COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 9 SEPTEMBRE 2014

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 18 NOVEMBRE 2014

SOMMAIRE

I. Informations émanant du président et de la vice-présidente de la CME 7

II. Rapport d'activité et projets de la sous-commission *Vie hospitalière* de la CME 12

III. Point sur la médecine du travail à l'AP-HP pour les personnels médicaux 17

IV. Gestion des excréments dans les unités de soins 21

V. Évolution et répartition de la dotation annuelle de financement (DAF) pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) à l'AP-HP 22

VI. Recrutement des cadres paramédicaux à l'AP-HP 26

VII. Point sur l'évolution des prélèvements d'organes à l'AP-HP 28

VIII. Actions internationales et accueil des médecins étrangers à l'AP-HP : projets en cours, perspectives et création d'un groupe de travail de la CME 30

IX. Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP 33

X. Questions diverses 34

XI. Approbation du compte rendu de la réunion du 10 juin 2014 35

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix délibérative :***

- M. le Pr René ADAM
- M. le Pr Yves AIGRAIN
- M. le Pr Jean-Claude ALVAREZ
- M. le Pr Philippe ARNAUD
- M. le Pr Jean-Yves ARTIGOU
- Mme le Dr Isabelle BADELON
- M. le Pr Thierry BÉGUÉ
- M. le Dr Guy BENOIT
- Mme le Pr Catherine BOILEAU
- Mme Anne-Sophie BOURREL
- Mme le Dr Ghislaine BRÉFORT
- Mme le Dr Anne Reine BUISINE
- M. le Pr Loïc CAPRON
- M. le Pr Jean-Claude CAREL
- M. le Pr Pierre CARLI
- M. le Pr Stanislas CHAUSSADE
- M. le Pr Gérard CHÉRON
- M. le Pr Yves COHEN
- Mme le Pr Isabelle CONSTANT
- M. le Dr Rémy COUDERC
- Mme le Pr Béatrice CRICKX
- Mme le Dr Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le Dr Nicolas DANTCHEV
- M. le Dr Patrick DASSIER
- Mme Magalie DELAHAYE
- M. le Pr Marc DELPECH
- Mme le Pr Élisabeth DION
- M. le Dr Michel DRU
- M. le Pr Jacques DURANTEAU
- M. le Pr Noël GARABEDIAN
- Mme le Pr Pascale GAUSSEM
- Mme le Dr Anne GERVAIS HASENKNOPF
- M. le Pr Bernard GRANGER
- M. Jules GREGORY
- M. le Pr Philippe GRENIER
- M. le Pr Bertrand GUIDET
- M. le Dr Christian GUY-COICHARD
- M. le Dr Olivier HENRY
- M. le Pr Martin HOUSSET
- M. Valentin JOSTE
- Mme le Dr Anna LAMBERTI TELLARINI
- M. le Pr Paul LEGMANN
- M. le Pr Guy LEVERGER
- Mme le Pr Ariane MALLAT
- M. le Pr Jean MANTZ
- Mme le Dr Martine MARCHAND
- Mme le Dr Lucile MUSSET
- M. le Pr Gilles ORLIAGUET
- M. le Dr Patrick PELLOUX
- Mme le Dr Julie PELTIER
- Mme le Dr Valérie PERUT
- M. Matthieu PICCOLI
- Mme Caroline RAQUIN
- M. le Pr Gérard REACH
- M. le Dr Frédéric RILLIARD
- M. le Pr Philippe RUSZNIEWSKI
- M le Pr Guy SEBAG
- M. le Dr Georges SEBBANE
- Mme le Dr Annie ROUVEL-TALLEC
- Mme Marion TEULIER
- M. le Dr Christophe TRIVALLE
- Mme le Pr Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le Pr Jean-Philippe WOLF
- M. le Pr Michel ZERAH

- ***avec voix consultative :***

  - Mme Corinne GUÉRIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
  - M. Martin HIRSCH, directeur général
  - M. le Pr Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
  - M. le Pr Louis MAMAN, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris Descartes
  - M. le Pr Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris Descartes
  - M. Olivier YOUINOU, représentant du comité technique d'établissement central
  - Mme Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

  - M. le Pr Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
  - M. le Pr Serge UZAN, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
  - Mme le Dr Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la santé au travail à l'AP-HP
  - Mme Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

