

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 9 MAI 2017

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 4 JUILLET 2017

SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME	6
II. Groupe de travail <i>hématologie</i> : point d'étape et perspectives	11
III. Nouvelle application informatique pour la déclaration des cumuls.....	13
IV. Enquête du syndicat des médecins des hôpitaux de Paris (SMHP) sur la qualité de vie au travail des personnels médicaux	14
V. Évolution des systèmes d'information en santé : retour de la conférence <i>Healthcare information and management systems society</i>	16
VI. Bilan 2016 des infections associées aux soins	17
VII. Information sur la procédure de révision des effectifs 2018 des praticiens hospitaliers	19
VIII. Questions diverses	19
IX. Approbation du compte rendu de la CME du 11 avril 2017	19

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Groupe de travail *Hématologie* : point d'étape et perspectives (P^r Véronique LEBLOND)
3. Nouvelle application informatique pour la déclaration des cumuls d'activités (M^{me} Laure BÉDIER)
4. Enquête du syndicat des médecins des hôpitaux de Paris (SMHP) sur la qualité de vie au travail des personnels médicaux (P^r Michel LEJOYEUX)
5. Évolution des systèmes d'information en santé : retour de la conférence *Healthcare information and management systems society* (HIMSS) 2017 (P^{rs} Jean-Claude CAREL et Rémi SALOMON, M. Étienne GRASS)
6. Bilan 2016 des infections associées aux soins (D^r Sandra FOURNIER)
7. Information sur la procédure de révision des effectifs 2018 des praticiens hospitaliers (M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ)
8. Questions diverses
9. Approbation du compte rendu de la CME du 11 avril 2017

SÉANCES RESTREINTES

Composition C

- Avis sur l'engagement d'une procédure disciplinaire à l'encontre d'un praticien hospitalier

Composition A

- Avis sur une demande d'intégration dans le corps des PU-PH
- Concertation sur les demandes de consultanat

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix délibérative :***

- M. le P^r Philippe ARNAUD
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P^r Thierry BÉGUÉ
- M. le P^r Sadek BELOUCIF
- M. Guy BENOÎT
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M. le P^r Francis BONNET
- 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^{me} le P^r Françoise BOTTEREL CHARTIER
- M. le P^r Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^r Philippe CORNU
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Michel DRU
- M. le D^r Alain FAYE
- M^{me} le P^r Marysette FOLLIGUET
- M. le P^r Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS
- M. le P^r François GOFFINET
- M. le P^r Bernard GRANGER
- M. le P^r Philippe GRENIER
- M. le D^r Christian GUY-COICHARD
- M. le P^r Olivier HÉLÉNON
- M. le D^r Olivier HENRY
- M^{me} le P^r Dominique ISRAËL-BIET
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M^{me} le P^r Dominique LE GULUDEC
- M. le P^r Michel LEJOYEUX
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- 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. le P^r Michel PEUCHMAUR
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M^{me} le D^r Valérie PÉRUT
- M^{me} le D^r Élisabeth PORSMOQUER
- 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 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

- ***avec voix consultative :***

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

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

- M. le P^f 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. Emmanuel RAISON, direction des ressources humaines
- M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M^{me} Catherine SUEUR, secrétaire générale
- M^{me} Marie-Anne RUDER, direction 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-PILOLOT

- ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} René ADAM, Yves AIGRAIN, Nelly ACHOUR, Joël ANKRI, Olivier BENVENISTE, Catherine BERNARD, Marie BORNES, Christophe CELLIER, Gérard CHÉRON, Yves COHEN, Rémy COUDERC, Nicolas DANTCHEV, Patrick DASSIER, Nathalie DE CASTRO, Jean-Luc DUMAS, Jacques DURANTEAU, Bertrand GUIDET, Vincent JARLIER, Louis MAMAN, Rémy NIZARD, Antoine PELHUCHE, Namik TARIGHT, Michel ZÉRAH
- M^{mes} Sophie GUILLAUME, Géraldine POENOU. MM. Yann FLÉCHER, Jean-Vincent LAQUA, Stefan NERAAL, Jérémie ZERBIT

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

I. Informations du président de la CME

Développement professionnel continu (DPC)

L'organisation de la formation et du DPC des personnels médicaux à l'AP-HP mérite une réflexion d'ensemble dans laquelle la CME doit s'impliquer. **Le président** a donc demandé au P^r Jean-Yves ARTIGOU et au D^r Stéphane DAVID de faire le point lors de la prochaine CME. D'autres groupes de travail réfléchissent à la formation :

- un conseil stratégique de la formation : mis en place par la direction générale et comprenant des représentants de la CME (P^{rs} Paul LEGMANN, Jean-Yves ARTIGOU, Michel LEJOYEUX, Catherine BOILEAU, et M^{me} Sophie GUILLAUME pour les sages-femmes), il travaille sur 5 sujets (simulation et les pédagogies nouvelles, management, participation des usagers à la formation, liens avec les professionnels de santé de ville, évolution des métiers) ;
- le groupe de travail sur les nouveaux métiers mis en place dans le cadre des groupes stratégiques dits « *oikeösis* ».

2^e appel à projets pour la labellisation d'instituts hospitalo-universitaires (IHU)

Le 1^{er} appel à projets de 2010 avait sélectionné 6 IHU, dont 3 à l'AP-HP (2 à la Pitié-Salpêtrière, 1 à Necker). Le 2nd appel est doté de 200 M€ et vise à sélectionner 2 à 3 projets au maximum pour toute la France, dont, il l'espère, un projet en Île-de-France. Les candidats de l'AP-HP seront auditionnés en interne pour apporter une aide institutionnelle à la constitution du dossier de candidature des projets ayant le plus de chances d'être labellisés.

