

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 10 JANVIER 2017

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 7 FÉVRIER 2017

SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME	6
II. Charte du management de l'équipe médicale et guide de l'entretien individuel	8
III. Présentation du conseil régional Île-de-France de l'Ordre des médecins	10
IV. Groupe <i>Premier aval des urgences</i>	12
V. Bilan 2016 de la sous-commission <i>Structures et stratégie</i>	17
VI. Rapport sur l'organisation de la réflexion éthique à l'AP-HP	18
VII. Projet <i>Hôpital Nord</i> : suites du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) du 13 décembre	21
VIII. Avis sur la modification du pôle ophtalmologique, ORL, chirurgie ambulatoire et plastique du groupe hospitalier (GH) <i>Hôpitaux universitaires Paris-Centre</i> (HUPC)	24
IX. Questions diverses	24
X. Approbation du compte rendu de la CME du 6 décembre 2016	25

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Présentation du conseil régional Île-de-France de l'Ordre des médecins (P^r Claude-François DEGOS, D^r Jean-Luc GAILLARD-RÉGNAULT)
3. Groupe *Premier aval des urgences* :
 - Prise en charge sociale des patients complexes (M^{me} Corinne LAMOUCHE)
 - Propositions du groupe (P^r Olivier BENVENISTE)
4. Bilan 2016 de la sous-commission *Structures et stratégie* (P^r Paul LEGMANN)
5. Charte du management de l'équipe médicale et guide de l'entretien individuel (D^r Nicolas DANTCHEV, P^r Rémi SALOMON)
6. Rapport sur l'organisation de la réflexion éthique à l'AP-HP (D^r Nicole PÉRIER)
7. Projet *Hôpital Nord* : suites du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) du 13 décembre (M. Étienne GRASS)
8. Avis sur la modification du pôle ophtalmologie, ORL, chirurgie ambulatoire et plastique du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris-Centre* (HUPC) (P^r Paul LEGMANN)
9. Questions diverses
10. Approbation du compte rendu de la CME du 6 décembre 2016

Assistent à la séance

• *avec voix délibérative* :

- 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. le P^r Olivier BENVENISTE
- M^{me} le D^r Catherine BERNARD
- M^{me} le D^r Marie BORNES
- 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 Philippe CORNU
- 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^{me} le P^r Marysette FOLLIGUET
- M. Michaël FONTUGNE
- M. le P^r Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS
- 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. Jean-Vincent LAQUA
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M^{me} le P^r Dominique LE GULUDEC
- M. le P^r Michel LEJOYEUX
- M. le P^r Laurent MANDELBROT
- M^{me} le D^r Véronique MOLINA
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M^{me} le D^r Isabelle NÈGRE
- M. Stefan NERAAL
- M. le P^r Rémy NIZARD
- M. le D^r Antoine PELHUCHE
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- 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. le P^r Rémi-Henri SALOMON
- M. le D^r Thomas SCHOUMAN
- 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
- M. le P^r Michel ZÉRAH

- ***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. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- M. le P^r Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène

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

- M. le P^r Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
- 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} Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M^{me} Sophie BENTÉGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M^{me} Catherine SUEUR, secrétaire générale et directrice générale adjointe par intérim
- M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- M^{me} Hélène OPPETIT, M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ, (DOMU)

- ***Représentante de l'ARSIF :***

- M^{me} Catherine BROUTIN-PILOT

- ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Nelly ACHOUR, Catherine BOILEAU, Francis BONNET, Yves COHEN, Jacques DURANTEAU, Pascale GAUSSEM, Dominique ISRAËL-BIET, Alain FAYE, Ariane MALLAT, Louis MAMAN, Jean-Michel SCHERRMANN, NAMIK TARIGHT
- M^{me} Anne-Sophie BOURREL, Françoise ZANTMAN. MM. Yann FLÉCHER

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

I. Informations du président de la CME

Le président présente ses meilleurs vœux pour la nouvelle année et souhaite que la CME puisse continuer à travailler dans une ambiance sereine.

Le P^r Jean MANTZ, chef du service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital européen Georges-Pompidou est décédé le 9 janvier à l'âge de 56 ans. Le président de la CME, les P^{rs} Pierre CARLI et Éric THERVET, et le D^r Patrick DASSIER lui ont rendu hommage au nom de la communauté médicale de l'AP-HP. Le directeur général s'est associé à cet hommage.

Le président a ensuite rendu hommage au P^r Jean-Marie SERVANT, ancien chef du service de chirurgie plastique et reconstructrice de l'hôpital Saint-Louis, décédé le 29 décembre à l'âge de 69 ans.

La CME a observé un instant de recueillement à leur mémoire.

Conférence des présidents de CME de CHU

Le P^r Benoît VALLET, directeur général de la santé, a présenté le premier plan stratégique de la Direction générale de la santé (DGS). Trois points importants ont été soulignés devant la conférence :

- l'accent mis sur la prévention en y consacrant une part plus importante dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ; cela ne aura donc un impact sur la part réservée aux soins ;
- les groupements hospitaliers de territoire (GHT) : ils sont une préoccupation majeure pour les CHU de région, dont plus de la moitié sont des établissements supports de GHT, ce qui est très différent de la situation de l'AP-HP ; les GHT sont une opportunité pour organiser les filières entre les CHU et les centres hospitaliers (CH) ;
- la qualité et la sécurité des soins : le P^r Benoît VALLET a souligné l'importance de faire progresser le nombre des déclarations d'événements indésirables graves (ÉIG), avec une confidentialité qui soit à la fois incitative et protectrice pour les personnes les déclarant ; c'est un puissant moyen d'améliorer la santé publique.

Cellule Anesthésie-réanimation

La cellule anesthésie-réanimation s'est réunie le 19 décembre. Le recrutement des anesthésistes progresse, mais reste insuffisant car ils sont le « nerf de la guerre », comme on peut le voir aussi dans le rapport du P^r HANNOUN sur la chirurgie. Le groupe travaille sur l'homogénéisation des pratiques (rémunérations, organisation du temps de travail...) entre les groupes hospitaliers (GH). Le moment venu, un point sera fait en CME, ainsi que sur l'avancement des travaux du groupe de suivi du rapport HANNOUN.

Comité des directeurs de groupes hospitaliers (GH) et présidents de CME locale (CMEL)

Réuni le 5 janvier, il a entamé une réflexion sur les réorganisations futures et l'amélioration de l'adéquation entre outils de travail et demande des patients. La CME sera associée à ces réflexions.

L'AP-HP doit résolument se saisir de ces questions si elle ne veut pas se voir imposer des solutions dont elle ne voudrait pas.

Lors de cette même réunion, la DOMU a présenté une première estimation des coûts pour l'AP-HP du plan d'attractivité de l'hôpital public. Ces coûts auront inévitablement des répercussions sur la future révision des effectifs. La DOMU reviendra sur ce sujet devant la CME lorsque les textes réglementaires seront connus.

Informations du directeur général

Le directeur général souhaite une très bonne année à tous et présentera ses vœux institutionnels jeudi. Les chantiers (médicaux, organisationnels) seront nombreux, il s'en réjouit à l'avance.

La secrétaire générale, M^{me} Amélie VERDIER, a quitté l'AP-HP pour devenir directrice générale du Budget de l'ensemble de la France. **Le directeur général** la félicite, car c'est l'un des plus importants postes de la République. Elle est remplacée dans cette fonction par M^{me} Catherine SUEUR à laquelle **le directeur général** souhaite la bienvenue.

