

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE**

**DU MARDI 4 JUILLET 2017**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE**

**DU MARDI 12 SEPTEMBRE 2017**

## SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME	7
II. Avis sur le rapport d'activité 2016 de l'AP-HP	10
III. Avis sur le compte financier et l'affectation des résultats 2016 et information sur la situation budgétaire 2017	11
IV. Conclusions du groupe ad hoc de la CME sur l'impact de la réforme du 3 <sup>e</sup> cycle des études médicales sur les services de gériatrie de l'AP-HP	16
V. Attractivité	19
VI. Mise en place d'une commission <i>Innovation</i> à l'AP-HP	26
VII. Évaluation des activités de recherche de l'AP-HP par le Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCÉRES)	29
VIII. Hémovigilance	30
IX. Questions diverses	31
X. Approbation des comptes rendus des CME des 9 mai et 6 juin 2017	32

## ORDRE DU JOUR

### SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN)
2. Avis sur le rapport d'activité 2016 de l'AP-HP
3. Avis sur le compte financier et l'affectation des résultats 2016 et information sur la situation budgétaire 2017 (M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ)
4. Conclusions du groupe *ad hoc* de la CME sur l'impact de la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales sur les services de gériatrie de l'AP-HP (P<sup>r</sup> Jean-Yves ARTIGOU)
5. Attractivité (M<sup>me</sup> Christine WELTY)
  - Mise en œuvre à l'AP-HP du plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public
  - Cellule *Anesthésie-réanimation* : conclusions et propositions
6. Mise en place d'une commission *Innovation* à l'AP-HP (M<sup>me</sup> Florence FAVREL-FEUILLADE)
7. Évaluation des activités de recherche de l'AP-HP par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCÉRES) (P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU)
8. Hémovigilance
  - Plan d'action *Hémovigilance* de l'AP-HP : bilan annuel et perspectives (D<sup>r</sup> Nadia ROSENCHER)
  - Plasma traité par solvant-détergent (SD) : indications à l'AP-HP et risques liés au double circuit des plasmas thérapeutiques (P<sup>rs</sup> Béatrice CRICKX et Philippe LECHAT)
9. Questions diverses
10. Approbation des comptes rendus des CME des 9 mai et 6 juin 2017

### SÉANCES RESTREINTES

#### Composition B

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH des disciplines médicales au titre de l'année 2017
- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH d'odontologie au titre de l'année 2017
- Avis sur une candidature à la mutation sur un emploi de MCU-PH d'odontologie au titre de l'année 2017

#### Composition A

- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH des disciplines médicales au titre de l'année 2017
- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH d'odontologie au titre de l'année 2017

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix délibérative :***

- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Nelly ACHOUR
- M. le P<sup>r</sup> René ADAM
- 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 BENVENISTE
- 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> Clara BOUCHÉ
- 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> Yves COHEN
- M. le P<sup>r</sup> Philippe CORNU
- M. le D<sup>r</sup> Rémy COUDERC
- M. le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV
- M. Arthur DAUPHIN
- 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. 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. le P<sup>r</sup> Philippe GRENIER
- M. le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET
- 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. Jean-Vincent LAQUA
- 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 P<sup>r</sup> Laurent MANDELBROT
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Isabelle NÈGRE
- M. le P<sup>r</sup> Rémy NIZARD
- 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 PORSMOGUER
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Claire POYART
- M. le P<sup>r</sup> Dominique PRIÉ
- M. le P<sup>r</sup> Christian RICHARD
- M. le D<sup>r</sup> Frédéric RILLIARD
- M. le P<sup>r</sup> Rémi SALOMON
- M. le D<sup>r</sup> Thomas SCHOUMAN
- M. le P<sup>r</sup> Éric THERVET
- M. le P<sup>r</sup> Nicolas THIOUNN
- M. le D<sup>r</sup> Phanarom THONG
- M. le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE
- M. le D<sup>r</sup> Noël ZAHR

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P<sup>r</sup> Bruno RIOU, président de la conférence des doyens d'Île-de-France
- M. le P<sup>r</sup> Louis MAMAN, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris-Descartes
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- M. le P<sup>r</sup> Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène

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

- M. le P<sup>r</sup> Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
- M. le P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
- 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. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
- M<sup>me</sup> Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M<sup>me</sup> Sophie BENTÉGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
- M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M<sup>me</sup> Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
  
- M<sup>mes</sup> Hélène OPPETIT et Gwenn PICHON-NAUDÉ, (DOMU)

- ***Représentante de l'ARSIF :***

- M<sup>me</sup> Catherine BROUTIN-PILOT

- **Membres excusés :**

- M<sup>mes</sup> et MM. les D<sup>rs</sup> et P<sup>rs</sup> Yves AIGRAIN, Catherine BERNARD, Marie BORNES, Françoise BOTTEREL CHARTIER, Gérard CHÉRON, Sophie CROZIER MORTREUX, Laurent GILARDIN, Ariane MALLAT, Véronique MOLINA, Lucile MUSSET, Antoine PELHUCHE, Julie PELTIER, Valérie PÉRUT, NAMIK TARIGHT, Denis TIXIER, Jean-Marc TRÉLUYER, Michel ZÉRAH
- M<sup>mes</sup> Sophie GUILLAUME, Géraldine POENOU, Caroline RAQUIN, Françoise ZANTMAN MM. Yann FLÉCHER, Stefan NERAAL, Jérémie ZERBIT

*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**

La CME a rendu hommage aux P<sup>ts</sup> Christian CABROL et Lucien ISRAËL, décédés respectivement les 9 et 16 juin.

### *Élections partielles à la CME – collège 4-1 « personnels universitaires non titulaires »*

À l'issue du processus électoral et des résultats du dépouillement du second tour le 13 juin dernier, ont été élus titulaires, les docteurs :

- Laurent GILARDIN, du service d'hémo-oncologie de l'hôpital Saint-Louis,
- Phanarom THONG, chirurgien orthopédiste à l'hôpital Avicenne.

Les D<sup>ts</sup> Florian MARONNAT, du pôle de gériatrie de Charles-Foix, et Jonathan LACHAL, psychiatre à la maison des adolescents de Cochin, ont été élus suppléants dans le même collège.

### *Coordination des diplômes d'études spécialisées (DES)*

Un projet de règlement intérieur sur la coordination des diplômes d'études spécialisées (DES) du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales destiné à définir les règles de fonctionnement des coordinations des DES dans la région Île-de-France est en cours de rédaction. Ce règlement est de la compétence de l'Université mais la conférence des doyens de santé d'Île-de-France a sollicité l'avis de l'AH-HP et de l'agence régionale de santé (ARS). Le président passe la parole au P<sup>f</sup> Riou, président de la conférence des doyens, pour présenter le projet.

**Le P<sup>f</sup> Bruno Riou** explique que la réforme du 3<sup>e</sup> cycle a conduit les doyens d'Île-de-France à élaborer un règlement intérieur pour prendre en compte les spécificités de l'Île-de-France qui regroupe 7 facultés de médecine et un nombre important d'internes pris en charge par les coordonnateurs. Cette configuration particulière nécessite de rédiger un règlement intérieur pour organiser le fonctionnement. Si, dans les facultés des autres régions, le doyen nomme les coordonnateurs, en tant que président de la conférence des doyens, le P<sup>f</sup> Riou ne saurait nommer *de facto* l'ensemble des coordonnateurs. Par conséquent, pour éviter d'organiser des élections sur la base de candidats qui n'auraient pas l'aval de la conférence, il est proposé de valider préalablement les candidatures puis d'organiser ensuite les élections des coordonnateurs. Il est souhaité de solliciter l'avis de l'AP-HP, qui est le CHU employeur de l'ensemble des internes d'Île-de-France même lorsqu'ils sont affectés en dehors de l'AP-HP, et de l'ARS Île-de-France qui joue un rôle important dans l'organisation. Le texte prévoit la possibilité de destituer un coordonnateur qui ne remplirait pas sa mission dès lors que cette décision recueille l'avis des deux-tiers des doyens. Le texte précise également la composition de la commission régionale et de la commission locale. Les mandats sont limités à cinq ans pour toutes les commissions et pour les coordonnateurs, avec une possibilité de renouveler le mandat une fois. Le texte définit la notion de doyen référent par groupe de spécialité, comme cela existait déjà. La réforme du 3<sup>e</sup> cycle vient renforcer le rôle du doyen, principe que vient rappeler le règlement intérieur. Par exemple, c'est

le doyen qui prend la décision d'invalider un stage et non le coordonnateur. Au-delà de 200 internes, il sera exigé la désignation d'un coordonnateur adjoint voire d'un coordonnateur adjoint par faculté pour les cohortes volumineuses, notamment en médecine générale. Le P<sup>r</sup> Bruno Riou précise que le projet de règlement intérieur n'est pas encore finalisé. Il sollicitera l'approbation formelle de l'agence régionale de santé (ARS) et du CHU employeur avant sa diffusion.

**Le P<sup>r</sup> Yves COHEN** demande confirmation de la désignation d'un coordonnateur par DES dans l'hypothèse d'un co-DES.

**Le P<sup>r</sup> Bruno Riou** confirme cette position. Cependant, entre les anesthésistes réanimateurs et les réanimateurs médicaux, il peut regretter que le co-DES soit réduit à une simple dénomination puisque les deux communautés organisent séparément la phase socle qui devait être commune.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** souhaite savoir quelle organisation est préconisée concernant les secrétariats.

**Le P<sup>r</sup> Bruno Riou** rappelle que les moyens des universités sont très contraints. Il constate que la charge augmente mais que cette réforme n'est pas associée à des moyens de financement supplémentaires. Pour la médecine générale, il existe une aide de secrétariat fournie par l'ARS Île-de-France (ARSIF) pour 1 équivalent temps plein (ÉTP), qui est en train d'être mieux formalisée. Il est souhaité que l'ARS consacre toujours une partie du fonds d'intervention régionale (FIR) à ce poste et à la coordination de médecine générale. Pour le reste il faudra que les facultés et les universités subviennent à leurs besoins.