Renouvellement des chefs de service

Le président signe actuellement de nombreuses propositions de nomination ou de renouvellement de chefs de service ou de responsables d'unité fonctionnelle. Il rappelle que le plan dit « ressources humaines – personnel médical » (RHPM) prévoit notamment une présentation du projet de service à l'équipe et, en cas de renouvellement, un bilan de la chefferie précédente présentée en conseil de service. Certains groupes hospitaliers (GH) ont bien intégré ces nouvelles pratiques, d'autres moins bien. Il insiste sur l'intérêt qu'il y a à ce que les chefs de pôle, de service et d'unité fonctionnelle partagent les objectifs et le projet de service et se l'approprient. Il ne s'agit pas d'un simple formalisme mais bien de prévention des déboires futurs et des risques psychosociaux. Dans le management des équipes et le choix des responsables, l'aspect humain doit revêtir autant d'importance que la compétence professionnelle.

Il convient également que les chefs de service qui arrivent bientôt à l'âge de la retraite et ne pourront achever un nouveau mandat de 4 ans anticipent et préparent leur succession sans attendre la dernière minute. Le président en tiendra compte dans les avis qu'il donne sur les demandes de consultanat.

Assistants spécialistes partagés (ASP)

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU représentait le président au jury de sélection des demandes d'ASP qui s'est réuni à l'agence régionale de santé (ARS) le 20 avril. Le jury a retenu 74 dossiers sur les 80 présentés. Les postes d'ASP sont financés à 60 % par l'ARS, les 40 % restants étant partagés le plus souvent entre l'AP-HP et un centre hospitalier (CH). Ils constituent une véritable opportunité dont l'AP-HP doit se saisir. Les dossiers sont acceptés lorsqu'ils sont complets, bien préparés, avec une logique de partage clairement identifiée entre les deux structures.

Réforme du 3^e cycle des études médicales

Suite aux alertes qu'il a reçues des gériatres sur les difficultés créées par la réforme, **le président** propose la constitution d'un groupe *ad hoc* pour réfléchir aux solutions à apporter. Le groupe comprendra les gériatres de la CME (P^r Joël ANKRI, D^{rs} Christophe TRIVALLE et Olivier HENRY), la DOMU, les coordonnateurs du diplôme d'études spécialisées complémentaires (DÉSC) de gériatrie de la région Île-de-France (P^{rs} Jacques BODDAERT et Éric PAUTAS), le représentant des doyens (P^r Bruno RIOU), le président et la vice-présidente de la collégiale de gériatrie (P^r Laurent TEILLET, D^r Sylvie HAULON), les présidents des sous-commissions *Temps et effectifs médicaux* (P^r Thierry BÉGUÉ) et *Structures et stratégie* (P^r Paul LEGMANN), la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) et le D^r Georges SEBBANE, ancien président de la collégiale.

Il devra rendre ses travaux pour la CME du 4 juillet, de façon à arrêter des orientations avant les commissions de répartition des internes et avant la finalisation de la révision des effectifs de praticiens hospitaliers.

Le D^r Christophe TRIVALLE indique que certaines spécialités dépendent pour beaucoup des internes de médecine générale. Le coordonnateur a ainsi envoyé un courrier le 7 avril indiquant que les directions des établissements devront peut-être, à compter de la mise en place de la réforme en novembre 2017, trouver des effectifs alternatifs aux internes de médecine générale pour assurer le fonctionnement de certains services. Il fait également état d'une pénurie de gériatres et de praticiens attachés.

Le D^r Olivier HENRY reproche l'absence de réaction devant le fait que la médecine générale ait décrété qu'il ne fallait pas donner d'internes à la gériatrie, car cette dernière ne serait pas formatrice. En outre, il est de plus en plus difficile de faire entendre la demande d'agrément d'un service en gériatrie et l'attribution des internes, qui sont deux questions différentes.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU partage l'inquiétude exprimée sur l'avenir de ces services et rappelle que la médecine générale est une discipline majeure dans le fonctionnement des services de gériatrie. Les coordonnateurs de médecine générale réunis le 14 avril à l'initiative du comité des internes de la CME avec les coordonnateurs de gériatrie ont accepté d'ouvrir la phase socle à la gériatrie, et d'agréer 30 services pour la médecine générale que leur communiqueront les coordonnateurs de gériatrie. Il souligne l'importance de cette proposition qui constitue une bouffée d'oxygène pour les services de gériatrie aiguë qui, si elle demeure insuffisante, n'en est pas moins substantielle.

Le D^r Patrick PELLOUX observe que la même problématique se pose pour la médecine d'urgence. La médecine générale a décrété son autonomie et fait l'objet d'un important *lobbying*. Les généralistes ne veulent plus aller dans les services d'urgences et les SAMU et déclarent ne pas se sentir concernés. Il existe une fracture importante et voulue par la médecine générale dans le métier.

Médiation

Le P^r Denis DEVICTOR, médiateur de l'hôpital Bicêtre et médiateur central de l'AP-HP a fait un exposé sur la médiation lors de la dernière réunion de la cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU) du 19 avril. Il apparaît que seulement 3 % des réclamations faites à l'AP-HP donnent lieu à une médiation, alors que dans de nombreux cas elle pourrait éviter que les conflits ne s'enveniment. La médiation est un vrai métier qui nécessite une formation. Elle est encore trop peu connue par les personnels qui bien souvent ne connaissent pas le nom du médiateur de leur hôpital. Le président a donc invité le P^r Devictor à venir présenter ses missions lors d'une réunion de la CME à la rentrée.

Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCÉRES)

Le HCÉRES évaluera tous les GH de l'AP-HP.

Le P^r Catherine BOILEAU précise que HCÉRES a récemment étendu son périmètre d'action aux CHU en tant que structures de recherche. Chaque site est concerné, car l'évaluation porte sur la recherche effectuée. Les présidents de CME locale ont été informés par courrier du format de ces évaluations et les participants sont invités à se rapprocher des directions recherche locales et des présidents des commissions *Stratégie-Innovation-Recherche-Université* (SIRU) locales afin de participer à la constitution du dossier, qui reflète les activités de recherche clinique, qui n'étaient pas prises en compte directement jusqu'à présent. En outre, il serait dommageable qu'une institution aussi efficace et productive que l'AP-HP, qui est évaluée au même titre que d'autres CHU, n'obtienne pas la note maximale.

Convention d'association entre le GH Hôpitaux universitaires Paris-Sud (HUPS) et le centre hospitalier Sud-Francilien (CHSF)

Le président estime que l'AP-HP doit rester vigilante sur son rôle de recours dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Révision des effectifs 2018 des praticiens hospitaliers (PH)

La procédure de révision des effectifs de PH débute. L'objectif d'efficience a été fixé comme l'an passé à 5 M€ et l'enveloppe centrale de redistribution demeure à 0,4 % de la masse salariale du personnel médical senior. Il conviendra de tenir compte de ce qui sera décidé pour la mise en œuvre du plan national d'attractivité, des conclusions de la cellule *Anesthésie* et du groupe *ad hoc* sur la gériatrie. Compte tenu du caractère contraint du budget, la révision des effectifs ne s'annonce pas aisée.

Informations du directeur général

Le directeur général revient sur une récente réunion institutionnelle des 10 plus grands hôpitaux universitaires européens, durant laquelle un mémorandum structurant une alliance de ces établissements a été signé. Ce document prend acte de l'existence d'intérêts communs, notamment sur des sujets tels que le *lobbying* en faveur d'appel d'offres européens moins bureaucratiques ou le *burn out* des jeunes médecins, qui est un sujet de préoccupation dans tous les établissements. La réflexion sera structurée de façon à ce que des correspondants puissent travailler ensemble, mais cette approche, qui se veut essentiellement hospitalière, ne vient pas faire double emploi avec les réseaux.

S'agissant des tableaux de bord du plan stratégique 2015-2019, une cinquantaine d'indicateurs avaient été définis autour des différentes thématiques et un état d'avancement est présenté chaque année. Certains de ces indicateurs sont plus aisés que d'autres à suivre, mais un point d'avancement à mi-parcours pourra être fait en juillet, de façon à identifier les indicateurs sur lesquels porter l'effort et ceux dont la cible initiale n'était pas adaptée. Cette méthode permettra de ne pas arriver à la fin du plan stratégique en ayant le sentiment de ne pas avoir progressé.

En ce qui concerne l'activité, le 1^{er} trimestre 2017 ne ressemble pas aux années précédentes, avec une activité constatée inférieure aux prévisions. Ceci conduira à analyser la situation prévisionnelle en fin d'année GH par GH, pour éventuellement adapter les ressources et permettre de respecter le contrat.

Par ailleurs, un travail est actuellement mené pour permettre à l'hôpital San Salvador de sortir de la situation de non-droit dans laquelle il se trouve. En effet, cet hôpital demeure sans autorisation, ce qui demeure une situation atypique. Des discussions visant à délivrer une autorisation mixte, sanitaire et médico-sociale, sont en cours et permettront à terme de prévoir pour cet établissement un financement pérenne. La CME sera prochainement informée de la conclusion des négociations avec les deux ARS concernées.

Les prochaines journées portes ouvertes se dérouleront du 19 au 21 mai prochains. Les hôpitaux rivalisent pour faire valoir leurs initiatives sur les réseaux sociaux et 150 manifestations sont prévues le samedi dans les différents GH. En outre, comme l'an passé, des classes de collège seront reçues le vendredi dans les établissements. Cet accueil requiert certes beaucoup de travail, mais il est très important pour la découverte des métiers et de l'hôpital. En outre, expliquer l'activité des établissements de l'AP-HP fait partie de ses missions de service public. Un concert gratuit sera organisé le samedi soir avec *Maître Gims* et a d'ores et déjà occasionné plus de 6 000 inscriptions. Ces journées portes ouvertes constitueront également l'occasion de communiquer davantage sur les nombreuses initiatives intéressantes conduites au sein de l'AP-HP.

Budget

Le P^r Dominique LE GULUDEC note qu'en 2016, le solde aux bornes du GH s'est amélioré de 4 M€ grâce aux efforts consentis. Malgré cela, il apparaît que les charges communes ont augmenté de 6 M€, alourdissant le déficit de 2 M€. Si les dépenses majeures sont maîtrisées, le

manque de maîtrise des charges communes détruit les efforts concédés localement. De plus, cette situation est extrêmement difficile à justifier auprès des collègues qui ont fourni des efforts.

Le directeur général précise que les charges communes ne correspondent pas aux charges du siège. Le niveau d'efficacité est légèrement supérieur pour les services communs. Des opérations de vérité liées à la certification des comptes sont actuellement menées sur les admissions en non-valeur. En outre, une notion de résultat opérationnel du groupe hospitalier avait été proposée afin que chacun puisse avoir une vision claire des recettes et dépenses d'activité, qui demeure l'aspect le plus important pour le pilotage.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ précise que le sujet des charges communes n'est pas nouveau et rappelle qu'une opération de reprise sur provision de crédits recherche menée sur 2015 est venue majorer artificiellement le niveau des charges communes sur 2016. Cet élément est connu depuis le milieu de l'année 2016. En revanche, le niveau des admissions en non-valeur est passé de 45 M€ en moyenne ces dernières années à 124 M€ pour l'exercice 2016. Ceci n'a pas d'impact direct sur le résultat, mais les commissaires aux comptes ont demandé d'accroître le provisionnement du risque de non-recouvrement. Afin de faciliter la lecture du résultat, deux éléments semblent importants : un indicateur d'éclairage sur la marge opérationnelle et une lecture pédagogique sur les charges communes, étant précisé que ces dernières se composent de deux éléments principaux, à savoir les crédits-recherche et les systèmes d'information.