M^{me} Catherine Sueur se dit très honorée d'être présentée devant la CME et de rejoindre cette magnifique institution qu'est l'AP-HP. Haut fonctionnaire, elle travaille pour le service public depuis une quinzaine d'années. Elle est ravie de rejoindre le service public hospitalier. Elle a commencé à visiter les hôpitaux, remercie de leur accueil ceux qu'elle a déjà visités et annonce qu'elle va poursuivre ces rencontres.

Epidémie de grippe

Le directeur général déclare que l'activité est soutenue dans les services d'urgences depuis mi-octobre. Elle a augmenté très nettement depuis la mi-décembre en raison de la grippe, chez les personnes âgées de plus de 75 ans, entraînant le déclenchement, il y a 8 jours, du plan « Hôpital en tension ». Il faut noter, globalement, une bonne solidarité entre les hôpitaux de l'AP-HP, et au sein des établissements malgré les difficultés que suscitent les déprogrammations et les besoins très forts en aval des urgences.

Le taux de vaccination reste faible chez les médecins et très faible chez les soignants. Un texte sera peut-être publié sur l'obligation de vaccination pour les professionnels de santé d'ici la prochaine grippe. Même si ce n'est pas le cas, il faudra agir pour accroître nettement le taux de vaccination à l'AP-HP. Il n'est en effet pas acceptable de penser, d'une part que le personnel de l'AP-HP puisse se retrouver en sous-effectifs pour cause de grippe au moment de l'épidémie ; d'autre part que des transmissions aux malades soient possibles.

Depuis la dernière CME, la création de l'hôpital Nord a désormais été rendue irréversible. Il sera localisé sur un terrain à Saint-Ouen. Il a été autorisé par le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO). Il sera financé par le Gouvernement à un niveau conforme aux engagements qui avaient été pris par les pouvoirs publics, et même légèrement au-delà mais inférieur à ce qui était souhaité. Cela ne compromet pas le projet. Celui-ci entre donc dans une nouvelle phase, en attendant l'ouverture de l'hôpital courant 2025. **Le directeur général** remercie celles et ceux qui se sont impliqués afin que les délais

prévus soient tenus jusqu'à présent. Il s'engage à faire en sorte qu'ils soient tenus encore jusqu'à l'ouverture.

L'Hôtel-Dieu a ce week-end été envahi par l'association *Droit au logement* (DAL). Une aile de 13 chambres, généralement réquisitionnée pour les plans *Grand froid*, a été destinée aux sans-abris durant l'hiver, avec l'accord du préfet de région pour prendre en charge les conditions de sécurité, de gestion et de financement. Par ailleurs, il avait été déjà acté qu'une quarantaine de chambres seront mises à la disposition de mères ayant accouché dans les maternités de l'AP-HP et en grande précarité.

Ces actions s'ajoutent à celles déjà menées par l'AP-HP : la mise à disposition du bâtiment Blumenthal pour la Croix-Rouge, du bâtiment inutilisé de Fernand-Widal pour créer 200 places d'hébergement, etc. D'autres actions sont menées avec le SAMU social, dans la limite du bon fonctionnement du système hospitalier et de la bonne utilisation des ressources de l'AP-HP. Ceux qui pensent que l'AP-HP oublie l'étymologie de son nom ne la connaissent pas.

II. Charte du management de l'équipe médicale et guide de l'entretien individuel

Le président rappelle que cette charte et ce guide font suite au plan d'action pour la prévention et le traitement des situations individuelles ou à risques concernant le personnel médical que la CME a voté à l'unanimité en mai. Un travail considérable et important a été réalisé. La sensibilisation commence à porter ses fruits, malgré les difficultés. **Le président** remercie tous ceux qui ont contribué à la rédaction de la charte du management et au guide de l'entretien qui a demandé de nombreux échanges. L'objectif est le dialogue au sein des services. La discussion avec les praticiens ne doit pas avoir lieu uniquement lors de l'entretien annuel, mais tout au long de l'année, car c'est le meilleur moyen d'éviter les problèmes.

Le P^r Rémi SALOMON rappelle que le plan dit « RHPM » (ressources humaines – personnel médical) voté à l'unanimité le 10 mai 2016 prévoyait, dans sa partie prévention des conflits psychosociaux, la rédaction d'une charte du management médical et la mise en place d'entretiens annuels individuels.

1. La charte du management de l'équipe médicale

En bureau de la CME, la notion de « charte du management médical » a été remplacée par celle de « charte du management de l'équipe médicale », car il ne s'agit pas d'indiquer comment mener un service au sens large, mais seulement comment faire fonctionner une équipe. Cette charte s'adresse prioritairement aux responsables d'équipes médicales, mais doit être également connue de tous ceux qui travaillent dans de telles équipes. Elle concerne également l'ensemble des personnels soignants et vaut donc comme charte du management pour l'ensemble de l'institution. Certaines valeurs y sont particulièrement mises en avant :

- la responsabilité et l'exemplarité du chef de service ;
- le respect et la confraternité au sein de l'équipe, avec un management permettant la prise en compte des avis de chacun et la capacité à réagir, grâce au plan RHPM, en cas de mal-être d'un collègue ;

- la qualité de vie au travail, pour laquelle le ministre a publié le 5 décembre un plan d'action général pour la France, et qui est un élément crucial d'attractivité pour l'AP-HP ;
- la reconnaissance mutuelle du travail effectué ;
- le travail en équipe, avec notamment la concordance des temps médicaux et paramédicaux.

2. Le guide de l'entretien annuel

Le D^r Nicolas DANTCHEV précise que les entretiens individuels annuels prévus ne sont pas des entretiens d'évaluation, mais des moments de rencontres formalisés entre un praticien et son responsable de structure, dans un but de prévention des risques psycho-sociaux et d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Un modèle de grille adaptable a été proposé aux responsables de service pour mener les entretiens. La rédaction d'un compte rendu signé par les deux parties est encore optionnelle. Un document signé attestera toutefois que l'entretien a eu lieu.

Un module *d'e-learning* est prévu sur l'intranet dans les deux à trois mois prochains pour les responsables de structures qui souhaiteraient se former à ce type d'entretiens.

Le président souligne la qualité des échanges qui ont eu lieu entre la DOMU, la sous-commission *Vie hospitalière* (sCVH) et le bureau de la CME. On peut s'étonner qu'il faille rédiger des textes pour dire l'importance du dialogue dans les services et la nécessité de réunir les conseils de service, alors que ce devrait être naturel. Il faut ouvrir une nouvelle page du management qui privilégie le dialogue, qui est source d'apaisement et permet de progresser collectivement. Cela est d'autant plus important que les problèmes humains au sein du personnel retentissent immédiatement sur la qualité des soins apportés aux patients. La charte de management s'adresse au personnel médical, mais elle concerne aussi les relations avec les personnels soignants, administratifs, etc. Tout le monde doit être partie prenante de cet effort de dialogue.

Le P^r Rémi SALOMON rappelle qu'aucun texte n'existait auparavant, alors que tous les groupes de travail hors de l'hôpital public s'appuient déjà sur des chartes, des entretiens, etc. L'application de ce plan sera suivie avec attention.

Le président souligne que les membres de la CME portent la responsabilité de l'application de ce plan, de porter la parole de la CME et changer l'état d'esprit au sein de l'AP-HP. Ses collègues présidents de CME de CHU sont très intéressés par la démarche de l'AP-HP qui apparaît en avance sur les autres.