#### *Prévention des risques psychosociaux*

La 2<sup>e</sup> réunion du comité de suivi du dispositif de prévention des risques psychosociaux se réunira le 11 juillet. La mise en œuvre du plan d'action pour la prévention et le traitement des situations individuelles complexes concernant le personnel médical avance et les mentalités commencent à évoluer. Le changement culturel prendra cependant du temps et le président sollicite l'aide de l'ensemble de la communauté médicale pour faire évoluer les esprits et favoriser le pragmatisme dans le traitement des situations complexes. Un point d'étape sur la mise en œuvre du dispositif sera présenté à la CME à l'automne. En accord avec le directeur général et M<sup>me</sup> Christine WELTY, une mission va être créée à la DOMU pour s'occuper spécifiquement de ces dossiers. Elle sera confiée à un correspondant médical disposant du temps nécessaire pour traiter les dossiers qui n'ont pu être résolus au niveau local et pour faire le lien avec la sous-commission *Vie hospitalière*.

#### *Charte de la diversité*

Le directeur général souhaite qu'une charte de la diversité soit élaborée à l'instar des démarches entreprises dans plusieurs autres grandes institutions publiques. Un groupe de travail, composé de 8 directeurs et de 3 cadres de santé, va être installé pour travailler sur le dossier. Le directeur général souhaite associer la CME à ces travaux et le président invite les volontaires à se faire connaître.



### *Instituts hospitalo-universitaires (IHU)*

Les auditions des candidats au 2<sup>e</sup> appel à projets pour la création d'IHU se sont tenues le 9 juin. Tous les projets auditionnés présentent un intérêt certain, mais avec des dossiers plus ou moins mûrs. Tous les candidats sont encouragés à poursuivre la consolidation de leur dossier. Les demandes peuvent être déposées jusqu'en octobre.

### *Robots chirurgicaux*

Le directoire du 4 juillet a auditionné les projets de Cochin et de Saint-Louis. La décision sur le lieu d'implantation du prochain robot aura lieu prochainement.

### *Conseil de tutelle*

Une présentation du 2<sup>e</sup> programme régional de santé (PRS), un point d'étape sur les conventions entre les groupements hospitaliers de territoire (GHT) et le CHU, un point sur la situation budgétaire de l'AP-HP, une revue de calendrier des projets *Campus Nord* et nouveau Lariboisière et un point sur la collaboration entre l'hôpital Louis-Mourier et l'hôpital Max Fourestier du centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre étaient à l'ordre du jour ainsi qu'une discussion sur l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) spécifique aux unités de soins de longue durée (USLD). À cette occasion, le président a insisté sur les difficultés de la gériatrie. Il a rappelé que les rénovations des bâtiments ne peuvent être pensées sans réflexion sur les projets médicaux et sans un encadrement médical et soignant suffisant. Le président souhaite que la CME apporte tout son soutien à la gériatrie, qui mérite la plus grande attention.

### **Informations du directeur général**

#### *Hôpitaux universitaires Paris Centre(HUPC)*

**Le directeur général** signale que l'ophtalmo-pôle de Paris implanté à Cochin a été inauguré le 4 juillet au matin. L'ophtalmo-pôle est issu d'une collaboration entre Lariboisière, Cochin et Necker. Fort d'un investissement important, cette structure novatrice comprend une salle permettant d'intervenir simultanément au profit de trois patients. Les urgences ophtalmologiques seront désormais localisées à l'hôpital Cochin, rue Méchain.

Le maître d'œuvre de la partie hospitalière de l'Hôtel-Dieu a été choisi fin juin. Le calendrier des opérations est respecté afin que les travaux de rénovation puissent commencer courant 2018 conformément au projet médical.

#### *Projet MÉARY (institut de recherche translationnelle en onco-hématologie et biothérapies)*

Une visite intermédiaire du pôle MÉARY de Saint-Louis a récemment été effectuée. Ce bâtiment dédié aux thérapies innovantes a été fortement soutenu par la Ville de Paris et la Région Île-de-France. Il doit permettre de proposer des thérapies innovantes (thérapies géniques, etc.) dans de

bonnes conditions de fabrication sur le périmètre de l'AP-HP. Ce projet structurant sera inauguré en 2018.

### *Instituts hospitalo-universitaires (IHU)*

**Le directeur général** rappelle que des auditions ont été menées conjointement avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Le P<sup>r</sup> Yves LEVY considère que certains projets ne peuvent pas être découragés à ce stade sachant qu'il existera des IHU de 1<sup>er</sup> rang et des IHU de 2<sup>e</sup> rang. Pour le moment, le projet psychiatrie de Créteil n'est pas pleinement soutenu. Le recentrage du projet conduit avec l'hôpital des Quinze-Vingts est identifié. Les autres projets seront soutenus jusqu'au 12 octobre, date de clôture du dépôt des candidatures, quitte à constater que les conditions ne sont pas réunies à cette date. La procédure s'annonce très sélective avec seulement trois projets retenus au niveau national. Cependant, alors que les dossiers soumis sont très différents les uns des autres, il n'est pas exclu d'encourager les porteurs de projet à poursuivre leurs travaux dès lors qu'il n'y a pas de concurrence avec les établissements publics à caractère scientifique et technologique (ÉPST) et les universités. Sur le principe, il faut considérer cette manne de projets comme un signe de vitalité de l'institution.

### *Méthode du « cas vignette »*

L'enquête cas vignette menée sur le valproate ayant été concluante, en particulier en matière de qualité des soins, il sera proposé que cette méthode soit déployée sur l'utilisation des antibiotiques. Cette initiative coïncide avec l'introduction de deux nouveaux antibiotiques (deux céphalosporines de dernière génération, qui ne doivent pas accroître l'antibio-résistance). Ce projet sera mené en partenariat avec l'ANSM qui souhaite utiliser cette expérience comme démarche exemplaire pour d'autres établissements de santé.

### *Charte de la diversité*

**Le directeur général** estime pertinent que l'AP-HP puisse être signataire d'une telle charte, à l'instar des initiatives de certaines entreprises.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** sollicite des précisions sur le contenu de la charte de la diversité.

**M. Gérard COTTELON** indique que la démarche a été lancée par MM. Claude BÉBÉAR et Yazid SABEG, ancien commissaire à la Diversité et à l'Égalité des chances. Signer cette charte, c'est prendre l'engagement de procéder à des recrutements qui reflètent la diversité de la population française en termes de genre, de milieu social et d'origine géographique.

## **II. Avis sur le rapport d'activité 2016 de l'AP-HP**

Le rapport d'activité a été mis en ligne sur le site Internet internet de la CME.

Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS souhaite obtenir, lors d'une prochaine séance, une information sur l'activité de la conseillère en ressources humaines recrutée pour accompagner les « hauts potentiels »

évoquée page 32 du rapport. Elle s'interroge sur la méthode employée pour identifier ces hauts potentiels.

En l'absence d'autres questions, le rapport d'activité est approuvé à l'unanimité de la CME.

### **III. Avis sur le compte financier et l'affectation des résultats 2016 et information sur la situation budgétaire 2017**

En introduction, **le directeur général** souligne que les comptes seront présentés lors de la réunion du conseil de surveillance qui se tiendra la semaine prochaine. Les agences de notation seront également rencontrées au cours du mois de juillet. Il demande donc solennellement qu'aucune communication sur les chiffres ne soit faite vers l'extérieur en attendant ces échéances.

**M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ** présente les premiers comptes certifiés de l'AP-HP. Les commissaires aux comptes viendront présenter leur rapport d'audit au conseil de surveillance le 11 juillet prochain.

Le résultat comptable, tous comptes confondus, est excédentaire et en amélioration constante depuis 2010. Il s'établit à 55,1 M€. Le résultat du compte principal est en déficit (- 43,5 M€), légèrement plus important que prévu par le budget modificatif. L'activité sur l'hospitalisation complète et partielle est dynamique en 2016, avec une progression respective en volume de 1,5 % et 8,4 %. Les recettes d'activité supplémentaires par rapport à 2015 se montent ainsi à 81 M€. L'AP-HP a été au rendez-vous de ses engagements ainsi que l'État avec des dotations au titre des missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC) et du fonds d'intervention régionale (FIR) en progression de 1,5 M€ par rapport à la construction budgétaire. Les charges ont été maîtrisées avec une augmentation de la masse salariale de 1,4 % (alors que le budget tablait sur une augmentation de la masse salariale de 1,5 %). Les admissions en non-valeur pèsent sur l'évolution des charges. L'AP-HP a poursuivi sa politique de valorisation de son patrimoine, avec des produits de cession de près de 100 M€ en 2016. Le programme d'investissement a été à la hauteur de la programmation avec 405 M€ de crédits dépensés sur l'exercice 2016.

Les admissions en non-valeur, c'est-à-dire les créances irrécouvrables, apparaissent faibles sur les exercices 2010 à 2015 (une quarantaine de M€ par an en moyenne) par rapport au montant des recettes émises par l'AP-HP. La hausse de 2016 est le rattrapage du retard accumulé auparavant pour se situer à 124 M€. Ce rattrapage n'est pas lié à la certification des comptes mais fait suite à l'automatisation rendue possible par les systèmes d'information. Ce rattrapage se poursuivra en 2017 et 2018. Pour 99 M€, les admissions en non-valeur concernent des patients nationaux. Le rattrapage de 124 M€ n'impacte pas les résultats mais impacte le bilan par le biais des provisions passées. Par ailleurs, suite aux remarques émises par les commissaires aux comptes, le rythme de provisionnement des sommes non recouvrées a été revu : désormais, la provision à 100 % est passée après trois années contre cinq années précédemment. Le recouvrement devient plus offensif avec des relances accrues des patients débiteurs et des échanges plus fréquents avec les organismes tiers-payeurs. L'amélioration de la facturation et du recouvrement va s'accroître avec le déploiement progressif du nouveau logiciel de facturation GAM (gestion administrative du malade) et les changements d'organisation en matière de parcours

administratif du patient. La GAM est déployée en pilote sur le groupe hospitalier de l'Est parisien depuis le 26 juin et le déploiement se poursuivra jusque fin 2018.