Le P^r Ariane MALLAT indique que la récente demande d'efficacité supplémentaire en sus de l'efficacité contractuelle a soulevé des réactions très vives de la communauté médicale du GH qui ne comprend pas l'annonce d'un résultat déficitaire alors que le GH a respecté sa cible contractuelle. Il s'agit d'un point de sensibilité sur lequel il convient d'être vigilant.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ indique que le nouveau calendrier budgétaire modifie quelque peu les pratiques. Pour 2017, des budgets modificatifs seront adoptés au niveau de chaque GH d'ici la fin du mois de juin, pour tenir compte de l'atterrissage 2016. Cet exercice sera reconduit en 2018, avec une discussion budgétaire à l'automne et un ajustement au printemps, en fonction du réalisé en fin d'année.

Le directeur général rappelle que le contrat ne porte pas sur la part de charges communes, mais sur le lien entre l'activité et les moyens alloués. En outre, obtempérer à la demande des tutelles formulée l'an passé de tendre rapidement vers l'équilibre de l'AP-HP aurait supposé de plus grands efforts d'efficacité et de plus grandes économies. Il résulte de ce choix que les engagements d'un retour à l'équilibre en 2017 formulés voici quelques années ne sont pas tenus, ce qui se traduit certes par du déficit à répartir entre les GH, mais le niveau d'efficacité est resté le même que celui sur lequel l'institution s'est engagée lors de la signature du plan global de financement pluriannuel (PGFP) voici 3 ans, de l'ordre de 150 M€ par an. En outre, et contrairement à ce qui avait été demandé, l'efficacité s'est en grande partie concentrée sur l'activité et non sur les économies, ce qui va dans le sens des engagements pris en matière de maintien des effectifs au service du malade sur l'AP-HP, ce qui pourra notamment se constater lors de la comparaison des données 2015 et 2016. Il convient donc de se montrer plus vigilant et plus restrictif sur les dépenses de remplacement et les ressources intérimaires lorsque l'activité n'est pas au niveau attendu.

II. Groupe de travail *Hématologie* : point d'étape et perspectives

Le P^r **Véronique LEBLOND** rappelle que l'hématologie est une spécialité relativement captive à forte dominante hospitalière, l'AP-HP représentant plus de la moitié des prises en charge en Île-de-France. En outre, l'évolution de cette spécialité conduit à une augmentation de prise en charge des patients âgés présentant des hémopathies malignes. L'activité évoluera vers l'onco-hématologie, ce qui supposera notamment de prendre en charge de patients polyopathologiques. Elle précise également que l'activité de l'AP-HP se concentre sur l'allogreffe de moelle.

L'ARS a voulu conduire une étude afin de définir l'offre à venir de l'hématologie et l'évolution de la pathologie dans les 10 ans à venir. En outre, l'ARS s'est trouvée confrontée à une augmentation des soins intensifs d'hématologie demandés par l'AP-HP et a donc souhaité lancer une enquête à ce propos, notamment afin de définir les besoins, le profil des patients et les moyens alloués, sachant qu'il n'existe aucune définition du soin intensif en hématologie.

En moyenne, la durée de séjour atteint 25 jours, soulignant la gravité des pathologies accueillies. En outre, la majorité des patients présentent des comorbidités lourdes nécessitant une prise en charge. Il a par ailleurs été évalué qu'une vingtaine de lits en dehors de l'hématologie accueillent des patients qui devraient en relever, soulignant la nécessité de conserver voire augmenter le nombre de lits de soins intensifs.

Les postes partagés en hématologie sont encore peu nombreux, mais un certain nombre de postes complémentaires ont été acceptés cette année. En outre, un rapport vient souligner la nécessité de dédier une machine de radiothérapie supplémentaire à Henri-Mondor. Cet équipement nécessitant un investissement très lourd, l'ARS demandera probablement que les radiothérapeutes ne fassent que les irradiations corporelles totales (ICT) des patients de leur GH, ce qui posera la question de savoir qui réalise les ICT, les praticiens préférant généralement avoir recours à d'autres techniques.

L'enquête conclut sur les points suivants :

- réflexion sur les services de médecine qui font de l'hématologie et de la chimiothérapie à l'AP-HP avec impact sur les lits ;
- activité hématologique de GH Paris-Sud (4 lits de soins intensifs Paul-Brousse et d'activité d'hématologie à Bicêtre et Antoine-Béclère) ;
- offre de soin qui pourrait largement être améliorée en travaillant sur des regroupements possibles dans le domaine des hémopathies lymphoïdes comme myéloïdes ;
- réflexion de l'AP-HP sur la radiothérapie avec une demande de machine dédiée aux ICT à Henri-Mondor ;
- projet d'hématologie Cochin/Necker sur un seul site à mettre en œuvre ;
- projet hématologique de Paris 6 à expertiser.

Le P^r **Stanislas CHAUSSADE** fait remarquer que le ratio lits de soins intensifs / lits d'hospitalisation conventionnelle est très variable d'un site à l'autre, probablement en raison de l'absence de définition.