Le directeur général fait remarquer que ce qui est présenté ce jour n'est pas la transposition d'une loi, d'une directive ou d'un décret, mais d'une volonté collective. Il s'associe aux remerciements du président. Un travail remarquable a été accompli dans un esprit constructif, afin de trouver un cadre à la fois réaliste et commun à l'ensemble de l'AP-HP. Des progrès sont à réaliser dans chacun des corps et des professions, mais il s'agira de montrer que la mise en application de cette volonté collective correspond bien à un progrès et non à une contrainte.

La CME approuve la charte et le guide à l'unanimité.

III. Présentation du conseil régional Île-de-France de l'Ordre des médecins

Le D^r Jean-Luc GAILLARD-RÉGNAULT rappelle que le monopole de l'exercice de la médecine a été mis en place par Napoléon en 1803, sans pour autant créer un Ordre des médecins. Par la suite, plusieurs projets virent le jour sans pour autant aboutir, en raison des dissensions politiques du moment. Toutefois en 1940 le Gouvernement de Vichy crée sans concertation un premier Ordre des médecins antidémocratique, à son service et ce en totale opposition avec les projets antérieurs. Dissous par le Gouvernement provisoire d'Alger le 18 octobre 1943, il est rétabli par le Gouvernement d'union nationale présidé par le g^{al} Charles DE GAULLE le 24 septembre 1945, avec deux missions principales :

- veiller au respect de l'éthique médicale ;
- rédiger un code de déontologie, qui sera publié par décret le 27 juin 1947 et inscrit au code de la santé publique.

Du fait de l'obligation légale de s'inscrire à un tableau départemental pour exercer la médecine en France, l'Ordre est devenu de fait la seule institution républicaine commune à tous les médecins. Les médecins hospitaliers y sont cependant sous-représentés, avec seulement 350 conseillers ordinaires disposant d'une activité hospitalière sur 3 301 conseillers ordinaires en France.

Le P^r Claude-François DEGOS reconnaît une méconnaissance persistante de l'Ordre par les médecins hospitaliers. Il ne s'agit notamment pas d'un syndicat, mais d'une organisation, représentation à but confraternel.

Jusqu'à récemment, le chef de service était le responsable des actes effectués par ses collaborateurs. Depuis la loi DURIEUX de 1984, il ne l'est plus que de la bonne administration et organisation des soins, et de l'adéquation des moyens fournis aux médecins pour les tâches qu'ils ont à accomplir. Chaque médecin est maintenant responsable de ses actes.

Les plaintes en déontologie contre des praticiens hospitaliers (PH) devaient auparavant passer par le ministre de la Santé, le procureur de la République ou le directeur de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) aujourd'hui les agences régionales de santé (ARS). Il suffit désormais de déposer sa plainte au conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM), ce qui a inévitablement conduit à une augmentation du nombre des plaintes.

Le plus fréquemment, le jugement est rendu par les sections disciplinaires, mais l'assurance sociale peut également se faire juge, à parité avec l'Ordre, si elle décide de porter plainte devant la chambre de la section des assurances sociales : elle sera alors juge et partie, ce qui constitue une aberration juridique.

L'Ordre informera le PH concerné et le centre national de gestion (CNG) via le directeur général de l'ARS, des décisions prises.

Suite à un décret publié il y a deux ans, quiconque ayant un « doute sérieux » sur la compétence d'un médecin peut déposer une plainte au CDOM, qui la transmettra au conseil régional (CROM), pour insuffisance professionnelle. Une commission de la spécialité du médecin concerné sera alors

réunie pour statuer par décision ordinale sur la réalité de l'insuffisance et sur les moyens éventuels de la corriger.

Les refus d'inscription au tableau relèvent « en appel » également du CROM.

Le directeur d'un hôpital est habilité à suspendre un médecin en urgence à titre conservatoire. Le directeur de l'ARS peut suspendre en urgence le médecin pour une durée de mois, délai permettant à l'Ordre de statuer. Seul l'Ordre peut décider de la reprise de l'activité ou d'un nouveau délai de suspension permettant la réalisation d'une expertise.

Les médecins ont également le devoir de faire connaître à l'Ordre l'ensemble des contrats qu'ils ont passés, et l'Ordre doit rendre sur eux un avis, qui est à concevoir comme une aide, même s'il est prévu que ces avis deviendront contraignants prochainement.

Au titre du devoir d'aide et d'assistance du code de déontologie, l'Ordre dépense surtout plusieurs M€ par an pour aider des confrères, par exemple à se faire soigner hors de leur circonscription, etc.

L'Ordre demande enfin aux présidents des CME locales de venir présenter dans chacune des CME locales ce que l'Ordre peut apporter aux praticiens hospitaliers.

Le président invite les médecins hospitaliers à se présenter davantage pour être élus au conseil de l'Ordre. Alors qu'ils représentent 50 % des médecins sur Paris, ils ne sont que 10 à 15 % au conseil de l'Ordre. Il s'agit pourtant d'un lieu d'échanges et de représentation de la vie professionnelle.

Le P^r Bertrand GUIDET s'enquiert du rôle médiateur que peut jouer l'Ordre en cas de conflit entre collègues au sein d'un GH.

Le P^r Claude-François DEGOS confirme qu'en cas de plainte, une conciliation préalable au CDOM est obligatoire. Elle peut éviter que la plainte arrive au jugement.

Le président souligne que le conseil de l'Ordre comme d'autres personnalités extérieures peuvent intervenir dans le cadre des conciliations locales prévues par le plan RHPM. Il est parfois difficile de résoudre tous les problèmes uniquement localement.

Le P^r Bertrand GUIDET demande confirmation que l'Ordre est obligé d'instruire toutes les plaintes qui lui sont déposées, même les plus délirantes.

Le P^r Claude-François DEGOS le confirme, lorsque les conciliations ont bien eu lieu. Seul le magistrat qui préside les audiences de première instance peut refuser de laisser passer une plainte en jugement, mais il ne le fait généralement que pour des causes administratives.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE demande ce qui est prévu en cas de plainte contre un praticien qui exercerait en ayant été radié du conseil de l'Ordre.

Le P^r Claude-François DEGOS répond que la responsabilité du directeur de l'hôpital serait considérable, puisqu'il n'aurait pas dû le laisser exercer.

Le D^r Anne GERVAIS suggère à l'Ordre des médecins de changer de nom, afin de bien de ne plus faire référence à l'organisation créée en 1940 par Philippe Pétain.

Le P^r Claude-François DEGOS indique que seuls les députés ont le pouvoir d'opérer ce changement de nom..

Le P^r Sadek BELOUCIF s'enquiert de l'état des discussions de l'Ordre avec la fédération des spécialités médicales (FSM) sur les parts respectives revenant à la formation continue et au développement professionnel continu (DPC).

Le P^r Claude-François DEGOS rappelle que tous les médecins sont désormais soumis à l'obligation du DPC.