- ***les représentants de l'administration :***

  - Mme Amélie VERDIER, secrétaire générale
  - M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
  - Mme Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
  - M. Christian POIMBŒUF, directeur des ressources humaines
  - Mme Florence VEBER, déléguée aux relations internationales
  - Mme Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités
  - M. Gérard COTELLON, directeur de cabinet du directeur général

  - Mme Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

  - Mme Sylvia BRETON, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités
  - M. Marc DUPONT, direction des affaires juridiques
  - M. Didier FRANDJI, direction des affaires économiques et financières, de l'investissement
  - M. Étienne LISSILOUR, direction des affaires économiques et financières, de l'investissement
  - Mme Hélène OPPETIT, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités

- ***Représentant de l'ARSIF :***

  - Mme Catherine BROUTIN-PIOLOT

- ***Membres excusés :***

  - Mmes et MM. les D^{rs} et P^{rs} Bruno CARBONNE, Thierry CHINET, Nathalie DE CASTRO, Alain FAYE, Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE, Christian RICHARD, Benoît SCHLEMMER, Jon Andoni URTIZBEREA, Dominique VALEYRE

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLENIÈRE

1. Informations émanant du président et de la vice-présidente de la CME (Pr Loïc CAPRON et Dr Anne GERVAIS)
2. Rapport d'activité et projets de la sous-commission *Vie hospitalière* de la CME (Drs Nicolas DANTCHEV et Patrick DASSIER)
3. Point sur la médecine du travail à l'AP-HP pour les personnels médicaux (Dr Fabienne LECIEUX)
4. Gestion des excréments dans les unités de soins (Dr Sandra FOURNIER)
5. Évolution et répartition de la dotation annuelle de financement (DAF) pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) à l'AP-HP (Mme Carine CHEVRIER)
6. Recrutement des cadres paramédicaux à l'AP-HP :
   - point sur la situation vue par la direction des ressources humaines (M. Christian POIMBŒUF)
   - regard d'un médecin ayant participé au jury du concours 2014 (Pr André LIENHART)
7. Point sur l'évolution des prélèvements d'organes à l'AP-HP (Dr Sophie COHEN) – exposé de 5 minutes
8. Actions internationales et accueil des médecins étrangers à l'AP-HP : projets en cours, perspectives et création d'un groupe de travail de la CME (Dr Florence VEBER)
9. Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP (M. Marc DUPONT)
10. Questions diverses
11. Approbation du compte rendu de la réunion du 10 juin 2014

SÉANCES RESTREINTES

Composition B

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH offertes au recrutement (révision des effectifs 2014)

Composition A

- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH offertes au recrutement (révision des effectifs 2014)
- Avis sur la candidature à un emploi de PU-PH offert à la mutation

La séance s'ouvre à 8 heures 30, sous la présidence du Pr Loïc CAPRON.

I. Informations émanant du président de la CME

Le président annonce les mouvements intervenus au sein de la CME depuis la précédente réunion :

Le mandat de président de la CME locale du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris-Ouest* (HUPO) du Pr Alain SIMON s'est achevé le 1er septembre. L'élection de son successeur se déroulera le jeudi 11 septembre 2014.

Trois membres de la CME ont démissionné et seront remplacés par leurs suppléants :

- le Dr Cyril DAUZAC, PH d'orthopédie, est remplacé par le Dr Ghislaine BRÉFORT, PH d'orthopédie à l'hôpital Lariboisière.

- le Dr Matthieu LAFAURIE, PH de médecine infectieuse à l'hôpital Saint-Louis, est remplacé par le Dr Christian GUY-COICHARD, PH de médecine spécialisé dans les soins palliatifs à l'hôpital Saint-Antoine.

- Mme Caroline PRADINES, dont le départ de l'AP-HP s'est traduit par la vacance d'un des deux sièges réservés aux sages-femmes, est remplacée par Mme Magalie DELAHAYE, cadre supérieur sage-femme à Bicêtre. L'autre siège est occupé par Mme Caroline RAQUIN, qui travaille à l'hôpital Louis-Mourier. Le siège réservé au représentant des étudiants en maïeutique est toujours vacant.

Le siège de représentant des personnels non titulaires hospitalo-universitaires reste vacant suite au départ du Dr Paul AVILLACH. La DOMU doit organiser une élection partielle pour désigner son successeur, dans un collège dont la population est par définition labile. Tant qu'elle n'est pas complète, la CME perd une partie de sa légitimité.