Le P^r Véronique LEBLOND répond que dès lors qu'un lit en hématologie est créé, une protection d'air est mise en place. Il est donc possible de considérer tous les lits en soins intensifs, ces derniers étant valorisés à hauteur de 490 €. Selon elle, la réflexion doit plutôt porter sur les patients à positionner dans ces lits.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE constate un important déficit de lits à l'est de Paris alors que les créations se concentrent plutôt sur l'ouest parisien.

Le P^r Véronique LEBLOND en convient, mais rappelle que la problématique concerne aussi l'ouest.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE demande si le souhait concernant les malades positionnés en médecine interne consisterait à augmenter les lits en hématologie. Il convient en effet de prévoir des transferts de lits des maladies infectieuses vers l'hématologie, ce qui suppose de formaliser la politique en hématologie.

Le P^r Véronique LEBLOND répond qu'un transfert de lits aurait lieu au détriment des maladies infectieuses et considère qu'il faudrait plutôt augmenter les lits en hématologie. Il semble en revanche peu probable que l'ARS accepte d'augmenter le nombre de lits de soins intensifs. Une question se pose toutefois quant à la possibilité de positionner ces lits en périphérie. Elle évoque également une difficulté avec la durée moyenne de séjour (DMS) et les soins de suite et de réadaptation (SSR) : il ne serait pas nécessairement impératif d'augmenter le nombre de lits si la rotation était plus rapide.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE s'enquiert des perspectives concernant le passage à l'ambulatoire et le recours à l'hospitalisation à domicile (HàD).

Le P^r Véronique LEBLOND répond que l'ambulatoire concerne les traitements par voie orale et diminuerait beaucoup l'activité de l'hôpital de jour. Toutefois, l'hématologie suppose de passer régulièrement de la voie orale à la voie intraveineuse. Il est donc très difficile de réduire une structure pour favoriser l'autre.

Le directeur général estime que la question stratégique pour l'hématologie réside dans le fait que l'essentiel de l'activité se déroule à l'AP-HP. La question de savoir si l'institution entend continuer ainsi ou laisser d'autres opérateurs entrer dans ce domaine se pose donc. Sous réserve que l'activité soit bien effectuée, l'AP-HP aurait tout intérêt à conserver un rôle très prédominant en hématologie. Cela suppose toutefois d'être en mesure de répondre à l'ensemble des besoins, y compris avec le vieillissement et l'augmentation du nombre d'indications concernant les personnes âgées, mais également d'avoir une hématologie performante. Il sera possible d'envisager, de manière subsidiaire, la création de lits supplémentaires lorsque ces deux dimensions seront définies. À condition de se donner les moyens de son ambition, l'AP-HP n'aurait aucune raison de ne pas conserver sa position forte en hématologie,

Le D^r Christophe TRIVALLE considère que la suppression des lits de soins intensifs en hématologie à Paul-Brousse serait une catastrophe. Par ailleurs, Paul-Brousse a créé des lits de court séjour et des lits de SSR en onco-gériatrie et les deux premiers médecins recrutés ont fini par quitter l'établissement, posant la question de l'attractivité de la gériatrie.

Le P^r Véronique LEBLOND répond qu'elle ne souhaite pas fermer ces lits. Elle précise toutefois que l'hôpital Paul-Brousse ne traite que très peu de patients avec une leucémie aigüe par an. La question de savoir comment occuper les lits de soins intensifs se pose donc, l'hématologie se composant pour beaucoup d'ambulatoire.

Le P^r Éric THERVET indique que les praticiens en hématologie-gériatrie se sont réunis pour définir la prise en charge et se demande si l'une des réponses ne consisterait pas à se rapprocher des gériatres.

Le P^r Véronique LEBLOND répond être parfaitement au fait de cette évolution et rappelle que depuis 10 ans, un diplôme universitaire (DU) onco-gériatrie et hématologie est proposé en collaboration avec les universités Paris V et Paris VI. Soixante à cent gériatres sont ainsi formés chaque année. La formation des gériatres est une question importante, mais l'une des problématiques réside dans le fait que les SSR, qui se disent onco-hématologues, acceptent plus volontiers des patients en oncologie qu'en hématologie, cette activité étant plus lourde à gérer.

Le P^r Catherine BOILEAU observe que la cytogénétique est en tension en matière de ressources et de méthodologie. Il conviendrait donc d'ouvrir un dialogue entre les collégiales de génétique et d'hématologie clinique pour tenter de résoudre cette problématique.

III. Nouvelle application informatique pour la déclaration des cumuls

M^{me} Laure BÉDIER rappelle que le rapport sur les conflits d'intérêts de 2016 dresse deux constats : une méconnaissance des règles applicables en matière de cumul d'activités, au sujet desquelles deux guides ont été diffusés à l'ensemble des agents de l'AP-HP et la complexité de la procédure pour demander une autorisation de cumul. Une application a donc été développée pour tenter de répondre à cette difficulté. En outre, un décret de janvier 2017 remplaçant celui de 2007 est venu transformer la décision implicite d'acceptation lorsque l'administration ne répond pas dans les délais en décision de rejet. Il convient donc de répondre très rapidement aux demandes de cumul. Enfin, un groupe de travail emmené par le P^r Bruno Riou a réfléchi sur une procédure et un formulaire de cumul d'activités, qui sont en cours de stabilisation et seront intégrés dans la nouvelle version de l'application. L'application est en phase de test à la Pitié-Salpêtrière depuis le 15 avril. Une quarantaine de demandes ont été reçues et les remontées seront intégrées avant déploiement de la 2^e version dans tous les hôpitaux de l'AP-HP.