IV. Groupe *Premier aval des urgences*

1. Prise en charge sociale des patients complexes

M^{me} Corinne LAMOUCHE explique que le travail présenté est réalisé chaque année par le service social. Il s'agit de savoir ce que peut apporter le service social à la gestion des patients complexes et en séjour long. Cette enquête a été menée le 6 octobre dans l'ensemble des services hospitaliers de l'AP-HP. Elle porte sur des personnes adultes, médicalement sortantes, hospitalisées selon les deux critères d'inclusion suivantes :

En hospitalisation complète, en médecine et chirurgie, depuis plus de 30 jours :

Elles étaient 120, dont 49 personnes de moins de 60 ans et 71 personnes de plus de 60 ans. Les spécialités impactées étaient principalement la médecine interne, la chirurgie orthopédique et digestive et la cancérologie pour les plus de 60 ans. La durée moyenne de séjour (DMS) sur site allait de 30 à 3 201 jours. Les sites les plus concernés étaient, pour les moins de 60 ans, Cochin, La Pitié-Salpêtrière et Jean-Verdier ; pour les plus de 60 ans, Lariboisière, Fernand-Widal, Saint-Louis et la Pitié-Salpêtrière. La plupart des patients étaient en attente d'une orientation sanitaire.

En soins de suite et réadaptation (SSR) et médecine physique et de réadaptation (MPR) depuis plus de 60 jours

Elles étaient 395 en 2016, dont 74 personnes de moins de 60 ans et 321 personnes de plus de 60 ans. Les spécialités impactées étaient les SSR neurologiques et, pour les moins de 60 ans, le MPR, les maladies rares, le polyhandicap. La DMS sur site allait de 78 à 5 841 jours. Les sites les plus concernés étaient Berck, Lariboisière et Fernand-Widal. La plupart des patients étaient en attente d'une orientation médico-sociale.

La majorité de ces personnes étaient pourvues d'une couverture sécurité sociale et d'une assurance complémentaire. La plupart présentaient des déficiences motrices ou cognitives, et n'étaient donc pas autonomes dans leur vie quotidienne.

Tous secteurs confondus, 3 % des patients attendaient une orientation sociale ; pour 21 % des patients, aucune place n'était disponible à court ou moyen terme ; pour 6 % des patients, notamment ceux présentant des syndromes de Korsakoff, aucune structure n'était adaptée.

Les principaux obstacles à l'orientation étaient les suivants :

- des problématiques juridiques de protection des personnes vulnérables ;
- un contexte familial difficile ;
- un maintien à domicile impossible ;
- la difficulté à élaborer un projet de vie.

Les préconisations sont les suivantes :

- au niveau local : un repérage précoce des situations, grâce à une prise en charge pluridisciplinaire ; la mise en place d'un suivi des séjours longs et complexes ; et une implication des médiateurs médicaux et non médicaux notamment pour la gestion des conflits familiaux ;
- au niveau central : la mise en place d'une cellule centrale des cas complexes, pouvant relayer les sites en difficulté.

2. Propositions du groupe *Premier aval des urgences*

Le P^r Olivier BENVENISTE rappelle que le groupe de travail est en place depuis le début de la mandature et se réunit tous les deux mois. Son objectif est de réduire la DMS des patients non programmés à l'AP-HP, qui viennent de leur domicile, via les services des urgences ou les réanimations. Outre des impacts financiers, la longueur des DMS entraîne des conséquences sur l'aval des services d'accueil des urgences (SAU), particulièrement évidents en période de grippe, mais aussi des glissements de tâche pour les collègues impactés, qui doivent négocier des examens et trouver des lits d'aval.

En 2015, près de 100 000 adultes et 23 000 enfants ont été admis en hospitalisation conventionnelle non programmée, soit 26 % des hospitalisations conventionnelles. Entre 2011 et 2016, les passages en urgence et en hospitalisation non programmée ont augmenté de plus de 1,5% par an.

Dans les départements d'aval des urgences (DAU), les patients sont gardés au maximum 5 jours, avec un personnel en nombre pour ceux ayant la plus grosse activité (généralement de 2 PH et 1 chef de clinique pour 15 à 20 patients), et un accès privilégié aux plateaux techniques.

La DMS des patients non programmés venant des urgences est en moyenne de plus de 12 jours dans les 10 GH qui ne disposent pas de DAU, contre, moins de 9 jours pour les patients programmés et de 8,3 jours dans les GH qui disposent d'un DAU, contre 10,2 jours pour les patients programmés.

Pour autant, les DAU posent des problèmes :

- leur personnel est difficile à conserver ;

- ils déplacent le problème d'aval, puisque les patients devant rester hospitalisés plus de 5 jours doivent rejoindre d'autres services d'aval ;
- ils désengagent les services spécialisés ;
- ils complexifient le parcours patient.

Une solution serait de disposer de davantage de SSR polyvalents, au regard des difficultés d'accès des SSR spécialisés, particulièrement pour les internistes. Un troisième SSR polyvalent pour les adultes jeunes notamment permettrait de mieux prendre en charge les patients atteints de syndromes de Korsakoff.

Le recours à l'hospitalisation à domicile (HàD) a progressé, mais reste un problème de réactivité, qui fait souvent perdre 4 à 5 jours.

Impliquer davantage les familles semble également nécessaire, en les faisant prendre conscience des coûts des hospitalisations et en recourant peut-être à davantage de coercition juridique.

Le *bed management* peut être une solution intéressante, pour autant que les services soient regroupés de manière cohérente, grâce à des logiciels comme *AGHATE*. Surtout, un accord médical entre les médecins urgentistes et les services d'accueil est indispensable, et aucun partage de la responsabilité médicale ne doit être impliqué.

Les logiciels de programmation comme *ORBIS* devraient permettre d'améliorer les circuits de prise de rendez-vous et de résoudre certains problèmes des transports.

Une expérience innovante a été menée en chirurgie orthopédique à Bichat, Beaujon et la Pitié-Salpêtrière, avec l'organisation de prises de rendez-vous programmés dans les services d'aval par les urgentistes pour les patients venant aux urgences pour un problème sérieux, mais ne nécessitant pas une hospitalisation en urgence. Ces consultations post urgences peuvent se généraliser.

Le problème principal concerne l'accessibilité aux plateaux techniques pour les patients non programmés. Une enquête menée auprès de 6 services de médecine interne de l'AP-HP, disposant en moyenne de 67 lits, révèle que les délais sont considérables pour obtenir des examens. Or, ils sont bien moins longs dans d'autres GH. Cette enquête sur un jour donné a également révélé qu'un quart des patients étaient dans les services en attente d'un examen clé sur un plateau technique.

Pour fluidifier l'accès aux plateaux techniques, les solutions ne sont pas nombreuses :

- ouvrir des plages dédiées (tôt le matin et tard le soir) aux patients hospitalisés ;
- déporter une partie de l'activité vers la ville ;
- investir dans de nouvelles machines ;
- dédier des scanners aux patients non programmés pour les urgences et les services d'aval.

Les financements pourraient provenir de l'activité ou de la haute Autorité de santé (HAS), l'activité d'aval des urgences augmentant dans les CHU aux dépens des GH.

Le président indique avoir évoqué ce dernier problème à la présidence de conférence des présidents de CME de CHU. Les patients viennent maintenant directement dans les CHU, sans passer par le CH de proximité, notamment dans la proche banlieue parisienne. Si cette tendance se confirme, l'AP-HP va se retrouver devant un afflux de patients très difficile à gérer dans les urgences. Des maisons médicales de santé doivent être organisées, comme dans d'autres pays. Les GHT doivent permettre de constituer des réseaux, notamment en banlieue parisienne, avec les CH environnants.