La réunion de la CME du 9 décembre 2014, au cours de laquelle l'instance rendra notamment son premier avis sur la révision des effectifs de PH 2015, ne pourra pas se tenir dans la salle des instances qui sera occupée par les élections professionnelles de l'AP-HP. Cette réunion se déroulera donc à l'hôpital Cochin, dans l'amphithéâtre Jean-Dausset. Les informations pratiques seront diffusées ultérieurement.

Les annexes du projet médical produites par les différentes spécialités et votées en même temps que lui ont été transmises au secrétariat général afin d'être annexées au plan stratégique de l'AP-HP. Elles seront mises en ligne sur le site de la CME dans les prochains jours.

Le comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP) est une instance consultative chargée de veiller à la coordination de la recherche entre les partenaires du centre hospitalier et universitaire (CH&U) d'Île-de-France. Il doit procéder au renouvellement de ses douze membres répartis en trois collèges de quatre membres : un collège AP-HP, un collège Université et un collège organismes de recherche (INSERM). Lors de sa réunion d'installation, le CRMBSP procèdera à l'élection de son président qui, outre l'animation des travaux de ce comité, occupe également jusqu'ici les fonctions de vice-président en charge de la recherche du directoire de l'AP-HP. Pour mémoire, le directoire de l'AP-HP compte trois vice-présidents : un premier vice-président, le président de la CME, chargé des affaires médicales ; un vice-président doyen,

actuellement le Pr Benoit SCHLEMMER, et un vice-président en charge de la recherche Le directeur général et le président de la CME désignent conjointement les quatre membres du collège AP-HP du CRMBSP après avis du directoire et de la CME, qui se prononcera le 14 octobre.

Le calendrier de la révision des effectifs 2015 des praticiens hospitaliers (PH) est en cours de finalisation. La composition et le fonctionnement du groupe restreint seront similaires à ceux de l'année précédente. Ses réunions commenceront début octobre pour pré-classer les demandes. Les présidents des CME et des sous-commissions du temps et des effectifs médicaux (s-CTEM) locales, ainsi que les directeurs des GH y seront invités. Mi-novembre, le bureau élargi à la s-CTEM centrale établira le classement qui sera validé par la CME du 9 décembre et transmis au directeur général. La liste finale qu'il retiendra sera soumise à la CME du 13 janvier avant sa transmission à l'Agence régionale de santé (ARS).

Le président passe la parole au Pr ARTIGOU, président du groupe des internes, pour qu'il résume le problème de la répartition et du financement des postes de DES supplémentaires ouverts pour répondre à l'augmentation du *numerus clausus* (nombre d'étudiants admis en PCEM2).

Le Pr Jean-Yves ARTIGOU rappelle que les commissions de répartition se réunissent tous les six mois pour préparer le semestre suivant. Ces commissions sont composées d'un doyen et de représentants de l'ARS, des établissements publics et privés, et des internes. Elles auditionnent successivement les coordonnateurs de chaque spécialité et statuent sur leurs propositions concernant les ouvertures/fermetures de poste.

La commission de répartition du 9 juillet s'est soldée par l'ouverture de 82 postes toutes disciplines confondues, dont 3 en chirurgie et 70 en spécialités médicales. Deux jours après, l'ARS a appris que l'Île-de-France se voyait attribuer 150 postes supplémentaires, sans préparation, tant sur le plan pédagogique que financier. Il a donc fallu programmer une nouvelle commission de répartition pendant la période estivale. Un consensus s'est rapidement dégagé autour de l'idée d'ouvrir la moitié de ces nouveaux postes à l'AP-HP, et l'autre moitié hors AP-HP. Sur le plan pédagogique, les coordonnateurs ont fait preuve d'une réactivité et d'une disponibilité remarquable qu'il convient de saluer en associant le groupe de l'internat et le bureau des internes de la DOMU. Au niveau de l'AP-HP, un peu moins d'une centaine de postes supplémentaires de spécialités médicales ont pu être identifiés et finalisés pour la nouvelle commission de répartition du 28 août. En revanche, le financement de ces postes s'est avéré délicat, finalement réparti entre l'AP-HP et l'ARS.

Le Pr Jean-Yves ARTIGOU insiste, au nom du groupe de l'internat, sur le fait qu'il est fondamental que l'AP-HP forme les futurs spécialistes et que les aspects pédagogiques devraient être les seuls à entrer en ligne de compte. Le financement ne peut et ne doit pas être un facteur limitant à l'ouverture d'un poste. Au nom du groupe CME de l'internat, il reformule l'idée d'identifier un budget centralisé qui permettrait d'ouvrir des postes dans des services qui ont la capacité d'accueil et de formation, mais qui n'auraient pas le financement.