Les corrections comptables effectuées dans le cadre de la certification des comptes conduisent à réduire les capitaux propres de 340 M€.

Le rapport conjoint des deux cabinets *Ernst&Young* et KPMG certifie que les comptes annuels 2016 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat et de la situation financière et patrimoniale de l'établissement mais soulève quatre réserves.

- Recettes : la documentation insuffisante des contrôles effectués sur la chaîne d'information médicale n'a pas permis de vérifier que l'intégralité des actes réalisés dans le cadre des séjours hospitaliers et des traitements externes a fait l'objet d'une facturation.
- Immobilisations : la couverture partielle de l'inventaire physique (60 % de la valeur nette comptable [VNC]) n'a pas permis de mesurer l'incidence des inventaires restant à réaliser sur la VNC de l'actif immobilisé au 31 décembre 2016.
- Stocks : l'exhaustivité et le correct enregistrement de ces stocks au 31 décembre 2016 n'a pu être confirmé.
- Ressources affectées : les procédures de contrôle interne mises en place n'ont pas permis de rapprocher les montants inscrits en comptabilité des justificatifs relatifs à chaque convention.

La capacité d'autofinancement (CAF) de l'AP-HP s'établit à 195 M€. Sans augmentation des admissions en non-valeur (ANV), la CAF aurait été de 275 M€, soit à un niveau proche de la prévision.

La dette diminue de 11 M€ entre les deux exercices. Le taux d'emprunt ressort à 2,5 % et se situe à un niveau faible. Parmi les trois ratios prioritaires observés par les tutelles, deux dépassent les seuils prudentiels et conduiront à mener des actions, concernant la durée apparente de la dette qui dépasse le seuil des dix ans et concernant le taux d'indépendance financière qui passe au-dessus du seuil de 50 %.

**M. Guy BENOÎT** demande si les admissions en non-valeur pour un montant de 124 M€ pouvaient être anticipées. Déjà en juin 2015 et juin 2016, des présentations devant la CME faisaient état d'un reste à recouvrer extrêmement important sur des créances anciennes. Il souhaite par ailleurs savoir quel montant peut être considéré comme définitivement perdu pour 2017 et 2018. Il s'étonne également que le rapport financier n'évoque pas la CAF nette qui s'établit à 8 M€. Dans ces conditions, il souhaite savoir si l'investissement sera financé uniquement par les cessions et par l'emprunt.

**M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ** précise qu'il n'était pas possible d'anticiper ce niveau d'admissions en non-valeur, celles-ci dépendant des demandes formulées par le comptable public.

S'ensuit un travail d'itération avec les groupes hospitaliers. En 2016, l'information a été disponible assez tardivement. Par ailleurs, début 2017, les commissaires aux comptes ont accepté que ces ANV soient considérées comme des corrections du passé afin de ne pas impacter le compte de résultat de l'année. Ceci explique la correction de 141 M€ figurant au bilan. Elles seront également sans impact sur les comptes de résultat des années à venir, puisque le montant de la provision permet de couvrir les ANV de 2017 et 2018. En revanche, s'il demeure des niveaux de reste à recouvrer importants, comme les dépréciations sont plus rapides (trois années au lieu de cinq), l'impact sur le compte de résultat 2016 est de l'ordre de 10 M€. Les conséquences pourraient être du même ordre en 2017 et 2018 si l'AP-HP n'améliore pas ses taux de recouvrement.

Concernant le mode de financement, **M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ** souligne que la direction financière partage les inquiétudes de la CME sur la CAF nette qui ressort à 8 M€. La stratégie d'endettement de l'AP-HP vise à étaler les remboursements afin que la CAF permette de couvrir les échéances.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** demande si les admissions en non-valeur correspondent aux factures non payées. Par ailleurs, il s'interroge sur les raisons du déficit constaté sur les unités de soins de longue durée (USLD) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD).

**M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ** confirme que les ANV correspondent aux factures émises pour lesquelles les montants n'ont pas été recouverts. Le déficit enregistré sur les USLD et ÉHPAD tient à l'augmentation des charges liée notamment à l'augmentation de la masse salariale alors que les dotations sont en baisse. En outre, alors que les tarifs hébergement et dépendance de 2015 avaient été augmentés par le département, cet effet ne joue pas en 2016.

**Le D<sup>r</sup> Olivier HENRY** s'étonne que l'augmentation de la masse salariale soit avancée comme argument justifiant le déficit observé en USLD et ÉHPAD, alors que le taux de médecins ne cesse de diminuer dans ces structures, pour s'établir à un médecin pour 80 lits.

**M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ** répond que cette augmentation est un effet prix en raison de l'augmentation du point fonction publique pour le personnel non médical. Elle fait suite également à des accords catégoriels.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** est fort surpris du déficit constaté au niveau des ÉHPAD alors que la population est vieillissante et que des enveloppes MIGAC sont fléchées sur la perte d'autonomie. Concernant les non-valeurs, il rappelle que plusieurs États doivent des sommes considérables à l'institution, et demande si ces dettes sont finalement épurées.

**M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ** répond que l'AP-HP mène une politique active vis-à-vis des pays en situation de créanciers. Le niveau des dettes des pays étrangers a diminué de 30 % en 2016. L'AP-HP continue à faire preuve de rigueur notamment pour l'octroi de la dérogation accordée à certains pays pour le paiement par avance. Pour bénéficier de cette dérogation, ces États doivent être à jour de leurs paiements.

**Le directeur général** rappelle que la direction générale s'est toujours engagée à se battre pour défendre les niveaux de MIGAC et des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI). Les efforts de l'AP-HP sont récompensés par une légère augmentation de ces enveloppes. Cela fait trois années que les MIGAC et MERRI n'ont pas diminué. Ce résultat est le fruit des efforts de la communauté hospitalière pour tenir ses engagements et du siège pour faire valoir les droits de l'AP-HP devant les tutelles. L'objectif est que cette tendance se poursuive dans un contexte difficile. L'AP-HP a obtenu un changement de calcul des MERRI.

Avant certification des comptes, il souligne que les engagements pris en matière de maîtrise des charges et de développement de l'activité ont été tenus. Cette prouesse a été obtenue sans ajustement négatif sur les effectifs. Les effectifs sont en effet stables avec + 74 personnels non médicaux (PNM) et + 68 personnels médicaux (PM). L'année 2016 est également marquée par un niveau d'investissement fort, même s'il reste insuffisant. Avec des investissements de 405 M€, les réalisations dépassent même les prévisions.

**Le directeur général** insiste sur ces tendances car préparer l'avenir, c'est s'attacher aux effectifs au service du malade mais aussi aux investissements. Par ailleurs, il rappelle que les discussions engagées avec les commissaires aux comptes ont été longues et âpres en vue d'obtenir la certification. Aussi, obtenir que les comptes 2016 de l'AP-HP soient certifiés avec quatre réserves doit apparaître comme un très bon résultat. Ces éléments ne signifient pas que 2017 et 2018 seront des exercices faciles, mais les comptes 2016 de l'AP-HP témoignent que l'AP-HP est capable de concilier sa volonté de modernisation et sa mission de service public avec des comptes tenus solidement.

**Le président** témoigne des efforts déployés pour obtenir la stabilisation du niveau des MERRI. Obtenir cette révision du calcul n'est pas un privilège mais au contraire permet de rendre compte de la situation réelle de l'AP-HP en France.

En l'absence d'autres remarques, **le président** soumet le projet aux voix.

*Le compte financier et l'affectation des résultats 2016 de l'AP-HP sont adoptés à l'unanimité des voix exprimées.*

**M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ** souligne que la CME devra se prononcer à l'automne sur une décision modificative du budget 2017. Au cours de la présente réunion, elle souhaite partager avec la CME les risques identifiés. Pour mémoire, le budget 2017 a été construit sur des hypothèses d'augmentation de l'hospitalisation complète de 1,7 % et de l'hospitalisation partielle de 3,7 % en volume. Compte tenu de l'impact tarifaire, il est attendu une augmentation des recettes d'activité en 2017. Ce budget a également été construit sur une progression importante des dotations MIGAC et FIR et sur une hausse de 2 % de la masse salariale. Sur la base de cette construction budgétaire, trois zones de risque sont identifiées.

Premièrement, à fin mai 2017, les niveaux d'activité et de recettes présentent un écart par rapport aux prévisions, en hospitalisation complète comme en hospitalisation partielle. En effet, une baisse de 0,5 % est enregistrée pour l'hospitalisation complète tandis que les recettes

d'activité de l'hospitalisation partielle n'augmentent que de 1,8 %. À date, les recettes cumulées entre janvier et mai 2017 présentent un écart négatif de 50 M€ par rapport à fin mai 2017. En intégrant le rattrapage de l'exhaustivité et du codage d'ici la fin de l'année, cela correspond à une baisse de l'ordre de 8M€ par rapport aux recettes constatées à fin mai 2016.

Deuxièmement, le compte de résultat pourrait être impacté des différentes opérations de clôture 2016 et notamment à hauteur de 10 M€ si le taux de recouvrement n'est pas amélioré.

Troisièmement, le budget initial se fonde sur une progression du niveau des dotations de 3 %, soit + 36 M€ pour les MIGAC et FIR. Cependant, cette augmentation est non sécurisée à date. Des inquiétudes peuvent aujourd'hui voir le jour au vu de la première circulaire qui prévoit plusieurs débasages, notamment des MIGAC à hauteur de 50 M€ au niveau national. Par ailleurs, alors que 19 M€ d'aides exceptionnelles avaient été perçues en 2016, l'AP-HP n'a pas à date l'assurance que leur reconduction sera acquise pour 2017.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** note qu'il faudrait favoriser les échanges d'activité entre les hôpitaux de l'AP-HP. Il est indispensable de simplifier la procédure des prestations inter-établissements (PIE) pour permettre les échanges d'activité plutôt que de favoriser les renvois vers les cliniques privées. La procédure de l'AP-HP concernant les PIE comporte 34 pages ce qui ne favorise pas le développement de cette procédure. Il souhaite par ailleurs savoir si des critères de qualité sont fixés en matière de codage.