Le D^r Julie PELTIER souligne que les résultats de l'enquête reflètent le ressenti de terrain. L'accès privilégié du DAU de Tenon aux plateaux techniques le rend plus « performant » que l'hospitalisation conventionnelle, qui se heurte à des délais considérables, notamment pour les examens semi-urgents. Les débuts d'ORBIS à Tenon sont prometteurs pour les prises de rendez-vous en radiologie.

Le D^r Nathalie DE CASTRO aimerait qu'un effort de sémantique soit fait afin d'éviter les formulations qui peuvent être maladroites : coercition, *business plan*, ou d'activité de « tri » non valorisante, etc. Elle signale par ailleurs que certains types de patients posant le même type de problématiques ne sont pas détectés par les enquêtes sur les DMS longues : ceux qui effectuent des allers-retours entre les soins de suite et les services d'hospitalisation durant des années. Enfin, la solution passera forcément par l'augmentation du nombre d'assistantes sociales, jusqu'à atteindre une assistance sociale par service.

Le P^r Olivier BENVENISTE confirme que les internistes prennent en charge ces patients sans ostracisme.

Le président remarque que le secteur public ne doit cependant pas se retrouver dédié aux urgences, à la précarité et au très grand recours. Il souhaite que le secteur privé ait une obligation de recevoir et prendre en charge les urgences, sinon le secteur public sera menacé, car les jeunes orthopédistes n'aspirent pas à soigner seulement des fractures du col du fémur mais aussi à réaliser des interventions programmées. Le risque est de développer une médecine à deux vitesses. Les politiques doivent prendre leurs responsabilités à cet égard.

Le P^r Rémi SALOMON se dit effaré de voir que 25 % des patients hospitalisés attendent un examen, et que les internes perdent des heures à prendre des rendez-vous. Au moins de réels progrès en efficacité sont-ils possibles sur ce plan.

Le D^r Patrick PELLOUX indique que l'épidémie de grippe crée, comme chaque année, une saturation. Pourquoi, comme les pédiatres sur la bronchiolite, ne pas ouvrir et fermer certains services en fonction des épidémies ? Le secteur privé se positionne fortement sur cette activité et l'activité d'urgence des CHU de la région ne cesse d'augmenter. Les solutions proposées sont anciennes. Aucune ne sera pertinente tant qu'il manquera des lits et des services d'aval. Les DAU sont certes nécessaires, mais ils créent une médecine à deux vitesses. Le *bed management* est une « foutaise » et dépend surtout des relations entre les services. Les maisons médicales génèrent davantage de patients pour les hôpitaux, car elles les y envoient dans le doute. L'amont surtout pose un problème de fond. Moins de 5 médecins généralistes se sont installés sur Paris en 2016. Les médecins de nuit ne souhaitent pas se déplacer pour prendre en charge les personnes âgées.

Le président estime que l'AP-HP doit quand même s'attacher à résoudre les problèmes qui restent à sa portée.

Le P^r Paul LEGMANN souligne qu'il est impossible d'ouvrir et fermer des scanners selon les besoins. Les hôpitaux de jour, les urgences internes à l'hôpital et les consultations externes (qui sont les seules à participer aux recettes du GH, et permettent d'assurer le respect des seuils d'activité imposés) font peser une contrainte très forte sur l'imagerie. Libérer des plages pour l'hospitalisation conventionnelle supposerait de mettre en place des scanners supplémentaires, mais il faudrait pour cela trouver du personnel : or, il diminue à l'heure actuelle.

Le P^r Olivier BENVENISTE reconnaît que la question est ultimement financière. Le coût occasionné par une réduction des consultations externes peut être compensé au niveau de l'hôpital par la réduction de la DMS.

La D^r Anne GERVAIS précise que près de 40 % des patients en hospitalisation complète devraient provenir des urgences si l'on compte les 13 % de patients qui sont transférés des urgences et que l'on devrait accueillir. Par ailleurs 80 % de l'activité médicale et chirurgicale de l'AP-HP n'est pas du recours et il faut bien apprendre aux internes la prise en charge des maladies standard. L'AP-HP a donc le devoir de prendre en charge ces 40 % de patients issus des urgences. Des plages horaires, d'imagerie et d'endoscopies devraient être réservées dans tous les hôpitaux publics pour accueillir les urgences.

Le président estime que l'AP-HP ne pourra pas assumer seule l'accueil des urgences, avec les problèmes de démographie médicale des CH et de ville.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE signale que l'afflux croissant des patients en urgences dans les GH tient d'une part au fait qu'il y a moins de médecins généralistes dans Paris. En effet, cette diminution du nombre de médecins généralistes à Paris est liée aux conditions d'exercice qui sont plus chères à Paris qu'en province, ce qui ne peut être résolu qu'au niveau politique ; d'autre part à une perte de confiance dans les services d'urgences de certains CH (suite à la diminution du numerus clausus, etc.), qui pousse les personnes à effectuer plusieurs kilomètres pour venir à l'AP-HP.

Le P^r Rémy NIZARD constate que la discussion porte sur des problèmes insolubles, du fait d'une double contrainte typique : l'AP-HP est contrainte à sortir d'une situation dont elle ne peut pas s'extraire. Comment prendre en charge un nombre croissant de gripes avec un nombre décroissant d'infirmières ? Les dépressions croissantes de médecins s'expliquent par ces impossibilités.

Le P^r Rémi SALOMON estime que des progrès sont néanmoins possibles au sein de l'AP-HP.

Le P^r Bruno RIOU souligne que le virage ambulatoire annoncé ne devrait pas améliorer la situation.

Le P^r Philippe GRENIER juge que la seule réponse pertinente est de dédier un scanner pour les personnes arrivant aux urgences. La France est considérablement sous-équipée.

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle que les médecins généralistes avaient prétendu ne plus vouloir effectuer de sutures du cuir chevelu, faute de valorisation de ces actes. La sécurité sociale les a

valorisés ; cela n'a rien changé. Les tarifs des visites de nuit ont de même été considérablement augmentés, sans effet.

M. Stéphane NERAAL précise, d'après les différentes études de l'ARS, que les difficultés pour les internes de médecine générale à s'installer à Paris tiennent non seulement au prix des logements à Paris, aux tensions qu'ils ressentent lors de leur stage ambulatoire et de leur stage aux urgences, mais également au coût trop bas des consultations et à l'accroissement du nombre de patients à suivre en raison des maladies chroniques.

Le président estime que le prix des consultations devrait être corrélé au coût du logement en Île-de-France. Il souhaite que les GHT permettent à davantage de médecins de qualité d'intervenir dans les CH afin qu'ils puissent relayer l'AP-HP dans la prise en charge des urgences.

V. Bilan 2016 de la sous-commission *Structures et stratégie*

Le P^r Paul LEGMANN présente le bilan de cette instance issue de la CME qui s'est réunie 10 fois en 2016, depuis son installation.

Une procédure allégée a été mise en place pour les GH présentant des demandes de modifications de structures internes aux pôles dès lors qu'elles font l'objet d'un consensus local, et en l'absence de conflit ou problématique individuelle. Ces modifications internes aux pôles pourraient par la suite être décentralisées auprès des sites lorsque la réglementation le permettra.

La sous-commission centrale *Structures et Stratégie* (sCSS) continuera de s'occuper en revanche des demandes de modification des pôles mêmes, et de transfert d'un service d'un pôle à un autre.

La sCSS a également travaillé, d'une part sur la charte de gouvernance et le règlement intérieur de l'AP-HP (qui devrait être publié courant 2017) en application de la loi de santé ; d'autre part sur les fédérations, supra-GH ou infra-GH, destinées à favoriser les parcours de patients.

