de la QSS/CAPCU. L'obligation de se former est très importante pour la qualité et la sécurité des soins.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** indique qu'une cotisation est prélevée chaque année sur le budget du personnel médical, et demande s'il sera possible de connaître les sommes allouées ou disponibles, déclinées au niveau des pôles ou des services bénéficiaires.

**Le D<sup>r</sup> Stéphane DAVID** confirme que cette information sera diffusée.

**Le président** s'en réjouit, car il n'avait jamais pu bénéficier de cette information en 35 ans de carrière.

## **VII. Information sur le rapport 2014 sur l'activité libérale à l'AP-HP**

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** rappelle que la commission centrale de l'activité libérale (CCAL) est composée de 9 membres, nommés pour 4 ans par l'ARS, et présidée par M. Noël RENAUDIN, issu du conseil de surveillance.

Le nombre de praticiens statutairement éligibles à une autorisation d'exercice libéral a diminué de 2013 à 2014, passant de 358 à 346, soit 5,9 % de l'ensemble des praticiens.

67 % de ces contrats d'autorisation sont détenus par les PU-PH et 61 % par les GH de la couronne Sud de Paris.

58 % de ces contrats sont détenus par des spécialités chirurgicales ; 28 % par des spécialités médicales et d'imagerie. 64 % des chirurgiens urologues exercent une activité libérale, contre 13 % en chirurgie infantile. La proportion est plus faible au sein des disciplines médicales : 27 % en

cardiologie ; 12 % en dermatologie, en rhumatologie, en biophysique et en médecine nucléaire ; 9 % en radiologie ; 7 % en médecine interne.

L'activité libérale génère des recettes, puisque les honoraires des praticiens qui l'exercent sont prélevés à hauteur de 25 % pour les actes ; 16 % pour les consultations et 60 % pour certains actes de radiologie et de médecine nucléaire. Pour l'ensemble de l'AP-HP, la masse d'honoraires totale en 2014 est de plus de 33 M€, l'honoraire médian étant de 67 815 € (en hausse de 5,8 % par rapport à 2013). Le montant total des redevances versées en 2014 est ainsi de 8,6 M€, soit une hausse de 6,6 %, légèrement supérieure à celle de l'honoraire médian, ce qui signifie, soit que le nombre d'actes de chirurgie à forte redevance a augmenté, soit que le recouvrement de la redevance a été meilleur.

Le nombre d'actes et de consultations effectués à titre libéral doit être inférieur, d'une part au nombre des actes et consultations effectués au titre de l'activité publique ; d'autre part à la quotité maximale de temps consacré à l'activité libérale, qui est de 20 % du temps hebdomadaire auquel les praticiens sont astreints.

Le contrôle et le respect de ces règles s'améliorent d'année en année, bien que la quotité de temps exercée soit plus difficile à contrôler. Pour cela, les tableaux de service prévoyant les plages destinées à l'activité libérable doivent être convenablement remplis, et éventuellement corrigés rétrospectivement.

La sincérité des déclarations des honoraires perçus est contrôlée par les commissions locales d'activité libérale (CLAL) par confrontation avec les données reçues du système national inter régime (SNIR) de l'activité concernée. Les écarts constatés sont de moins en moins nombreux, mais perdurent. La commission centrale diffusera aux CLAL une lettre type permettant d'alerter les praticiens concernés afin qu'ils puissent s'expliquer en CLAL avant qu'une procédure de suspension d'activité soit éventuellement lancée auprès de la commission centrale.

Sept situations individuelles ont été examinées par la CCAL en 2015. Dans 5 situations, la procédure a été engagée selon l'article D 6154-15 du code de la santé publique. Quatre des 5 praticiens ont été jugés de bonne foi et ont dû payer ce qu'ils n'avaient pas déclaré. Dans le dernier cas, une suspension de 4 mois de l'activité libérale a été demandée et entérinée par le directeur général de l'ARS.