**M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ** explique que les procédures de PIE représentent plus de 100 M€ en dépenses comme en recettes. Elle confirme qu'il est possible de vérifier l'exhaustivité des séjours pour s'assurer qu'ils ont été codés. En revanche, le codage peut s'effectuer *a minima* sans valorisation de l'activité. Le travail des directions de l'information médicale (DIM) est ensuite d'analyser les données médicales et de permettre un juste codage. Il a été proposé à l'ensemble des groupes hospitaliers de bénéficier d'une prestation d'aide au codage pour rattraper des dossiers et améliorer le codage de dossiers fortement rémunérateurs.

**Le président** invite à privilégier l'activité de l'AP-HP plutôt que l'envoi de patients vers les cliniques privées. Les professionnels doivent cependant s'organiser pour répondre dans les meilleurs délais tant du côté de l'organisation du transfert que du côté de la réception du patient transféré.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** demande si le passage sur ORBIS est susceptible d'avoir impacté le niveau des recettes et l'activité.

**M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ** confirme que la bascule a eu un impact, notamment sur les consultations et les hôpitaux de jour, mais doivent pouvoir rattrapés.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** remarque que l'activité ne baisse que de 0,5 % par rapport à l'année dernière, alors que les recettes sont bien moindres que la cible. Elle signale que l'activité ne peut indéfiniment augmenter et elle souhaite que soit porté auprès des nouveaux représentants du ministère, le message que la tarification à l'activité (T2A) n'est pas pertinente pour la prise en

charge des patients souffrant de maladies chroniques. Or ces malades représentent 70% des séjours à l'hôpital public.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** ajoute que les services d'urgences souhaitent pouvoir transférer les patients au sein des structures de l'AP-HP, mais ne peuvent pas toujours le faire faute de place ou de matériels. Dans ces cas de figure, les équipes n'ont pas d'autres choix que de transférer vers le privé, ce qui est fort regrettable.

#### **IV. Conclusions du groupe ad hoc de la CME sur l'impact de la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales sur les services de gériatrie de l'AP-HP**

**Le P<sup>r</sup> Jean-Yves ARTIGOU** rappelle que le président a entériné la création d'un groupe de travail *ad hoc* au cours de la CME du 9 mai 2017 en vue de réfléchir aux solutions à apporter aux conséquences de la réforme du troisième cycle des études médicales sur les effectifs des services de gériatrie. Ce groupe de travail s'est réuni les 22 mai, 14 juin et 3 juillet.

La mise en place de la réforme du 3<sup>e</sup> cycle effective à partir de novembre 2017 comporte la transformation du DESC de gériatrie en un DES avec une attribution attendue de 50 postes d'internes. Mais parallèlement, le DES de médecine générale effectue un repli très important des postes d'internes des services hospitaliers, et particulièrement ceux de gériatrie, pour s'orienter de façon privilégiée vers la médecine ambulatoire.

Sur la période 2015-2016, 388 internes étaient affectés en gériatrie dont 276 (71 %) dans les services de l'AP-HP répartis pour 260 en unités de gériatrie aiguë (UGA) pour 120 en soins de suite et de réadaptation (SSR). Parmi ces 388 internes, 360 (93 %) proviennent du DES de médecine générale. À partir de novembre 2017, les prévisions en UGA sont de l'ordre de 140 *versus* 260 soit un déficit de 120. Pour les SSR, le nombre d'internes sera porté à zéro contre 120 aujourd'hui. Cette situation est encore aggravée par les résultats de l'internat qui sont marqués par un retrait de 413 internes par rapport aux prévisions de mars 2017. Au cours de la réunion du comité CME des internes du 14 avril les coordonnateurs de médecine générale (MG) ont accepté de donner leur agrément à 19 services UGA de l'AP-HP qui pourront ainsi recevoir des internes de MG.

Au sein du groupe de travail, les représentantes de la DOMU ont mené avec ceux de la collégiale une enquête auprès des services de l'AP-HP visant à identifier les plus en difficulté en termes de densité médicale. Sur 70 services représentant 416 ÉTP, 47 ont répondu représentant 90 % des ÉTP. Les conclusions de cette enquête mettent en exergue certains services fonctionnant nettement en dessous de la circulaire de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), aucun n'étant sur-doté.

La diminution de l'activité médicale en gériatrie retentit à court terme sur certaines formes d'exercice de la spécialité. L'hospitalisation de jour ainsi que les activités transversales, les équipes mobiles de gériatrie ou encore l'animation de filières et des parcours de soins sont les premières menacées à très court terme par le déficit médical. Il existe un risque élevé de fermeture de lits (estimé à 125 d'ici l'été prochain par la collégiale de gériatrie). La situation dépasse le strict cadre de la gériatrie et concerne également les services d'amont.



Le groupe de travail souligne la priorité qu'il porte à la qualité de la formation. La distinction entre formation et aide au fonctionnement est nécessaire mais subtile et ambiguë. Les conséquences sur le fonctionnement des services de gériatrie peuvent être atténuées de façon transitoire par l'intégration dans la médecine polyvalente de la phase socle de la médecine générale. Cette mesure provisoire doit atténuer la brutalité de la chute de l'effectif des internes en unités de gériatrie aiguë mais elle laisse entier le problème du fonctionnement dans les SSR. Les capacités de formation ne sont pas totalement saturées. Une marge supplémentaire de 30 à 40 postes est possible.

Les efforts doivent se focaliser sur le recrutement des gériatres seniors.

La collégiale de gériatrie présente 27 demandes dans le cadre de la prochaine révision des effectifs hospitaliers. Le groupe propose que ces postes soient particulièrement suivis par les GH et soient soutenus.

Les services ayant l'agrément en gériatrie ou en médecine générale pour l'accueil des internes peuvent accueillir des médecins étrangers en formation souhaitant voir reconnaître leur qualification en gériatrie ou en médecine générale par la procédure d'autorisation d'exercice (PAE).

Il existe par ailleurs un déficit d'attractivité des services de gériatrie avec des difficultés non seulement à recruter mais également à fidéliser les médecins. Les difficultés de recrutement, la baisse des effectifs médicaux entraînent des tensions qui aggravent ce processus dans un cercle vicieux. Même si l'attractivité financière est présentée comme un élément important pour expliquer les fuites des praticiens vers les établissements publics hors AP-HP et privés, l'attractivité de la discipline semble reposer davantage sur la qualité de l'exercice au quotidien. Celle-ci peut passer aussi par le changement de fonctionnement. La représentation des praticiens à diplôme hors Union européenne souhaite dans certains services bénéficier d'une mobilité au sein des différents secteurs de la gériatrie.

L'universitarisation de la gériatrie constitue enfin un élément d'attractivité potentielle majeure. Le groupe de travail préconise la création d'une commission de dépistage de jeunes ayant un potentiel universitaire et la création de postes universitaires partagés entre des secteurs d'activités différentes de la gériatrie voire de spécialités complémentaires orientées vers la gériatrie.

**Le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE** souhaite insister sur le fait qu'une catastrophe s'annonce. La gériatrie est à l'intersection de plusieurs disciplines et tout blocage ne pourra avoir que des répercussions immenses sur la prise en charge des patients. Par ailleurs, il n'est pas concevable que le cursus de médecine générale s'exonère d'un stage en gériatrie. Sans réaction, c'est une catastrophe sanitaire et humanitaire qui se profile.

**Le P<sup>r</sup> Laurent TEILLET** ajoute que le virage ambulatoire brutal de médecine générale conjugué au défaut d'attractivité de la discipline vient accentuer la situation. Le secteur privé et le secteur public hors AP-HP pillent les jeunes que l'AP-HP n'arrive pas à fidéliser certainement en raison de

délais de nomination trop longs. Ce déficit en personnel médical retentira inmanquablement sur le fonctionnement des structures à partir du mois de novembre. Les lignes de garde seront séniorisées, ce qui aura des conséquences sur le fonctionnement le lendemain de la réalisation de la garde. Cette situation risque donc d'aggraver encore les difficultés.

**Le D<sup>r</sup> Sylvie HAULON** souligne que la gériatrie représente 30 % des lits de l'AP-HP, 10 % des médecins et 1 % des hospitalo-universitaires. Selon les chiffres de la DOMU, les médecins de l'AP-HP correspondent à 400 ÉTP.

**Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** estime que la médecine générale n'effectue pas un « virage ambulatoire » mais considère que les stages hospitaliers ne sont pas appropriés à la formation du médecin généraliste. En l'état actuel des choses, le stage ambulatoire obligatoire en phase socle ne peut être assuré sur l'ensemble du territoire du fait de l'insuffisance du nombre de maîtres de stages de médecine générale. Mais les enseignants de médecine générale feront tout leur possible pour le rendre effectif. Ils devraient également prioriser l'obtention d'une 4<sup>e</sup> année du DES de médecine générale, ce qui requiert des efforts considérables en termes de recrutement de maîtres de stage, et devrait limiter le transfert des postes d'internes de médecine générale affectés en hospitalier. La gériatrie a été sacrifiée au niveau de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) qui revoit à la baisse le nombre de postes. Il n'a pas été obtenu le nombre de postes de DES de gériatrie au prorata des postes précédents. Le combat se situe donc au niveau national, avec ensuite seulement une déclinaison régionale, pour obtenir une correction dans les années qui viennent.