Le président rappelle que les commissions d'agrément et de répartition sont dirigées par des doyens d'Île-de-France, dont un certain nombre siègent au sein de la CME : le Pr Jean-Luc DUMAS pour la médecine générale, le Pr Benoît SCHLEMMER pour les autres spécialités médicales, et le Pr Serge UZAN pour la chirurgie.

Le Pr Jean-Luc DUMAS précise qu'il y a deux types de commission : les commissions d'agrément et les commissions de répartition. Si le doyen est maître d'œuvre pour les commissions d'agrément,

c'est le directeur général de l'ARS ou son représentant qui préside les commissions de répartition. La répartition n'est donc pas faite par les doyens.

En outre, il n'a pas été possible d'anticiper davantage ces ouvertures de postes car, dans le cadre l'augmentation générale du nombre de DES, celle relative au nombre d'internes de médecine générale a été atténuée pour que l'effort ne porte plus spécifiquement sur cette discipline. La décision du ministère de la santé s'est traduite par une augmentation inattendue du nombre de postes alloués aux autres DES.

Enfin, l'ARS cherche à travailler sur l'adéquation la plus juste possible afin d'avoir une bonne répartition sur l'ensemble de l'Île-de-France. L'enjeu est d'offrir une capacité de choix aux internes qui choisissent en dernier dans la liste sans qu'il y ait trop de postes vacants.

Le Pr Serge UZAN insiste sur le fait que la révision des effectifs d'internes est un facteur important, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, pour l'avenir de la formation des internes. Les tutelles doivent se mettre en situation de mieux anticiper afin que les coordonnateurs puissent s'acquitter de leur mission dans de bonnes conditions, en relation avec les internes qui ont également un rôle important à jouer. De plus, il est dommageable que faute de financement certains postes d'internes ne puissent être ouverts alors que l'intérêt pédagogique est indéniable. Le taux d'inadéquation reste assez élevé, ce qui prive certains hôpitaux généraux d'internes. Il conviendrait donc d'engager une réflexion sur la manière de mieux prendre en compte des critères relatifs à la territorialité.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE estime que les organismes qui gèrent la profession ont fait la démonstration de leur incompétence en ne se rendant compte que trois jours après la dernière révision des effectifs d'internes qu'il manquait plus d'une centaine de postes.

Il rappelle qu'il a contribué à faire diminuer le nombre de postes d'internes lorsqu'il était le représentant de la CME à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Les postes n'ont pas été supprimés sur le plan financier, ils ont été transformés en vacations, en postes de faisant fonction d'interne, etc. Une majorité de services continue donc à disposer de capacités de financement, sauf s'ils ont été utilisés pour créer des postes d'assistants ou de PHC. Cette problématique doit faire l'objet d'un examen au cas par cas.

Il est indispensable d'avoir davantage de transparence dans la répartition des postes d'interne. Il faut offrir aux internes des postes formateurs et chaque coordinateur doit proposer de clés de répartition objectives.

Le Pr Serge UZAN insiste sur la nécessité de garder à l'esprit que l'apparition soudaine de ces postes supplémentaires résulte de la décision des tutelles d'ouvrir moins de postes qu'initialement prévu en médecine générale.

Cela étant dit, il juge nécessaire de revoir intégralement la procédure de révision des effectifs d'internes afin d'y introduire davantage de transparence. À ses yeux, il s'agit d'un enjeu aussi important que la révision des effectifs de PH ou celle des effectifs hospitalo-universitaires. Le Pr Serge UZAN pense que les coordonnateurs doivent être, avec le doyen de leur discipline, les animateurs d'une réflexion qui associeraient les présidents de CMEL, les présidents des hôpitaux généraux, les internes et l'ARS. Par ailleurs, c'est l'intérêt du poste ou son utilité qui doivent prévaloir sur les considérations financières.

S'agissant de l'affectation des postes d'internes, **le Pr Bertrand GUIDET** estime qu'il existe de fait une iniquité d'un service à l'autre. Pour lui, il y a trois types de chef de service :

- ceux qui connaissent relativement bien la procédure et qui négocient directement avec le coordonnateur et qui obtiennent un poste supplémentaire,
- ceux qui savent qu'ils ne peuvent pas financer un poste et ne font pas de demande en partant du principe qu'ils n'obtiendront pas satisfaction ;
- et ceux qui demandent le poste et qui ont le financement.