La sous-commission a souhaité rencontrer les représentants des collégiales qui rencontrent des difficultés présentes ou à venir pour le recrutement des médecins : gériatrie, anesthésie, radiologie, urgences, oncologie. D'autres auditions, plus thématiques, ont été menées sur les unités sommeil (avec le P^r ESCOURROU), et la prise en charge de la douleur (avec les D^{rs} Anissa BELBACHIR et Serge PERROT). En 2017, la sCSS auditionnera les représentants de la néonatalogie et le groupe de travail *Urgences*. Elle envisage également d'ouvrir une réflexion sur les parcours patients ou les offres de soins : filière ortho-gériatrique, parcours de prise en charge de la fracture du col fémoral à l'AP-HP, etc.

Le P^r Sadek BELOUCIF signale que l'ARS a fait du parcours de prise en charge de la hanche un élément traceur, en s'inspirant des unités péri-opératoires gériatriques (UPOG) et de l'exemple de la Pitié-Salpêtrière.

Le président demande si tous les orthopédistes sont d'accord avec le système des UPOG.

Le P^r Rémy NIZARD indique qu'il est aujourd'hui connu que l'inclusion d'un gériatre à un service de chirurgie ou la prise en charge des fractures du col du fémur en gériatrie présentent les mêmes

résultats. L'essentiel des problèmes posés par ces fractures tient à la prise en charge gériatrique, notamment en matière de nutrition.

Le président demande où en est le problème du manque de médecins dans les services de chirurgie. En chirurgie pédiatrique, la présence d'un pédiatre est indispensable, quitte parfois à y sacrifier des vacances.

Le P^r Philippe CORNU juge cette prise en charge complémentaire indispensable pour améliorer les résultats chirurgicaux et la qualité des soins. Cette prise en charge est essentielle à la gestion des comorbidités des patients au quotidien et vient ainsi renforcer la qualité et la sécurité du soin chirurgical.

Le président acquiesce, et ajoute que cette prise en charge complémentaire accélère les sorties.

Le P^r Thierry BÉGUÉ signale que la réglementation actuelle de l'AP-HP rend impossibles les fédérations infra-GH dans une même discipline au sein des GH multisites.

M^{me} Christine WELTY précise que le règlement intérieur à venir lèvera cette difficulté.

VI. Rapport sur l'organisation de la réflexion éthique à l'AP-HP

Le D^r Nicole PERIER explique que le directeur général a missionné la direction de l'inspection et de l'audit (DIA) pour mener un audit sur l'organisation de la réflexion éthique à l'AP-HP, avec quatre objectifs :

- faire un état des lieux des dispositifs ou structures actuels qui favorisent l'expression éthique ;
- évaluer la contribution du centre d'éthique clinique (CEC) de Cochin ;
- envisager les meilleures articulations possible avec l'espace de réflexion éthique de la région Île-de-France (ERÉRIF) ;
- recenser les démarches existantes au sein et en dehors de l'AP-HP.

La finalité de la réflexion éthique collective est de développer la conscience des acteurs afin de leur permettre d'agir selon une appréciation éclairée du problème. Elle est le fruit d'une réflexion collective, d'échanges et de débats. On distingue l'éthique clinique, menée dans le cadre de consultations cliniques, davantage réflexive et contextuelle, de l'éthique plus institutionnalisée, davantage prescriptive et procédurale.

Historiquement à l'AP-HP, les différentes structures portant le sujet de la réflexion éthique se sont mises en place en fonction des grands problèmes de santé publique et de la réglementation. Ainsi, de nombreux comités d'éthique locaux se sont créés dans les années 80 avec les sujets du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de la procréation médicalement assistée (PMA) ; l'espace éthique de l'AP-HP a été constitué en 1994, année de parution des lois de bioéthique, et le centre d'éthique clinique a été créé lors de la loi du 4 mars 2002. Depuis, le centre d'éthique clinique de l'AP-HP est devenu l'espace de réflexion éthique de l'Île-de-France (ERÉRIF) par arrêté de 2012, en

réponse à la révision des lois de bioéthique de 2004 prévoyant la création d'un espace de réflexion éthique au niveau régional ou interrégional, adossé au CHU.

L'audit a suivi une méthode classique, avec l'envoi d'un questionnaire aux directions de GH et hôpitaux hors GH pour une réponse conjointe avec les présidents de CME locale et de comité consultatif médical (CCM). Le taux de réponse a été de 100 %. Une procédure contradictoire a été menée sur le CEC et l'ERÉRIF. Le rapport définitif a été rendu au directeur général en septembre 2016

Les résultats sont les suivants :

1. Concernant les organisations centrales et locales

En central, l'AP-HP ne dispose pas d'une organisation permettant de promouvoir une politique institutionnelle de la réflexion éthique et de coordonner les initiatives locales.

En local, dans les GH et hôpitaux hors GH, les organisations sont très hétérogènes. Si les trois quarts des GH disposent d'un comité ou groupe de réflexion éthique, leurs composition et mode de fonctionnement sont variables, mais ils disposent tous d'une présidence médicale. La plupart organisent des journées de réflexion, des sensibilisations -formations du personnel et produisent de la documentation. Quatre comités de réflexion éthique étudient les protocoles de recherche hors comité de protection de la personne (CPP). Les thématiques abordées sont nombreuses : les directives anticipées, la fin de vie, mais aussi la maltraitance, la définition du soin, l'annonce d'une maladie grave, etc.

Les démarches ouvertes de type « cafés éthiques » sont très peu nombreuses.

Certaines initiatives de service ou de spécialité, ainsi que certains groupes de travail thématiques (fin de vie, bientraitance, etc.) existent également.

2. Concernant le centre d'éthique clinique (CEC)

L'activité principale du CEC est surtout axée sur des consultations d'éthique clinique. Issue d'une saisine par les patients, leurs proches ou leurs soignants, elle permet une aide à la décision médicale, sur la base de consultations d'une semaine en trois phases : recueil des données et entretiens, staff pluridisciplinaire et conclusions. Tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire du CEC ont été formés en interne.

Parallèlement, le CEC mène des activités annexes de recherche, de formation et de participation au débat public.

Le CEC reste très peu connu des GH de l'AP-HP et insuffisamment sollicité (une cinquantaine de consultations par an) au regard de son apport potentiel sur des cas complexes.

3. Concernant l'ERÉRIF

L'ERÉRIF (ancien espace éthique de l'AP-HP), reconnu internationalement, a été promu espace régionalisé de l'ARS par l'arrêté du 4 janvier 2012. Sa convention constitutive a été signée en 2015 et lui confère des missions de formation, de documentation, de rencontres et d'échanges

interdisciplinaires, d'observatoire régional des pratiques éthique et d'organisateur de débats publics. La richesse de ses apports, de reconnaissance nationale voire internationale, ainsi que ses liens historiques avec l'AP-HP imposent de le repositionner au mieux dans l'institution.

Les recommandations de la DIA sont les suivantes :

- assurer une coordination centrale directeur général – commission médicale d'établissement avec un coordonnateur médical légitime sur le sujet (plutôt un médecin), un comité d'éthique institutionnel et un soutien de la Domu ;
- assurer en local au minimum le fonctionnement d'un groupe de réflexion éthique local pour les professionnels et d'un café éthique ouvert ;
- assurer le maintien des activités de consultation d'éthique clinique du CEC, en ouvrant son offre à tous les GH et hôpitaux hors GH, par un positionnement supra-GH, adossé à la Domu et suivi par un comité scientifique ;
- assurer les relations de l'AP-HP avec l'ERÉRIF.