**Le D<sup>r</sup> Olivier HENRY** souligne que la réforme du 3<sup>e</sup> cycle n'est pas responsable de la situation actuelle mais que les moyens se sont érodés au fil du temps. À maintes reprises, la CME avait été alertée sur les difficultés qui risquaient d'être rencontrées. À Émile-Roux, on comptabilisait 30 internes en 2000 contre 2 en 2016. Ces internes ont été remplacés par des médecins attachés à diplôme étranger. Ces praticiens ne peuvent être recrutés que selon des critères stricts. Certains sont menacés de ne pas pouvoir rester s'ils ne réussissent pas la PAE. En appliquant la circulaire filière, il faudrait fermer environ la moitié des lits. Concernant les soins de longue durée, il rappelle qu'il avait demandé au directeur général et à M<sup>me</sup> Christine WELTY de reporter la coupe Pathos. Or il constate que l'AP-HP veut déposer un recours contre la coupe Pathos. Le D<sup>r</sup> Olivier HENRY rappelle que le DESC formait 150 gériatres par an, ce qui n'était déjà pas suffisant, mais ce volume va encore décroître. Dans les ÉHPAD on cherche des gériatres pour occuper des postes de médecin coordonnateur. La question de la médicalisation des ÉHPAD est un leurre et renvoie des malades à l'hôpital.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** ne constate à regret que l'ensemble des réformes proposées, dont les réformes de la PAE et du 3<sup>e</sup> cycle, n'ont pas été anticipées. Concernant la gériatrie, le nombre passe de 194 internes, issus à 95 % de la médecine générale, à 30 50 internes, ce qui conduira à un déficit majeur d'internes. Il existe 70 unités de gériatrie aiguë (UGA) en Île-de-France dont 46 avaient reçu un agrément pour le DESC. Avec la réforme, les coordonnateurs du DES de gériatrie n'ont donné l'agrément qu'à 22 UGA, ce qui vient encore accroître les difficultés car ce sont ces mêmes 22 services qui seront agréés par la médecine générale, alors que la médecine générale

était disposée à agréer 30 services. Il faut donc absolument dissocier l'agrément (plutôt large) et la répartition (en fonction du nombre ouvert) des postes de spécialités.

**Le président** précise que le groupe de travail a souhaité dresser un constat mais aussi identifier des solutions. Sur le fond, il convient de reconnaître que l'universitarisation de la formation est à saluer, mais suppose cependant que les étudiants aient ce souhait et disposent du niveau requis pour être hospitalo-universitaires. Au niveau national, les réactions sont rares. Il demande que le rendez-vous qui aura lieu le 11 juillet avec le conseiller du ministre de la Santé soit précis et complet pour cibler les difficultés. Ce dossier concerne toutes les disciplines : si la gériatrie flanche, les SSR vont vaciller et les services d'aval des urgences vont être fragilisés. Ce dossier impose donc la mobilisation de tous. Le président demande aux présidents de CMEL d'être attentifs lors de la révision des effectifs aux demandes de la gériatrie et de favoriser ces postes dès lors que des candidats rempliront les prérequis pour ainsi placer 3 ou 4 postes dans l'enveloppe des 0,4 % destinés au redéploiement institutionnel.

#### **V. Attractivité : mise en œuvre à l'AP-HP du plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public et conclusions et propositions de la cellule *Anesthésie-Réanimation***

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** rappelle que l'article 2 de l'arrêté du 4 novembre 2016 qualifie la première partie de soirée et prévoit une valorisation des activités médicales programmées sur des horaires chevauchant la permanence des soins (c'est-à-dire après 18h30 et avant 8h30). Sont éligibles à ce dispositif les plateaux techniques et médicotechniques et les plateaux de consultation, afin d'accroître l'utilisation des équipements. Le décompte du temps de travail est alors réalisé en heures : soit 5 heures cumulées au-delà de l'horaire de la permanence des soins, soit 4 heures en continu.

Ce dispositif ne fixe pas des dépassements horaires car, par définition, les dépassements ou débordements de blocs opératoires ne sont pas programmés.

L'article 2 prévoit également une soutenabilité de ces mesures et leur cohérence avec les projets médicaux. Les projets qui nécessitent des moyens supplémentaires devront faire l'objet d'un dossier de mesure nouvelle dans le cadre des conférences stratégiques de l'automne.

Par dérogation aux textes, et pour améliorer les mesures propres aux anesthésistes, il est proposé qu'un anesthésiste ayant déjà effectué deux demi-journées consécutives au bloc opératoire, dans des blocs ayant une amplitude horaire supérieure ou égale à 10 heures, se voit proposer le décompte en première partie de soirée, automatiquement après 18h30. Il est souhaité et souhaitable que le paiement de ces plages additionnelles soit examiné par le comité exécutif du groupe hospitalier chaque trimestre, au moins la première année.

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** constate que le texte ne parle pas d'horaires allant de 18h30 à 8h30 mais évoque simplement les bornes entre la fin de période de jour, telle qu'elle est fixée dans l'établissement, et l'heure de fin d'activité telle qu'arrêtée au niveau institutionnel. Dans les hôpitaux où le bloc opératoire se termine à 17h, la plage commence donc à 17h et non à 18h30.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** confirme que la permanence des soins est réglementairement fixée entre 18h30 et 8h30.

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** note que la première partie de soirée ne commencera pas à 18h30 si la borne de jour de l'établissement concernant les plateaux techniques (bloc opératoire, imagerie ou consultations) se termine à 17h.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** indique tout d'abord que le syndicat qu'il représente a déposé un recours auprès du Conseil d'État. Sur le fond, il note que la demi-journée de soirée ne commence qu'après l'activité de jour. Selon les établissements, la plage horaire peut être différente. L'activité peut être discontinuée (5 heures) ou continue (4 heures). Un recours a été déposé car la troisième demi-journée de 4 heures conduirait à travailler 14 heures d'affilée, ce qui n'est pas conforme avec la directive européenne qui ne peut amener à excéder 13 heures d'activité. Par ailleurs, la précédente ministre de la Santé avait refusé d'accorder la troisième demi-journée de nuit. Il ne peut pas entendre que l'activité qui débordera la plage ainsi fixée soit comptabilisée en plages additionnelles. Pour que soient comptabilisées des plages additionnelles, il faut dépasser un total de 48 heures de travail hebdomadaires et être volontaire. **Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** affirme que ses collègues anesthésistes réanimateurs refusent les dépassements d'horaires et les plages additionnelles « sauvages ».

**M<sup>me</sup> Gwenn PICHON NAUDÉ** donne lecture de l'article 2 de l'arrêté du 4 novembre 2016 : « *Afin de mieux répondre aux besoins des patients et optimiser l'utilisation des plateaux techniques dans les établissements publics de santé, certaines activités médicales programmées peuvent être organisées sur des périodes dont l'amplitude de fonctionnement chevauchera le service de permanence et de continuité des soins mentionnées à l'article premier de l'arrêté du 31 avril 2003.* »

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** précise qu'il évoque l'article 6 du même arrêté.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** relie le texte à voix haute et confirme que ce texte renvoie à la permanence des soins.

### **Prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH)**

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** souligne que la PECH à l'AP-HP ne peut être versée qu'aux praticiens pour lesquels un poste de PH a été voté en révision des effectifs. Ce dispositif est mis en œuvre à compter de 2018 dans le cadre de la révision des effectifs de PH qui sera votée définitivement par la CME le 9 janvier 2018. Seul l'engagement dans le statut de PH plein temps vaut.

La PECH nationale de 10 000 € (coût non chargé) pourra être versée à l'ensemble des anesthésistes de l'institution sous réserve de faire l'objet d'un contrat d'engagement dans la carrière hospitalière. En l'absence de financement de ce dispositif, il est rappelé que cette mesure impacte la masse salariale et donc la capacité à financer des postes dans le cadre de la révision des effectifs de PH.

L'attribution de la PECH locale de 20 000 € peut être versée aux anesthésistes sous condition de réduction de l'intérim externe. Il est proposé deux hypothèses de versement : elle peut être ouverte à tous les GH ou elle peut être ouverte à une liste limitative de GH dont les demandes seront statuées en directoire sur la base de critères partagés en amont. Au-delà des anesthésistes-réanimateurs, il est proposé de flécher, en tant que spécialité en tension, les néonatalogistes et les gériatres affectés en SSR et USLD ou en exercice mixte UGA/SRR/SLD, si le praticien s'engage à travailler sur l'ensemble de la filière. Il appartiendra au groupe hospitalier d'établir la liste des postes concernés, d'en assurer le financement dans le cadre de la révision des effectifs, à l'exception PECH locales pour les anesthésistes affectés à Avicenne et Louis-Mourier qui bénéficieront d'un financement institutionnel sur la base de l'enveloppe de 0,4 %.

Concernant la valorisation et l'organisation du temps de travail, il est proposé que soit reconnu un temps de travail non clinique à chaque anesthésiste en tenant compte des contraintes d'organisation du service. Ce temps non clinique doit figurer dans les maquettes d'organisation des services qui seront présentés aux commissions de l'organisation de la permanence des soins (COPS) centrale et locales.

Il est également proposé la mise en œuvre d'un dispositif d'intérim inter et intra-GH, permettant aux anesthésistes d'accomplir du temps de travail additionnel dans leur GH, ou en dehors après accord des chefs de service et après accomplissement des obligations de service. Cette possibilité est conditionnée à un engagement de réduction de l'intérim externe.

Le coût de l'attractivité est estimé à 5,4 M€ en 2018 et à 7,1 M€ en année pleine. Pour les mesures relatives à la première partie de soirée, le coût est estimé à date à 200 k€ en 2017, puisque la mesure serait appliquée aux anesthésistes-réanimateurs mais aussi aux chirurgiens. Il est impossible d'évaluer la PECH nationale et la PECH locale pour l'heure puisque le cadre n'en est pas fixé.

**Le P<sup>r</sup> Olivier HÉLÉNON**, président de la collégiale de radiologie, note que ces mesures reprennent les dispositions du décret concernant les anesthésistes-réanimateurs, mais il observe que la radiologie n'est pas concernée par la PECH nationale.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** explique que les radiologues ne sont pas oubliés mais le directoire a acté que les radiologues ne seraient pas éligibles à la PECH nationale.