Cette situation est ingérable.

Le Pr Gérard REACH estime qu'il faut saisir l'opportunité d'opérer un rééquilibrage afin de corriger des disparités historiques. Chaque collégiale devrait se réunir pour travailler sur des principes de répartition plus justes, faute de quoi il y aura toujours des services mal dotés.

Le président souscrit à ces propos.

M. Jules GRÉGORY insiste sur le fait que la qualité des formations est une composante majeure de l'attractivité de l'AP-HP, notamment lors du choix de l'examen classant national (ECN) qui se déroule actuellement. S'agissant de l'inadéquation, les représentants des internes considèrent qu'il s'agit de la meilleure solution pour garantir la qualité des formations. En outre, il s'avère très difficile d'obtenir des chiffres précis. L'expérience récente montre que le nombre d'internes qui choisissent aux postes n'est connu que le dernier jour. Enfin, concernant la répartition, les faits montrent que les hôpitaux de périphérie, s'ils sont formateurs sont effectivement choisis.

Mme Christine WELTY rappelle que l'AP-HP avait anticipé l'augmentation du *numerus clausus* à l'EPRD 2014, en demandant aux GH d'augmenter le nombre de postes d'internes par rapport au précédent semestre. L'AP-HP s'était donc déjà créée une marge de manœuvre., Cette procédure doit être rééxaminée lors d'une réunion fin octobre à l'ARS afin de mieux coordonner l'action des groupes hospitaliers, des doyens et les coordonnateurs de spécialité, et le Pr ARTIGOU, tout en gardant à l'esprit la question du financement qu'il s'agit d'obtenir.

Le président rappelle qu'il y a une grande différence entre l'administration de l'AP-HP et la CME. L'administration est consultée sur l'agrément et la répartition tandis que la CME n'intervient que sur la répartition. Le Pr Jean-Yves ARTIGOU n'assiste pas aux réunions d'agrément, alors que l'AP-HP y siège.

Le directoire du 2 septembre a pris connaissance du courrier de l'ARS approuvant l'EPRD 2014 et le PGFP, que la CME avait voté en juillet dernier.

Il a entendu un point sur le projet ORBIS. Des changements importants devraient intervenir prochainement au niveau du pilotage et de la maîtrise d'œuvre suite au départ du Pr Éric LEPAGE à l'ARS. Mme Amélie VERDIER fera un exposé sur ce sujet lors de la CME du mois d'octobre.

Il a abordé la situation de l'Hôtel-Dieu, sujet sur lequel le directeur général pourra apporter ses commentaires, et a discuté des conventions entre les groupes hospitaliers de l'AP-HP et les centres hospitaliers d'Île-de-France.

Le directeur général, se propose de revenir sur certains points.

L'approbation de l'EPRD 2014 et du PGFP par l'ARS est une étape importante qui s'inscrit dans la continuité de leur validation par la CME et les différentes instances au mois de juillet. Il convient de noter que l'AP-HP dispose d'un régime particulier en la matière puisque l'ARS se prononce après que le ministre du budget et la ministre de la santé aient fait connaître leurs appréciations sur la trajectoire financière de l'établissement. Ces votes sont importants et donnent de la visibilité et des perspectives sur les orientations de l'AP-HP. Dans le contexte actuel, c'est une bonne nouvelle.

Cette approbation s'accompagne néanmoins d'un certain nombre de remarques. L'AP-HP est notamment invitée à préciser la manière dont les chiffres d'efficience seront tenus et à formuler des propositions complémentaires sur la fin de gestion 2014 afin de garantir les engagements. Il est également demandé un cadrage de l'aide d'Etat pour les projets d'investissement de l'AP-HP dans le nord, pour le nouveau Lariboisière et pour le projet d'hôpital nord. Pour mémoire, l'AP-HP a demandé à l'État de prendre en charge la moitié de l'enveloppe de 800 M€ nécessaire pour mener à bien ces projets. L'État a finalement accepté de financer le tiers de cet investissement, soit 240 M€, sous réserve que les dossiers présentés satisfassent aux exigences. Il s'agit d'un engagement notable de la part de l'État puisque les dossiers font habituellement l'objet d'un soutien financier représentant 20 % à 25 % du budget total.