Le président convient que les médecins n'ont pas toujours le réflexe de formaliser la réflexion éthique qu'ils portent en eux-mêmes tous les jours, devant tous leurs patients.

Le P^r Rémi SALOMON est surpris du fait que des consultations éthiques n'ont lieu qu'à l'hôpital Cochin. Son hôpital fait appel plusieurs fois par an à un comité d'éthique pour de telles consultations : de manière surprenante, il rend son avis sans avoir vu le patient. Il demande si le CEC aurait la capacité de répondre à une demande de consultations éthiques de l'ensemble des GH.

Le président souligne que des réflexions éthiques sont souvent menées de manière pluridisciplinaire, pour prendre des décisions. La formalisation de ces réflexions devrait être plus homogène.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI s'enquiert des recours qui ont été envisagés à l'université, pour la formation des étudiants, mais aussi pour l'aide que pourraient apporter à l'AP-HP d'autres unités de formation et de recherche (UFR), tels que ceux de philosophie et de psychologie.

Le D^r Nicole PERIER explique que la question de l'analyse des formations universitaires sortait du cadre de l'audit mais qu'elle est référencée dans le rapport. L'ERÉRIF notamment dispose d'un catalogue considérable à cet égard sur l'Île-de-France.

Le président souhaite une clarté de l'organisation éthique dans chaque GH.

Le D^r Sophie CROZIER estime que si la coordination et coopération des différentes structures éthiques existantes à l'AP-HP ne sont peut-être pas optimales, ces instances sont indispensables pour promouvoir la réflexion éthique au sein de l'institution. Les formations dispensées par l'ERÉRIF sont remarquables et facilement accessibles à tous les professionnels de l'AP-HP depuis des années. Elles permettent aux acteurs de terrain de développer une démarche éthique dans leur service et de réaliser des travaux de recherches dans le cadre de master ou de thèse. L'existence du CEC est sans doute moins connue des professionnels de l'AP-HP (hors Cochin) qui sont aussi

peut-être plus en difficulté quand ils ont à solliciter un avis extérieur. Par ailleurs, elle note qu'il serait essentiel de développer la recherche universitaire en matière d'éthique car la France connaît un retard important par rapport aux autres pays européens et aux États-Unis.

Le P^r Eric THERVET estime également que l'éthique clinique dispose déjà d'un lieu centralisé, qu'il convient de mieux décliner localement. Le rôle de l'ERÉRIF en matière d'organisation du débat public est également très important. Réfléchir à un espace dédié à la réflexion éthique sur la recherche serait également très important. Les entrepôts de données et l'utilisation des données et de la biobanque vont susciter de nombreux débats à cet égard.

Le D^r Nicole PERIER confirme que cette réflexion est prévue également par le rapport. Le département de la recherche clinique et du développement (DRCD) a mis en place un comité éthique et scientifique de l'entrepôt de données de santé (EDS), par lequel toutes les recherches translationnelles devront passer.

VII. Projet *Hôpital Nord* : suites du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) du 13 décembre

M. Étienne GRASS rappelle que le ministère a confirmé le 13 décembre la subvention qu'il versera pour l'hôpital-Nord. Une semaine plus tard, un protocole d'accord était signé avec le maire de Saint-Ouen pour définir l'implantation définitive de l'hôpital. A la faveur de ces deux évolutions, le Campus est désormais devenu irréversible.

Sept communes rassemblent 50 % de la patientèle des hôpitaux Bichat et Beaujon réunis. Cette patientèle est située dans le nord de Paris, principalement en Seine-Saint-Denis. L'emplacement choisi reste au sud de ce territoire, à 1 kilomètre de Bichat et 900 mètres de Beaujon. Il sera desservi par le réseau express régional (RER C), la ligne 13 et par une station de la ligne 14 qui est en construction.

Le projet a été débloqué grâce à l'engagement pris par l'État de financer la construction d'un pont par-dessus les voies ferroviaires. L'unité géographique du campus hospitalo-universitaire est assurée.

L'équilibre financier repose sur les hypothèses construites dans le plan global de financement pluriannuel (PGFP), avec un investissement global supérieur à 900 M€, qui se décomposent comme suit :

- pour l'AP-HP, une enveloppe d'investissement de 650 M€ et des enveloppes d'équipement de l'ordre de 65 M€ ; une subvention de l'État de 168 M€ a été décidée à l'occasion du COPERMO ;
- un investissement universitaire de 175 M€ qui s'ajoute aux coûts d'acquisition fonciers.

Depuis le passage en COPERMO, une nouvelle phase du projet s'ouvre, durant laquelle les surfaces de terrain doivent être libérées. « Douze travaux » ont été identifiés, qui doivent être menés en vue d'un début de la construction en 2020 et de la livraison du bâtiment en 2025 :

- finaliser la réflexion sur le bâtiment de recherche et son articulation avec les bâtiments hospitaliers ;
- préciser l'intégration urbaine du campus, en lien avec le concessionnaire de la zone d'aménagement concerté (ZAC) ;
- modifier le plan local d'urbanisme (PLU) ;
- conduire le débat public ;
- préparer le concours d'architecture ;
- finaliser la négociation avec les propriétaires (SNCF et EHI VALAD) sur l'acquisition de la parcelle ;
- anticiper la transformation digitale, avec un appel à manifestation d'intérêt (AMI) qui sera lancé auprès des entreprises du numérique ;
- réaliser un premier bilan carbone des hôpitaux universitaires Paris Nord Val-de-Seine (HUPNVS) ;
- élaborer un plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- asseoir de nouveaux partenariats avec la médecine de ville du territoire (notamment pour la gestion des flux non programmés) et les acteurs hospitaliers (le COPERMO émettra une recommandation spécifique sur l'articulation avec le CH de Saint-Denis) ;
- préciser la feuille de route du site Claude-Bernard ;
- construire un écosystème de partenaires privés autour du projet.

Le D^r Julie PELTIER demande des précisions sur la réduction capacitaire prévue, en comparaison avec les capacités actuelles de Bichat et Beaujon.

M. Étienne GRASS précise que le nombre de lits d'hospitalisation complète sera réduit d'environ 30 %, mais ce chiffre doit être remis en perspective car une part significative (15 %) des chambres certaines chambres seront dédoublables, ce qui permettra à l'établissement de disposer d'une capacité d'extension éventuelle pour pallier les éventuels flux de patients ou les épidémies. Quant aux places d'hospitalisation partielle, elles seront multipliées par deux. Enfin, un hôtel hospitalier largement dimensionné (150 chambres) accompagne le projet.

Le D^r Julie PELTIER signale que les chambres doubles rendent la gestion des patients assez difficile. En cas d'épidémie de grippe, notamment, elles ne peuvent pas être utilisées.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI rappelle que le projet s'intitule « Campus Nord » et non « Hôpital Nord ». Il suscite un grand enthousiasme de la part de l'UFR Diderot. Les étudiants comme les enseignants tiennent beaucoup à ce que ce campus soit un véritable lieu, non seulement d'enseignement, mais aussi de vie, avec des salles disponibles près de 24 heures sur 24 et des activités extra-universitaires.