**Le président** propose que le principe soit d'en discuter au cas par cas.

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** propose de distinguer deux mesures : d'une part, les mesures d'attractivité en faveur des anesthésistes de l'AP-HP ; d'autre part, les mesures incluses dans le plan national d'attractivité de M<sup>me</sup> Marisol TOURAINE.

Depuis 2013, des mesures favorisant l'attractivité de l'AP-HP sont réclamées face aux 69 postes vacants sur les 657 postes d'anesthésistes. À l'époque, il était demandé l'application de la législation et de la réglementation, soit 48 heures de travail hebdomadaire, la possibilité de bénéficier de deux semaines de formation continue dans l'année, de huit demi-journées de temps

clinique et de deux demi-journées de temps non clinique, l'arrêt des gardes et astreintes après 60 ans, la possibilité de travailler dans un environnement logistique moderne, l'optimisation des temps de travail et la mise en place d'une gouvernance attentive aux demandes des praticiens hospitaliers.

Plusieurs praticiens se sont plaints d'une concurrence féroce entre les services d'anesthésie et ont souhaité que les pratiques soient harmonisées pour lutter contre des pratiques de dumping social. Le D<sup>r</sup> Michel DRU souligne que les élus anesthésistes-réanimateurs de la CME ont demandé la mise en place immédiate de trois mesures : bénéficier chaque semaine de huit demi-journées de temps clinique et de deux demi-journées de temps non clinique, indemniser les plages additionnelles et bénéficier d'une troisième demi-journée en soirée. Depuis, ces 2 dernières mesures ont fait l'objet d'une publication au Journal officiel.

Par ailleurs, il fait remarquer que les mesures du plan ministériel ne s'appliquent pas aux seuls anesthésistes mais la prime de 10 000 € vise aussi les radiologues tandis que la prime de 20 000 € couvre toutes les spécialités dès lors qu'elles sont en risque de pénurie ou sont déjà en pénurie.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET** reconnaît la nécessité de venir en aide aux disciplines en tension mais la difficulté est qu'il convient de financer ces mesures sans que ces décisions n'impactent négativement les autres disciplines. D'ores et déjà, la révision des effectifs est complexe à mener : dans son groupe hospitalier, 12 demandes ne seront pas présentées afin de respecter la demande d'efficience du PM.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** confirme que ces mesures viendront percuter la révision des effectifs des autres disciplines.

**Le P<sup>r</sup> Yves COHEN** demande si les PH en réanimation seront éligibles à la prime quelle que soit leur fonction.

**M<sup>me</sup> Christine Welty** indique que seuls les anesthésistes sont éligibles à ce dispositif, car les tensions portent sur l'anesthésie et non la réanimation.

**Le P<sup>r</sup> Yves COHEN** demande si cette mesure vaut pour les PH affectés dans les unités douleur.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** répond par la négative. Elle ne vaut qu'en anesthésie au bloc opératoire.

**Le P<sup>r</sup> Yves COHEN** demande si les radiologues ont droit à ladite prime.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** précise qu'il ne s'agit pas d'un droit.

**Le P<sup>r</sup> Olivier HELENON** regrette vivement que les radiologues ne soient même pas cités dans la présentation alors qu'ils sont mentionnés dans le texte de l'arrêté parmi les deux disciplines pouvant bénéficier de la PECH nationale. Il souhaite pour le moins comprendre pourquoi les radiologues sont exclus de ces mesures et souhaite que l'AP-HP justifie sa décision. Il demande par ailleurs si l'impact financier de la mise en place de la prime de 10 000 € a été évalué ainsi que des

impacts négatifs de sa non mise en œuvre s'agissant des radiologues. Il faut avoir conscience que nombre de CHU, centres hospitaliers (CH) et établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) l'appliquent déjà et vont de ce fait aggraver le défaut d'attractivité de l'AP-HP. Tous les jeunes radiologues sont informés de ce décret et de ses modalités d'application publiées par arrêtés dans le même temps. Ils voient cette mesure comme un droit même si le texte précise que la prime doit faire l'objet d'un contrat signé avec le directeur de l'établissement ce qui laisse aux établissements la possibilité de ne pas la mettre en œuvre. Sachant que le nombre de postes de PH de radiologie vacants à l'AP-HP est de plus de 20 % et approche 47 % au niveau national, cette question doit être débattue.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** rappelle que la question relative à l'inclusion des radiologues a été débattue en bureau de CME et pensait qu'elle était tranchée.

**Le P<sup>r</sup> Olivier HELENON** demande que les arguments avancés en bureau soient alors rappelés en séance.

Ayant interrogé les présidents de CME et CHU, **le président** sait que la situation n'est pas homogène. Pour sa part, il regrette que la publication du décret ait été faite sans identifier un financement associé. Quelle que soit la décision prise au périmètre de l'AP-HP, elle soulèvera des difficultés : si cette prime s'adresse à quelques-uns, d'aucuns jugeront que d'autres disciplines la méritent également.

Pour le moment, la mesure est inégalement reçue : les hôpitaux de Marseille n'iront pas dans cette direction, Lille hésite tandis que Lyon optera pour cette solution. Certes, le sujet de l'attractivité doit être traité, mais cette mesure ne viendra pas apporter une solution, si ce n'est susciter une concurrence entre les disciplines.

**Le P<sup>r</sup> Olivier HELENON** ne demande pas que la mesure soit obligatoirement et systématiquement appliquée aux radiologues mais souhaite que les arguments avancés pour aboutir à cet arbitrage soient exposés et discutés. Il regrette l'absence de concertation.

**Le président** explique que la décision d'écarter les radiologues n'a pas fait l'objet d'une réelle discussion en bureau. Plus globalement, concernant la philosophie de la réforme, il explique que sa définition de la médecine n'est pas compatible avec une mesure reposant sur un décompte en minutes des temps de travail. La difficulté est que cette réforme n'est pas financée. À ce stade, il n'identifie pas de porte de sortie honorable.

**Le P<sup>r</sup> Francis BONNET** s'interroge sur la possibilité d'appliquer la mesure de travail non posté sachant qu'il n'est pas possible de faire face à la charge de travail lorsque les équipes sont postées. Même si cette mesure est légitime, elle n'est pas applicable. Par ailleurs, quelle que soit la décision prise, il conviendra de mettre en place des mesures de manière homogène, et cela afin d'éviter toute concurrence interne.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** rappelle tout d'abord que le texte stipule que la PECH est une possibilité et non une obligation. Il comprend les arguments avancés par les autres disciplines craignant que

l'application de la mesure ne vienne rogner sur les mesures applicables sur leur champ. Aussi il suggère d'utiliser le budget des postes vacants d'anesthésistes pour financer la prime plutôt que de piocher dans le budget des autres spécialités.

En septembre 2015, une question avait été posée au directeur général sur la durée de la demi-journée, question qui n'a toujours pas obtenu de réponse. La mesure prévue dans le décret concernant le temps non clinique devrait être étendue à toutes les spécialités. Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER relève que la proposition formulée par la direction consistant à rémunérer une journée d'intérim interne à hauteur de 321 € ne saurait être attractive, puisque l'intérim externe rapporte aux jeunes praticiens 650 € nets. De même, le texte prévoit de payer en plus additionnelle les dépassements d'horaires, soit 32€ bruts, mesure qui n'est pas non plus attractive. Considérant que ces mesures ne sont pas recevables, le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER invite à rechercher d'autres solutions. La solution à privilégier passe par la reconnaissance du temps de travail. Comme d'autres établissements ont su le faire, il souhaite que des solutions ingénieuses puissent enfin être proposées.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** précise qu'il n'existe pas 160 postes vacants d'anesthésistes : il existe 160 postes de PH d'anesthésie vacants sur lesquels il y a un peu plus d'une centaine de praticiens hospitaliers contractuels (PHC). Par ailleurs, la question relative au volume d'heures que représente la demi-journée relève du ministère de la Santé.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** rappelle que le directeur général avait préconisé une demi-journée de 12 heures lors d'un comité technique d'établissement (CTE) et d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

**M<sup>me</sup> Christine Welty** souhaite savoir si la demande du D<sup>r</sup> Patrick DASSIER consiste à ne pas déclencher le temps de travail additionnel lorsqu'un anesthésiste a travaillé plus de 10 heures au bloc opératoire.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** précise simplement que le tarif proposé n'est pas attractif. Les mesures seront soumises aux praticiens qui jugeront eux-mêmes de leur recevabilité.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** souligne que c'est la seule catégorie professionnelle qui bénéficierait d'un déclenchement de temps additionnel pour un débordement et non pour les seules activités programmées.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** ne voit pas pourquoi cette mesure ne toucherait que les anesthésistes-réanimateurs.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** avait compris, à l'occasion des échanges en cellule anesthésie, que ces mesures favorisaient l'attractivité.

**D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** souligne que l'attractivité ne se fonde pas uniquement sur des mesures financières. D'autres critères jouent également au premier rang desquels il faut citer l'amélioration des conditions matérielles (dont le glissement de tâches) et la reconnaissance au



travail, comme en attestent les réponses apportées au questionnaire récemment lancé auquel 36 % des médecins ont répondu. Elle ne nie pas que la rémunération soit un facteur de reconnaissance mais il n'est pas le seul. Pour que la solidarité entre médecins n'explose pas, il faudra faire preuve d'ingéniosité et faire en sorte que tous bénéficient d'une amélioration de leurs conditions de travail. Peut-être faut-il prendre une mesure visant à améliorer les rémunérations pour répondre à un enjeu de court terme pour certaines spécialités afin de faire tourner les blocs opératoires, mais une vision de long terme doit être identifiée afin de préserver la cohésion de l'AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** souligne que le travail des anesthésistes est effectivement pénible et particulier. C'est d'ailleurs pour cela qu'on ne peut pas souhaiter être opéré par un professionnel en « temps additionnel » ayant déjà exercé pendant dix heures au bloc. Elle rappelle que parmi les contraintes propres à l'anesthésiste, on relève on relève 1/ l'absence d'autonomie horaire, 2/ le stress particulier du bloc, 3/ l'absence de la reconnaissance par les patients qui peut être exprimée à l'égard des chirurgiens ou les médecins. Cependant, ce n'est pas en payant davantage le travail pénible que la pénibilité est allégée. Comme l'a appelé de ses vœux le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER, elle recommande de faire preuve d'ingéniosité, notamment au niveau de l'organisation du travail, d'où le rôle crucial des chefs de service d'anesthésie. Enfin, outre la charge financière que ces mesures entraînent pour l'AP-HP, elles peuvent être vécues comme inéquitables par les autres médecins, ayant eux aussi une lourde charge de travail, et les personnels paramédicaux dont le travail s'est intensifié sans aucune compensation financière et en perdant des jours de réduction du temps de travail (RTT).