M. Raphael BEAUFFRET effectue une démonstration de l'application « Espace cumul ».

Le P^r Bruno Riou précise que l'autorisation pour les hospitalo-universitaires (HU) ne sera pas donnée par le directeur des affaires médicales. En outre, le groupe de travail n'a pas encore reçu la validation de la conférence des présidents d'université, qui souhaitent notamment, pour des raisons de recours, que le pouvoir d'autorisation ne soit détenu que par une seule autorité. La double signature du doyen sera nécessaire pour les HU. Le groupe de travail regroupe toutes les conférences de doyens, mais également la conférence des présidents de CME et la conférence des

directeurs généraux de CHU. La co-signature des présidents d'université est attendue, car le doyen n'est pas une personnalité morale. Ces aspects sont quasiment aboutis au niveau national.

Un deuxième point d'achoppement portait sur les universitaires « purs » tels que les médecins généralistes. Des solutions sont en cours de recherche afin d'obtenir rapidement l'approbation de la conférence des présidents d'université. Certains détails de rédaction devraient également être résolus avec les directeurs généraux de CHU dans les jours à venir.

Le P^r Claire POYART demande si l'application présentée communiquera avec le site www.transparence.gouv.fr et observe que ce site ne reprend que des éléments de rémunération, mais ne fait pas état des contrats qui pourraient avoir été signés avec des industriels, privant de tout moyen de contrôle.

Le président note que seules les industries pharmaceutiques déclarent sur ce site. En outre, il n'est pas certain que toutes les activités accessoires soient déclarées, au-delà de l'obligation de déclarer toutes celles qui sont rémunérées.

M^{me} Laure BÉDIER précise que les activités non rémunérées pour des organismes à but lucratif doivent aussi être autorisées. Seules les activités non rémunérées pour des organismes à but non lucratif n'ont pas besoin d'autorisation.

IV. Enquête du syndicat des médecins des hôpitaux de Paris (SMHP) sur la qualité de vie au travail des personnels médicaux

Le P^r Michel LEJOYEUX indique que cette enquête en ligne avait vocation à s'adresser à l'ensemble des catégories de praticiens et de tranches d'âges. Il n'existe ainsi pas de différence d'appréciation réelle entre les populations de maître de conférence des universités – praticiens hospitaliers (MCU-PH), professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PU-PH), praticiens hospitaliers (PH) et « autres ». En revanche, les différences par discipline sont sensibles, les anesthésistes, chirurgiens et radiologues étant encore moins satisfaits que les autres populations. Aucune différence significative de satisfaction n'est relevée en fonction de l'âge.

Parmi les motifs de satisfaction les plus fréquemment cités figurent l'intérêt pour les pathologies (70 %), la cohésion des équipes (65 %), la formation (36 %), la stabilité d'emploi (34 %) et la facilité de recherche (33 %).

Les principales difficultés sont les suivantes :

- problèmes logistiques : 60 %
- glissement de tâches : 59 %
- salaires peu attractifs : 45 %
- difficulté à recruter : 31 %
- manque de reconnaissance : 27 %

Par ailleurs, les sondés ne relèvent pas d'évolution particulière de la situation au cours des trois dernières années.

En fonction de la discipline, la perception d'aggravation de la situation est la plus forte chez les radiologues (83 %), les chirurgiens (76 %) et les médecins (57 %).

À l'inverse, l'enquête ne met en lumière aucune différence de perception de l'aggravation notable entre les différents statuts.

L'envie d'être titularisé n'atteint que 67,4 % chez les 30-40 ans, avec une très forte variation en fonction des disciplines. Il y a donc là un réel sujet d'attractivité.

En conclusion, les sources d'attractivité de l'AP-HP sont bien identifiées, tant au niveau des patients que de la qualité scientifique du travail. L'enquête met également en lumière les difficultés spécifiques aux disciplines, notamment en ce qui concerne le glissement des tâches, les problèmes logistiques et les salaires peu attractifs.

Le président note que cette enquête s'inscrit dans la droite ligne du « baromètre social » réalisé en 2013. Les médecins se plaignent beaucoup des difficultés liées aux glissements de tâches et à la logistique, qui font partie de la vie quotidienne et varient beaucoup entre les sites et les services. Il ajoute que la qualité des échanges dans les services et de la communication entre les personnes et avec leurs responsables est un élément de la qualité de vie au travail.

Le D^r Michel DRU se félicite de ces propos, notamment en ce qui concerne l'ambiance au sein des services et précise que de nombreux départs sont plus liés à des questions d'organisation du travail que de rémunération notamment dans les services d'anesthésie-réanimation.

Le D^r Alain FAYE note que les problématiques soulevées sont des problématiques quotidiennes et récurrentes sur lesquelles il serait souhaitable que l'administration apporte des solutions.

Le directeur général a pris connaissance avec intérêt de cette enquête, malgré un échantillon relativement faible. Les constats qui y sont formulés seront considérés avec le plus grand sérieux, avec la volonté d'améliorer la situation. Toute la question est de savoir si l'extension d'ORBIS permettra effectivement de disposer de plus de temps clinique, mais l'amélioration du taux de satisfaction trimestre après trimestre semble aller en ce sens. En outre, des premiers tests de dictée vocale sont actuellement menés afin d'étudier la possibilité de les généraliser sur ORBIS. L'appréciation du syndicat des médecins sur ces avancées permettrait de hiérarchiser les actions et faire en sorte que la volonté de soutien que véhiculent des changements de soutien soit mieux perçue.