Le journal officiel du 27 janvier 2016 comporte quatre mesures :

- la nécessité d'être conventionné (secteur 1 ou 2) pour exercer une activité libérale à l'AP-HP ;
- une règle de non-concurrence, qui ne vaudra pas à Paris, Lyon et Marseille ;
- la possibilité pour l'administration d'évaluer le volume d'activité publique et le rapprocher de l'activité privée déclarée ;
- la création d'une commission régionale de l'activité libérale.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** indique que le temps consacré à l'activité libérale par les 346 praticiens concernés représente 60 équivalents temps plein (ÉTP). Or, les délais de consultation sont

beaucoup plus longs dans le public que dans le privé. Le contrôle doit donc être très clair. Or, il suffirait pour cela que les patients règlent leurs consultations à la caisse de l'hôpital.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** rappelle que peu de praticiens souhaitent que leurs patients payent à la caisse de l'hôpital.

## **VIII. Questions diverses**

**Le D<sup>r</sup> Anne-Reine BUISINE** demande que deux personnes se portent volontaires pour être suppléants des deux titulaires (D<sup>r</sup> Valérie PÉRUT et elle-même) pour siéger et représenter le personnel de l'AP-HP à l'assemblée générale de l'association pour la gestion des œuvres sociales des personnels des administrations parisiennes (AGOSPAP).

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** signale qu'à l'AP-HP, les femmes enceintes ne sont pas indemnisées de la même manière selon leur statut de médecin. En pratique, les praticiens hospitaliers contractuels (PHC), les attachés temps plein de moins de 1 an et les attachés avec moins de 2 vacations ne reçoivent pas de part employeur. Les conditions du remplacement des congés maternité, qui relèvent des GH, pourraient être égalisées dans les GH de l'AP-HP.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** précise que ces règles sont nationales, et non propres à l'AP-HP. Selon les effectifs des services, il est plus ou moins facile à un GH d'assurer des suppléances. Il est indispensable que les directeurs de GH conservent la possibilité de conduire une politique de ressources humaines.

**Le directeur général** estime qu'une règle systématique pourrait difficilement être imposée aux GH pour les personnels médicaux. En revanche, dans le cadre de la réforme de l'organisation et du temps de travail, une règle plus systématique pour les congés de longue maladie et de maternité est en cours d'étude concernant les personnels non médicaux.

**M<sup>me</sup> Caroline RAQUIN** suggère que l'indemnisation des personnes en congé de maternité soit traitée en sCVH.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** demande quand le document rappelant les règles de laïcité dans les hôpitaux sera diffusé. Par ailleurs, l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) propose ses services pour lutter contre le gâchis alimentaire dans les établissements, ce qui permettrait de réaliser des économies considérables.

**Le directeur général** indique qu'une note de rappel des règles de laïcité a été diffusée début décembre 2015, sa clarté a été appréciée.

**La secrétaire générale** rappelle qu'une convention-cadre a été signée avec l'ADEME le 9 novembre 2015. Un plan de lutte contre le gâchis alimentaire est inscrit au plan logistique de tous les GH. Il est toutefois difficile de récupérer les aliments une fois la chaîne du froid rompue.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** signale que la communauté des médecins anesthésistes réanimateurs s'opposera à ce que l'endormissement des patients ASA1 puisse être réalisé par les infirmières anesthésistes, comme cela semble prévu à la page 24 du projet médical et organisationnel de l'hôpital universitaire Paris Nord.

**Le directeur général** rappelle que l'hôpital Nord ouvrira dans dix ans, de sorte que son projet anticipe sur l'évolution de ces métiers. Ces questions ne sont pas taboues.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** précise que le souhait actuel des infirmières anesthésistes diplômées d'État infirmières anesthésistes diplômées d'État (IADE) d'accroître leurs compétences est en discussion au ministère, cependant, les médecins anesthésistes pourraient demander à conserver un monopole d'exercice au nom de leur spécialité.

## **IX. Approbation du compte rendu de la réunion du 12 janvier 2016**

*Le compte rendu est approuvé à l'unanimité.*

*La séance est levée à 19 heures 45.*

\*                    \*  
\*  
\*  
\*

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

**mardi 8 mars 2016 à 8 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**mardi 23 février 2016 à 16 heures 30**