Néanmoins, le rapport de force est tel que l'AP-HP devra sans doute appliquer cette décision de primes. Il faut rappeler qu'en avril 2013, pour renforcer l'attractivité de l'AP-HP, les anesthésistes ont été embauchés au 4<sup>e</sup> échelon plus 10 %, or la pénurie d'anesthésistes s'est perpétuée. Cela fait douter de la pertinence du plan et cela signe que la demande des anesthésistes est autre, peut-être relevant de la responsabilité des managers.

**Le P<sup>r</sup> Sadek BELOUCIF** propose que soit rendu public le rapport de la direction de l'inspection et de l'audit (DIA) afin que chacun puisse le lire et en prendre connaissance. Ce rapport comporte plusieurs mesures intéressantes et qui ne se limitent pas à un intéressement financier, concernant : la répartition entre le travail clinique et non clinique, l'universitarisation de la discipline, le ratio entre PU et PH, etc. En ce qui concerne les mesures d'attractivité des PH, les cinq intersyndicales, lors de la négociation avec le cabinet ministériel, avaient toutes insisté sur le décroché significatif de salaire lors du passage du grade de chef de clinique assistant (CCA) à PH, induisant une baisse de rémunération comprise entre 500 à 1 100 €. Il avait donc été demandé que les premiers échelons de PH soient revalorisés pour toutes les spécialités. Il rejoint la colère du président de la CME qui note que les mesures avancées ne peuvent que conduire à une division stérile.

**Le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU** rappelle que l'anesthésie fait face à une pénurie très importante. Certes, les mesures à mettre en avant ne doivent pas être seulement financières mais elles doivent renforcer l'attractivité, valoriser la recherche, promouvoir l'universitarisation. Alors que le sujet

est identifié de longue date, il s'étonne que cette question soit inscrite à l'ordre du jour de la présente CME si tardivement. Par ailleurs, la concertation sur ce dossier n'a pas été suffisante pour présenter des propositions pratiques avant débat en CME.

**Le président** reconnaît que les mesures financières ne suffisent pas. Il demande également à privilégier l'homogénéité pour que les mesures soient appliquées de la même manière dans tous les établissements. Le temps non clinique, réclamé par nombre d'anesthésistes, est essentiel mais pose des questions pratiques. En effet, si la mesure est déployée, il conviendra de fermer des blocs. À ce stade, le président n'identifie pas de solutions.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** confirme que ces propositions ont été discutées en directoire à plusieurs reprises. Le souhait du président de la CME était d'ouvrir le débat en CME.

**Le président** constate que le débat n'est pas mature, la cellule anesthésie doit encore se réunir pour approfondir les propositions et les affiner.

**M<sup>me</sup> Christine Welty** souligne que la proposition relative à la première partie de soirée requiert des avis formels de la CME, de même pour l'attribution de la PECH nationale, alors que la PECH locale requiert uniquement l'avis du président de la CME.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** précise que certains anesthésistes quittent l'AP-HP pour rejoindre d'autres établissements qui mettront en place la PECH.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** demande si les plages additionnelles concernent les plateaux médicotechniques, en particulier les IRM et scanners.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** répond par l'affirmative.

**Le P<sup>r</sup> Olivier HELENON** demande que la collégiale des radiologues soit associée à la réflexion (au sein par exemple d'un groupe *ad hoc*) avant de nouvelles propositions. La collégiale de radiologie est sollicitée par les chefs de service et de jeunes praticiens concernant l'application de ces mesures, elle doit être en mesure de pouvoir justifier voire partager la position de l'institution et de la CME. Il souhaite connaître le calcul de la DOMU sur l'impact financier de la mise en place de la PECH nationale pour les radiologues.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** répond que l'application de cette mesure comporterait un coût de 377 000 €.

**Le président** demande que la cellule anesthésie se réunisse de nouveau et d'ouvrir, éventuellement, une cellule dédiée aux radiologues.

## **VI. Mise en place d'une commission innovation à l'AP-HP**

**M<sup>me</sup> Florence FAVREL-FEUILLADE** rappelle que, créé en 1982, le comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CÉDIT) faisait initialement le lien entre la recherche, l'évaluation et la diffusion de l'innovation. Au fur et à mesure, son périmètre d'intervention a été fortement réduit du fait de la création d'autres structures qui interviennent dans le champ de l'évaluation

des technologies de santé. Il a donc été décidé de dresser un état des lieux des structures d'accompagnement et d'évaluation des innovations à l'AP-HP et d'émettre des préconisations d'organisation pour renforcer le dispositif existant.

Il ressort que les compétences actuelles sont nombreuses et reconnues et qu'elles sont peu redondantes. L'évaluation des dispositifs médicaux est du domaine du comité d'évaluation des dispositifs médicaux (CEDM) et des unités de recherche clinique (URC), l'évaluation économique du ressort de l'URC Éco et *Hospinnomics* tandis que l'évaluation des technologies de santé revient au CÉDIT et à la commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS). Ces acteurs interagissent ponctuellement mais sans coordination. Deux activités ont été peu développées : la veille précoce et le développement préclinique.

Ce constat appelle à créer une cellule *Innovation* en remplacement du secrétariat scientifique du CÉDIT pour assurer l'orientation et l'accompagnement des porteurs de projet au sein de délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) dans le pôle *Transfert et innovation* (office du transfert de technologie et des partenariats industriels [OTTPI]) à l'instar des autres CHU. Ses missions seraient de faire évoluer le guichet unique, mettre en place une politique volontariste d'accompagnement des projets de recherche dans ce domaine, et associer l'ensemble des acteurs au dispositif, spécifiquement les représentants de la communauté médicale.

**M<sup>me</sup> Claire BIOT** dresse ensuite un bilan du guichet unique dont l'objet est d'instruire les demandes d'achats de certains dispositifs médicaux ou équipements innovants en vue d'en apprécier la plus-value par rapport à la prise en charge existante, avant leur éventuelle admission à l'AP-HP. Le guichet unique mis en place en octobre 2015 a retenu deux projets à l'issue de deux séances de travail. Le guichet unique a permis de créer un point d'entrée unique entre le CÉDIT et la COMÉDIMS et d'instaurer des discussions avec la communauté médicale autour de projets innovants. Au chapitre des inconvénients toutefois, il faut relever que la discussion pourrait être plus approfondie. Par ailleurs, une dérive vers des protocoles de recherche interventionnelle, lourds et coûteux a été constatée. Aucun protocole de recherche médico-économique n'a été proposé au profit d'une pure recherche clinique. Il est par ailleurs difficile de justifier de l'enveloppe allouée et de gérer les dossiers au fil de l'eau.

Sur la base de cet état des lieux, **M<sup>me</sup> Florence FAVREL-FEUILLADE** explique qu'il est proposé de lancer un appel d'offres centre de recherche clinique (CRC) *Innovation* en complément du guichet pour financer ce type de projet de recherche clinique et médico-économique. L'objectif est de collecter des données complémentaires sur le dispositif médical ou l'équipement pour documenter l'intérêt à en étendre l'utilisation à l'AP-HP et pour préparer une étude clinique de plus grande ampleur si celle-ci est nécessaire. Ses modalités reposent sur le financement d'une étude clinique et médico-économique mono-centrique de l'AP-HP, la promotion par l'AP-HP de l'étude clinique, la fourniture de l'équipement ou du dispositif médical (DM) à titre gratuit pour le temps de l'étude dans le cadre d'un partenariat avec la société.

La commission *Innovation des technologies de santé* viendra remplacer l'instance CÉDIT. Elle comprendra des représentants des instances médicales et des structures d'évaluation des

technologies de santé. Un bureau resserré serait chargé de piloter et de rythmer les réponses apportées aux porteurs de projet.

**Le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU** ajoute que ce projet a été concerté et doit permettre de faire émerger un nouveau CÉDIT mieux adapté aux besoins.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** suppose qu'il serait plus simple de déléguer la veille technologique aux collégiales. Il suggère par ailleurs de réserver des crédits aux innovations françaises qui pourraient ainsi être testées en France, ce qui favoriserait ensuite leur déploiement à l'étranger. Enfin, il n'identifie pas l'intérêt pour l'industriel de donner son matériel sans contrepartie.

**M<sup>me</sup> Florence FAVREL-FEUILLADE** reconnaît tout d'abord qu'il faut associer les collégiales. L'initiative lancée par le CÉDIT avait porté peu de résultats jusqu'alors, mais il faut sans doute relancer cette démarche. Les industriels du DM financent peu d'essais cliniques, contrairement aux firmes pharmaceutiques. L'évolution de la réglementation européenne les contraindra à démontrer l'intérêt clinique de leurs produits. Il existe donc un intérêt pour eux de mettre leurs dispositifs et équipements à disposition de l'AP-HP aux fins de démonstration de l'intérêt clinique ainsi que pour pouvoir évaluer leur coût et leur impact sur la tarification. Enfin, cette coopération pourrait ensuite faciliter les démarches que les entreprises pourront entreprendre dans le cadre du nouveau forfait innovation, développé par la DGOS qui permet la prise en charge du coût des DM dans le cadre d'essais permettant le recueil de données complémentaires avant le remboursement par la Sécurité sociale.