Le P^r Paul LEGMAN note que cette enquête confirme le baromètre précédent, qui soulignait notamment les difficultés liées au glissement des tâches, en particulier dans trois disciplines (anesthésie, radiologie, chirurgie). De ce point de vue, il serait intéressant d'avoir des éléments permettant de savoir si la situation est objective ou uniquement ressentie, par exemple de connaître l'évolution du nombre de départs.

Le D^r Julie PELTIER reconnaît qu'ORBIS apportera des avantages, mais considère qu'il sera également nécessaire de conserver des moyens humains. Une charge croissante pèse sur les secrétaires du fait de la disparition des tâches de saisie.

Le P^r Dominique ISRAËL-BIET note que depuis la mise en place de la dictée vocale, qui nécessite néanmoins une intervention des secrétariats pour la mise en page et l'envoi des comptes rendus, il est devenu extrêmement difficile de produire ces derniers en temps voulu. Cette mesure s'est par ailleurs accompagnée d'une diminution du nombre de postes de secrétaires ou du maintien de ce nombre face à une activité en très forte croissance. La fonction de lien irremplaçable entre soignants et patients assurée par les secrétaires en dehors même de leur activité de saisie n'est donc plus assurée. Des difficultés de communication s'ensuivent et les patients s'en exaspèrent et s'en plaignent. Cette enquête souligne notamment le poids de ces difficultés quotidiennes sur les équipes médicales malgré leur qualité scientifique et leur forte activité.

Le P^r Catherine BOILEAU aborde la question du glissement de tâches dans les laboratoires, qui n'est que trop rarement évoquée. La suppression des cadres et de certains agents conduit le personnel médical à effectuer le travail des agents. De plus, pour des raisons de contrainte financière, le personnel de secrétariat n'est pas remplacé ou par des personnes ne présentant pas la compétence requise, la fonction de secrétariat étant plus complexe en laboratoires. Les biologistes se retrouvent à effectuer des tâches de secrétariat qui leur font perdre un temps considérable. La tension quotidienne dans les laboratoires est particulièrement vive.

Le D^r Anne GERVAIS souhaite rebondir sur le constat déjà fait en 2013 via le questionnaire du baromètre social. En 2013, il y avait eu 17116 médecins invités à répondre au questionnaire et 2933 avaient effectivement répondu, dont 33% des médecins titulaires HU et H. L'analyse faite par IPSOS, qui avait reçu 240 000 € pour ce gros travail d'enquête, avait permis de dégager des leviers de motivation. Parmi les leviers de la motivation peu satisfaits pour les personnels médicaux, on trouvait : avec seulement 33% de satisfaction, les possibilités d'évolution au sein de l'AP-HP ; à 40% : le respect des patients dans l'unité de travail ; à 33% : la prise en compte des propositions d'amélioration ; à 35% : la bonne répartition de la charge de travail ; à 24% : le respect des procédures et des protocoles ; à 23% : l'information sur les projets de l'hôpital.

La cohésion des équipes soignantes, le respect du travail de chacun dans les équipes, semble donc cruciale. Le D^r Anne GERVAIS relève que cela correspond aux propos du Président de la CME qui insistait sur les réunions de service. Il est fondamental de respecter et écouter ce que tous les collaborateurs médicaux et non médicaux peuvent signaler. Des choses simples peuvent être mieux faites et le D^r Gervais déplore que l'enquête présentée par le P^r LEJOYEUX ne montre pas d'amélioration 4 ans après celle du baromètre interne.

V. Évolution des systèmes d'information en santé : retour de la conférence *Healthcare information and management systems society*

Le P^r Jean-Claude CAREL indique qu'une délégation pluri-professionnelle de l'AP-HP a pris part à ce congrès qui a réuni 40 000 personnes autour de la problématique du système d'information (SI) hospitalier. L'objectif de cette participation était d'apprécier les évolutions des SI en santé et d'évaluer le décalage par rapport à la trajectoire de l'AP-HP afin de dynamiser prioriser les ambitions. Ont notamment été abordées des thématiques telles que la maturité des SI hospitaliers et leur capacité à organiser le flux de patients, le lien avec la ville, l'interactivité entre

le SI et les objets connectés, les avancées en matière d'intelligence artificielle et, enfin, des éléments relatifs à la cyber-sécurité.

En ce qui concerne la maturité des systèmes d'information, la quasi-totalité des établissements aux États-Unis est informatisée, avec des fournisseurs de solutions extrêmement concentrés. Ces systèmes représentent 6 à 8 % du budget des établissements, ce qui est très nettement supérieur à ce que consacre l'AP-HP. En outre, ces systèmes embarquent des outils de suivi des patients et des praticiens, notamment en matière qualitative et de respect des bonnes pratiques.

Le P^r Rémi SALOMON rappelle que le marché de la médecine est particulièrement prometteur en matière d'objets connectés, qui rendent les plateformes informatiques plus complexes, notamment du fait des enjeux de sécurisation, qui revêtent une importance particulière dans le domaine de la santé.

Il évoque aussi l'intégration entre médecine de ville et médecine hospitalière qui, si elle nécessite des investissements massifs portés aux États-Unis par les assureurs privés, présente des perspectives importantes de retour sur investissement. Il s'agit donc d'une piste à explorer.

En ce qui concerne l'intelligence artificielle, différents systèmes ont été présentés, notamment en oncologie, mais, pour séduisants que soient ces dispositifs, ils doivent être envisagés avec un esprit critique.

Le président retient de cette présentation l'investissement massif requis pour avancer, ainsi que la nécessaire proximité du département informatique avec les cliniciens pour bien comprendre les besoins pratiques.

Le P^r Rémi SALOMON souligne le caractère structurant des systèmes d'information y compris dans le parcours du patient. De plus, la force de l'AP-HP réside dans la grandeur des cohortes de patients.