Le bâtiment d'enseignement sera doublé d'un centre de congrès. Pour des raisons de convivialité et de gestion, l'université tient à conserver son unité de lieu avec le bâtiment recherche, ce qui pose encore des problèmes. Les actuels bâtiments d'enseignement et de recherche des facultés Bichat et Villemin seront intégralement transférés sur le nouveau site. Une partie de la recherche sera toutefois conservée sur Lariboisière et Saint-Louis, Robert-Debré.

Le président relève que c'est une étape importante et un message très fort pour le bassin nord de population, dont les besoins étaient évidents. La réduction du nombre de lits reste toutefois inquiétante.

Le D^r Patrick PELLOUX demande si les urgences de Bichat et Beaujon et leur aval seront fermés.

Le P^r Dominique LE GULUDEC indique qu'en effet, la réduction capacitaire est une préoccupation, mais que le développement de l'ambulatoire, l'hôtel hospitalier, et la taille des plateaux techniques, en particulier en imagerie, devraient aider. Le dimensionnement des SSR sera important pour fluidifier l'aval.

M. Étienne GRASS rappelle que le projet initial proposait une généralisation des chambres individuelles. Le ministère s'y est opposé et a imposé la création d'une chambre double par unité de 28 lits, au motif qu'il est réglementairement impossible de facturer des chambres individuelles en l'absence de chambre double. Parmi les 27 autres chambres individuelles, 4 sont prévues pour être dédoublables en cas de pic d'activité.

Le D^r Julie PELTIER s'enquiert des effectifs d'infirmiers diplômés d'État (IDE) prévus pour s'occuper de ces chambres.

M. Étienne GRASS rappelle que ce point a fait l'objet d'échanges en CME précédemment, ainsi qu'au COPERMO. La position de la CME a été présentée par le Directeur général ce qui a permis de couper court à des discussions qui seraient prématurées. Un travail est actuellement mené pour organiser une gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences et anticiper les besoins sur de nouveaux métiers.

Le président souligne qu'outre la précarité des patients dans ce bassin de population, la mise en place de la chirurgie ambulatoire requiert du personnel (pour gérer l'accueil, les astreintes, etc.). À défaut, la prise en charge ambulatoire sera mauvaise et les personnes reviendront ensuite en prise en charge conventionnelle.

M. Étienne GRASS précise que les deux services d'accueil d'urgences seront regroupés sur le futur hôpital en un service qui a été dimensionné pour prendre en charge l'équivalent de la patientèle des deux SAU, soit 110 000 passages.

À la demande de la mairie du 18^{ème} arrondissement, un travail a également été engagé avec l'ARS pour mettre en place une offre de soins de proximité pour les patients non programmés dans le cadre du projet Claude-Bernard.

Le P^r Bertrand GUIDET demande si le devenir du bâtiment de Bichat qui date de 1980 a été discuté dans le cadre du COPERMO.

M. Étienne GRASS explique que les études de rénovation de ce site menées en 2009 ont montré que les travaux requis impliquaient des coûts équivalents à ceux envisagés dans le cadre de l'opération d'investissement tout en générant des contraintes opérationnelles incompatibles avec le maintien d'une activité satisfaisante sur les sites.

Sur Claude-Bernard, les bâtiments conserveront une activité hospitalière, notamment en de soins de suite et de réadaptation, de soins de longue durée et de psychiatrie.

Le P^r Laurent MANDELBROT rappelle la place de l'hôpital Louis-Mourier dans le GH et la densification de l'activité qui y sera entraînée, notamment sur l'aval des urgences. Les interrelations avec Saint-Denis devront également être réorganisées.

Le D^r Sophie CROZIER s'enquiert des solutions de logement prévues en vue du recrutement des infirmières.

M. Étienne GRASS indique que ce sujet reste en discussion. Le maire de Saint-Ouen recherche des opportunités dans son programme de logements, car il est très intéressé pour faire venir des personnes qualifiées sur son territoire.

Le D^r Patrick PELLOUX souligne que le service d'urgences ainsi constitué sera le plus grand de France. La réduction du nombre des lits d'hospitalisation complète dans ces conditions risque de poser de graves difficultés pour l'aval.

M. Étienne GRASS rappelle que cette réduction du nombre des lits constitue le cœur du projet.

VIII. Avis sur la modification du pôle ophtalmologique, ORL, chirurgie ambulatoire et plastique du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris-Centre* (HUPC)

Le P^r Paul LEGMANN indique que la sous-commission des structures a examiné la demande de suppression du pôle 110 et le transfert des trois services qui le composent sur le GH *Hôpitaux universitaires Paris-Centre* :

- le service de chirurgie plastique et ambulatoire vers le pôle périnatalité (pour des raisons de géographie et de synergie) ;
- l'unité fonctionnelle de consultation d'ORL vers le pôle *Anesthésie, réanimations, thorax, explorations* (ARTE) (de chirurgie thoracique et de pneumologie), pour des raisons de synergie ;
- le service d'ophtalmologie vers le pôle périnatalité, du fait que l'ophtalmologie est par nature ambulatoire et sera ainsi rapprochée de l'unité de chirurgie ambulatoire au sein du pôle de périnatalité.

La CME approuve la modification du pôle ophtalmologique, ORL, chirurgie ambulatoire et plastique du GH HUPC à l'unanimité.

IX. Questions diverses

Le D^r Patrick PELLOUX indique qu'un rapport des députés FENECH et PIETRASANTA sur les activités terroristes, qui vient d'être publié, concorde avec un rapport sur les activités de DAECH pour estimer à près de 12 000 le nombre de djihadistes français encore actuellement en Syrie susceptibles de rentrer avec femmes et enfants. L'AP-HP doit se préparer à les accueillir, la justice ne sachant pas comment classer ces « patients ». L'AP-HP a essayé de monter un centre de

déradicalisation à la Pitié-Salpêtrière ; or, aucune évaluation et aucun critère de qualité n'existent pour les personnes en charge de la déradicalisation.

M^{me} Christine WELTY précise que la Pitié-Salpêtrière a répondu à l'appel d'offres de la préfecture de police et n'entretient aucun lien avec les personnes mentionnées. Le psychiatre Serge HEFEZ est responsable de l'unité de thérapie familiale dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière de Paris et dirige la consultation de déradicalisation. Il a commencé à travailler avec les mineurs radicalisés au centre de prévention contre les dérives sectaires liées à l'islam (CPDSI). Mais il n'existe aucun lien conventionnel entre le CPDSI et le GH Pitié-Salpêtrière ni aucune présence physique de Farid BENYETTOU au sein du service de pédopsychiatrie. La consultation de déradicalisation centrée sur la prise en charge familiale est une offre de soins proposée dans le cadre strict de l'appel d'offres de la préfecture de police. Cette réflexion est portée par les pouvoirs publics, et non par l'AP-HP spécifiquement.

Le P^f Bernard GRANGER signale que les instances représentatives des psychiatres français, sollicitées par le ministère de la Santé et le ministère de l'Intérieur, qui travaillaient à mettre en place des méthodes de déradicalisation, ont estimé qu'il ne s'agissait pas d'un problème psychiatrique.

Le président souligne la gravité du problème soulevé dont les pouvoirs publics doivent prendre conscience, et qui ne doit pas être médicalisé sans nécessité.

X. Approbation du compte rendu de la CME du 6 décembre 2016

Le compte rendu de la CME du 6 décembre 2016 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 19 heures 35.

* *
*

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

Mardi 7 février 2017 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mardi 24 janvier 2016 à 16 heures 30