**Le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU** observe que les procédures actuelles, exigées dans le cadre de la loi JARDÉ, sont très complexes, même pour des études observationnelles.

**M<sup>me</sup> Florence FAVREL-FEUILLADE** souligne que la DRCl a mis en place des sessions dans les différents GH pour former les médecins et expliciter les modifications introduites par les textes d'application de la loi JARDÉ. Aujourd'hui, il n'est pas identifié de délai supplémentaire lié à la loi JARDÉ mais la fermeture des comités de protection des personnes (CPP) cet été est un vrai problème.

**Le directeur général** note toutefois qu'un goulet d'étranglement est constaté et que le redémarrage de la recherche clinique en France est freiné par les délais. Des actions de lobbying semblent nécessaires sur ce dossier, d'autant que les commissions de sélection ne sont pas actives pendant les mois de juillet et août.

**Le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU** ne souhaite pas que ces mesures dissuadent les jeunes de se lancer dans la recherche.

**Le P<sup>r</sup> Claire POYART** s'enquiert du montant des enveloppes allouées.

**M<sup>me</sup> Florence FAVREL-FEUILLADE** répond que l'enveloppe consacrée au CRC *Innovation* en 2018 sera de 500 000 €.

**M. Guy BENOIT** note que le cycle de vie d'un dispositif médical est plus rapide que celui des médicaments, ce qui impose d'aller très vite sauf à arriver une fois la course achevée. Le montant avancé semble très peu important au regard des enjeux.

**Le président** souhaite que les équipes intensifient le travail de communication sur la nouvelle loi au sein des GH.

## **VII. Évaluation des activités de recherche de l'AP-HP par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hcéres)**

**Le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU** rappelle que le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hcéres) est chargé d'évaluer les établissements d'enseignement supérieur et de recherche et les organismes de recherche. Les 16 départements hospitalo-universitaires (DHU) de l'AP-HP seront également évalués par le Hcéres. L'évaluation s'organise annuellement par vagues. Un dossier devra être constitué pour l'ensemble de l'AP-HP qui comprendra un dossier relatif à la stratégie, gouvernance et pilotage commune (dossier à la charge du DRCI) qui sera associé à un dossier par GH (donc 12 dossiers). Les dossiers doivent préciser les axes de recherche (en adéquation avec ceux exposés dans le projet médical) et le pilotage de la recherche. Le calendrier de mise en œuvre sera très serré. Le 21 octobre, le dossier complet de l'AP-HP devra être transmis au Hcéres, les GH devront donc rendre leurs dossiers avant cette date. Des visites seront planifiées sur le périmètre de l'AP-HP et au niveau de chaque GH. À l'issue de ces visites, les interlocuteurs n'organiseront aucun retour. Un rapport sera revu par le Hcéres puis transmis à l'AP-HP pour commentaires. Une évaluation des DHU aura également lieu. Elle sera également nationale et par DHU.

**Le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU** s'enquiert de l'intérêt de la démarche. Sans explication sur la finalité poursuivie par cette évaluation, le projet ne pourra pas obtenir l'assentiment des équipes.

**Le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU** explique que l'intention est d'évaluer l'activité de recherche et d'enseignement. C'est un changement de culture. Cette activité n'a jamais été évaluée jusqu'alors pour le CHU en tant que structure hospitalière.

**M<sup>me</sup> Florence FAVREL-FEUILLADE** ajoute que, comme les évaluations de la Haute Autorité de santé (HAS) qui au départ ne devaient pas avoir d'impact sur les financements, les évaluations Hcéres pourraient à terme avoir d'autres répercussions. Ces travaux permettront de mettre en évidence l'organisation de la recherche à l'AP-HP et ses performances.

**Le directeur général** a conscience de la lourdeur du processus mais il existe depuis 20 ans, des tentatives visant à supprimer les crédits de recherche attribués directement dans les CHU, au prétexte que ces structures ne seraient pas capables d'évaluer et de prioriser la recherche. Il invite donc les membres de la CME à se mettre en position de démontrer qu'ils sont en mesure de piloter la recherche et se soumettre à cette évaluation.

**Le président** s'associe aux propos du directeur général et invite tout un chacun à veiller au bon déroulement de l'évaluation.

Le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU ne nie pas l'importance de la démarche mais regrette que ces démarches se multiplient sans moyens associés. Une évaluation trop prégnante peut aussi conduire à perdre en créativité.

## VIII. Hémovigilance

### 1. Plan d'action Hémovigilance de l'AP-HP : bilan annuel et perspectives

Le D<sup>r</sup> Nadia ROSENCHER indique que des groupes de travail ont été mis en place avec les référents en hémovigilance de l'AP-HP pour se pencher sur les causes des erreurs transfusionnelles, de plus en plus importantes en Île-de-France. Ces erreurs ont été recensées et classées en trois groupes : au moment du prélèvement du groupe sanguin, au moment de la prescription, au moment de la transfusion.

#### Un site intranet, dédié à l'hémovigilance AP-HP a été créé

<http://portailcms.aphp.fr/hemovigilance/>

1. Il ressort des travaux menés que les seuils transfusionnels ne sont pas respectés dans 25 % des cas, c'est pourquoi les recommandations sur les seuils transfusionnels ont été rappelés sur le site intranet de l'AP-HP dédié à l'hémovigilance.
2. Les prélèvements étant faits souvent en même temps par la même infirmière, il a été proposé de séparer les prélèvements de groupes sanguins (lieu et temps).
3. Toutes les prescriptions ont été également uniformisées :
  - a. Le document d'information du patient sur la transfusion a été simplifié et traduit en sept langues.
  - b. Enfin, une ordonnance consensuelle a été proposée pour la recherche d'agglutinines en post-transfusion. L'Établissement français du sang (ÉFS) recevra les résultats en cas de recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) positive.
  - c. L'ordonnance de produits sanguins labiles (PSL), unique pour tous les hôpitaux de l'AP-HP, est déjà sur le site et apparaîtra bientôt sur ORBIS. Des rubriques devront être obligatoirement renseignées sauf à déclencher un blocage du système.

Un accès à un site web qui sera mis en place permettra de suivre les produits utilisés, jetés ou rendus. Ce site internet sera opérationnel au 2<sup>e</sup> semestre 2018. Dans la perspective de la disparition du dossier papier, l'objectif est de produire un dossier transfusionnel sur ORBIS pour tous les malades.

Des projets restent à mener concernant l'évaluation des plasmas médicaments, le changement de prestataires de transport, l'attractivité des postes d'hémovigilant et le respect du temps dédié à l'hémovigilance. À ce jour 2 propositions seront émises :

1. pour que ce temps dédié ne soit pas phagocyté, sanctuariser ce poste qui devra être sous la dépendance de la cellule *Qualité* ;
2. communiquer sur l'existence de site intranet de façon efficace.

## **2. Plasma traité par solvant détergent (SD) : indications à l'AP-HP et risques liés au double circuit des plasmas thérapeutiques**

**Le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX** signale qu'un premier plasma thérapeutique traité par solvant-détergeant (SD) et produit par l'industrie pharmaceutique est arrivé sur le marché en 2016. Ce produit relève du statut de médicament dérivé du sang (MDS) et tombe sous le coup de la pharmacovigilance et non de l'hémovigilance. L'*Octaplas LG* a été admis par la COMÉDIMS au livret thérapeutique à la condition qu'il s'agisse d'échanges plasmatiques programmés sans dispensation de produits de l'ÉFS concomitante. L'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) s'est équipée en congélateurs pour stocker le nouveau produit et d'un avenant transport pour les envoyer vers les pharmacies à usage intérieur (PUI) qui devront également acquérir des congélateurs et des réchauffeurs. Le pharmacien devra se former pour contrôler la carte de groupage et la pharmacovigilance. Le coût de l'achat des équipements (hors logiciel) est estimé à 15 000 € par site candidat. Le coût de la formation des pharmaciens est en cours d'évaluation ainsi que les charges de personnel. Les PUI devront être équipées d'un logiciel de traçabilité (*Propharma*) lequel devra être enrichi d'un module sur les produits sanguins labiles. L'accès à la carte de groupe sanguin est impératif et justifie des discussions avec l'ÉFS.

**M. Guy BENOÎT** demande quelle décision est prise concernant le stockage. Il souhaite que celui-ci relève de l'AGEPS.

**Le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX** confirme que c'est bien le circuit AGEPS qui a été retenu.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET** indique que les pharmacies ne sont pas prêtes à se substituer à l'ÉFS pour l'instant.

**Le P<sup>r</sup> Pascale GAUSSEM** demande si une réflexion est lancée sur le plasma lyophilisé.

**Le D<sup>r</sup> Nadia ROSENCHER** souligne que l'armée utilise ce type de plasma qui n'a besoin ni d'une phase de congélation et de décongélation.

## **IX. Questions diverses**

### *Paiement des gardes des étudiants*

**M. Jean-Vincent LAQUA** a été contacté par les étudiants de différentes universités, principalement extra-muros, dans la mesure où beaucoup n'ont pas été payés de leurs gardes ou avec beaucoup de retard.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** souligne que le dysfonctionnement fait suite à l'absence d'envoi des documents par les établissements dans lesquels les gardes sont réalisées vers les GH auxquels les étudiants sont rattachés administrativement. Un message sera renvoyé vers les correspondants hors AP-HP pour leur rappeler la nécessité d'envoyer les documents dans le mois de réalisation des gardes. Parallèlement, il sera demandé aux correspondants de l'AP-HP de relancer leurs homologues hors AP-HP dès lors qu'ils notent des retards dans la circulation des documents.

**X. Approbation des comptes rendus des CME des 9 mai et 6 juin 2017**

Les comptes rendus des réunions des 9 mai et 6 juin 2017 sont adoptés à l'unanimité.

*La séance est levée à 19 heures 55.*

\*                    \*  
                                 \*  
                                 \*

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

**mardi 12 septembre 2017 à 16 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**mardi 29 août 2016 à 16 heures 30**