Le directeur général indique que sur les 10 plus grands hôpitaux européens, seul un établissement a avancé dans la *démarche Watson*. Une rencontre avec la société **International business machines** (IBM) aura lieu la semaine prochaine, mais à ce stade, l'institution ne souhaite pas particulièrement devenir cliente

VI. Bilan 2016 des infections associées aux soins

Le D^r Sandra FOURNIER indique que sa présentation portera plus particulièrement sur la résistance des bactéries aux antibiotiques, qui est l'un des sujets prioritaires de l'institution. Tout d'abord, si les staphylocoques dorés multi-résistants continuent de baisser, l'incidence des entérobactéries sécrétrices de bêta-lactamases à spectre étendu (*EBLSE*) continue d'augmenter. Toutefois, elle semble se stabiliser en réanimation, encourageant à poursuivre les actions entreprises, notamment en matière d'hygiène des mains, de gestion des excréta et de politique antibiotiques.

L'incidence des bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) ne cesse de progresser, 70 % des nouveaux porteurs ont un lien avec l'étranger, ce qui justifie la mise en place de mesures visant à empêcher la propagation.

La proportion de cas secondaires par séjour de patient porteur de BHRe varie d'un GH à l'autre, avec une moyenne globale pour l'AP-HP à 7 %. Pour prévenir les cas secondaires, la prise en charge du patient par du personnel dédié est beaucoup plus efficace que les précautions contact, elles-mêmes plus efficaces que les précautions standards. Il est donc nécessaire de renforcer les mesures d'hygiène de base.

Début 2017, le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) central a diffusé des recommandations visant à faciliter la prise en charge des patients porteurs de BHRe. Elles encouragent la création au sein des GH de secteurs regroupant les patients porteurs.

La friction hydro-alcoolique pour l'hygiène des mains est le facteur essentiel pour limiter la diffusion des bactéries multirésistantes. Pour renforcer son utilisation, il est proposé de diffuser auprès de chaque service des données de consommation permettant une comparaison avec les services de même spécialité.

S'agissant enfin de la politique antibiotiques, l'indicateur national ICATB2 laisse apparaître des disparités entre hôpitaux. Le principal point d'amélioration réside dans la désignation d'un référent antibiotique dans chaque hôpital. Chaque antibiothérapie doit être réévaluée au 3^e jour, ce qui devrait être facilité par ORBIS. Enfin, la majorité des prescriptions ne devrait pas dépasser 7 jours.

En conclusion, les efforts doivent porter sur :

- l'identification de secteurs pour regrouper les patients porteurs de BHRe ;
- le renforcement de la friction hydro-alcoolique dans chaque service ;
- la diminution des prescriptions d'antibiotiques.

Le D^r Anne GERVAIS demande si une étude sur l'incidence par typologie de services a pu être conduite, notamment en tenant compte du nombre de chambres doubles.

Le D^r Sandra FOURNIER répond par la négative, mais considère qu'une chambre double sera nécessairement plus risquée qu'une chambre individuelle en termes de transmission croisée, puisque partager des sanitaires conduit à partager les bactéries du tube digestif.

Le P^r Christian RICHARD estime qu'il reste beaucoup de travail à fournir sur la notion de personnel et de secteur dédié. S'agissant des antibiotiques, il s'inquiète de constater que des mesures aussi basiques que la limitation d'un traitement à 7 jours sont toujours attendues.

Le directeur général revient sur la question du nettoyage, qui est fréquemment sous-traité à du personnel peu au fait des prescriptions et demande s'il existe des éléments permettant d'améliorer la situation.

Le D^r Sandra FOURNIER répond que l'environnement le plus à risque est celui proche du patient, qui est normalement à la charge des aides-soignants. En outre, ce bio nettoyage est renforcé en cas d'épidémie. Les sols ne sont que faiblement source de transmission des BHRé.

VII. Information sur la procédure de révision des effectifs 2018 de praticiens hospitaliers

M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ indique que la révision des effectifs de PH s'inscrit dans le même processus que les années précédentes, avec des objectifs de promotion et titularisation des plus jeunes praticiens en tenant compte des projets médicaux.

Les efforts d'efficience sont maintenus à 5 M€. En outre, un prélèvement de 0,4 % de la masse salariale du personnel médical senior sera reconduit pour garantir le respect des engagements de la CME et le financement des priorités institutionnelles (urgences, gériatrie, odontologie, etc.).

Les GH ont jusqu'au 10 juillet pour établir la liste des postes demandés, suivant les critères :

- adéquation entre besoins médicaux, profil du candidat et évolution de la spécialité ;
- classement des collégiales ;
- modalités de financement

De juillet à décembre, la phase centrale veille à la cohérence des postes demandés avec les axes stratégiques de l'institution.

En septembre-octobre, les groupes restreints permettront aux gouvernances des GH de présenter leurs propositions.

Le bureau élargi de la CME se tiendra le 7 novembre.

Le calendrier se décline jusqu'à la CME du mois de janvier qui donnera un avis sur la liste qui sera adressée par le directeur général à l'ARS.

Le président rappelle les priorités institutionnelles, ainsi que les mesures relatives à l'attractivité qui viendront en déduction d'une enveloppe déjà contrainte. Cette révision sera peut-être plus difficile que celle de l'an passé.

VIII. Questions diverses

Aucune question n'est soulevée.

IX. Approbation du compte rendu de la CME du 11 avril 2017

Le compte rendu de la CME du 11 avril 2017 est approuvé à l'unanimité.

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

* *
*
*
*

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

mardi 4 juillet 2017 à 16 heures 30

Le bureau se réunira :

mardi 20 juin 2016 à 16 heures 30