Le dossier relatif au nouvel hôpital Lariboisière devrait être examiné lors du comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) du mois de novembre, afin que l'instruction du dossier puisse avoir lieu au cours du semestre suivant. Le directeur général remercie tous ceux qui ont œuvré, tant au niveau du groupe hospitalier au sein des directions du siège, pour construire en partenariat avec l'ARS un projet convaincant. Par ailleurs, les travaux sur le projet d'hôpital nord se poursuivent. L'AP-HP a fait en sorte de coordonner au mieux ces deux investissements majeurs pour les années à venir.

Concernant la mission d'appui sur les systèmes d'information, et sur ORBIS en particulier, sera finalisée pour la prochaine CME et pourra alimenter la réflexion. L'objectif est de s'appuyer sur l'analyse de l'existant, avec les points forts et les points faibles, pour fixer des perspectives de développement. L'idée est de présenter plusieurs scénarii et de remettre ce projet fondamental sur les bons rails pour les années à venir. L'AP-HP se doit de combler le retard qu'elle a malheureusement pris par rapport à d'autres établissements en matière d'informatisation. Il est important que l'établissement puisse offrir des outils qui soient à la hauteur des attentes des praticiens afin de les aider à proposer la meilleure prise en charge possible.

Le Pr Éric LEPAGE va quitter l'AP-HP pour coordonner, au niveau de l'ARS, le projet territoire de santé numérique (TSN) dont l'AP-HP est le principal acteur, avec les médecins libéraux, les professions de santé, et d'autres établissements du Val-de-Marne et du sud du 13e arrondissement. Il s'agit de l'un des cinq projets de santé numérique retenus par le gouvernement pour obtenir un financement, le seul en Île-de-France.

L'unité d'oncopédiatrie de l'hôpital Raymond-Poincaré est désormais fermée. Il tient à rendre hommage au Pr Bertrand CHEVALLIER, chef de pôle, qui a été présent tout au long de l'été pour faire face aux différentes péripéties de cette affaire, mais aussi aux équipes de pédiatrie de Trousseau et de Necker, et aux équipes d'oncologie de Cochin, de Paul-Brousse, de Curie et de Gustave-Roussy, qui se sont fortement mobilisées. Le directeur général se félicite que les comportements qui l'ont conduit à saisir trois ou quatre fois le conseil de l'Ordre des médecins pour

manquement à la déontologie n'aient eu aucun retentissement sur la prise en charge des enfants. Pour information, l'AP-HP a dû faire face à une quarantaine de recours juridiques. Tous les jugements qui ont été rendus jusqu'à présent ont été en faveur de l'AP-HP, à l'exception d'un jugement provisoire qui a suspendu le refus d'accorder un cumul emploi-retraite au praticien concerné. La direction de l'AP-HP a confirmé sa position.

L'AP-HP s'est également mobilisée sur l'épidémie Ebola, notamment en organisant des exercices de simulation début août. Une note d'information, validée par plusieurs des membres présents et par le président de la CME, a également été diffusée pour apporter des précisions sur les implications de cette épidémie pour l'AP-HP.

Le directoire a également été l'occasion d'étudier les conventions de coopération qui doivent s'inscrire dans le plan stratégique, dont l'un des objectifs consiste à mieux organiser, institutionnaliser et faire vivre les coopérations avec d'autres partenaires, et notamment les hôpitaux généraux de la région Île-de-France. L'examen des conventions au cas par cas montre la nécessité d'avoir le plus rapidement possible une cartographie de ces partenariats afin de pouvoir construire une véritable vision stratégique.

Concernant l'Hôtel-Dieu, le directeur général estime qu'il n'y a pas encore eu à ce stade de véritable débat à ce sujet au directoire. Depuis le mois de juillet, la direction de l'AP-HP a continué à travailler sur ce sujet. L'ensemble des collaborateurs de l'Hôtel-Dieu a été destinataire d'un courrier récapitulatif rappelant les différentes actions engagées :

- le début des opérations visant à regrouper l'activité d'anatomie pathologique sur le site de Cochin ;
- l'ouverture d'une réflexion concernant la biologie ;
- dans le cadre de la stratégie des urgences, la mise en place d'un groupe de travail sur l'organisation bi-sites entre Cochin et l'Hôtel-Dieu ;
- et le début des travaux sur le plateau technique de radiologie.

Un certain nombre de choses se mettent donc en place, même si le contexte reste difficile. Un document récapitulatif sera réalisé pour balayer l'ensemble des points.

Enfin, le directeur général tient à réaffirmer que la ville de Paris et la direction de l'AP-HP partagent la conviction que la question de la vente de l'Hôtel-Dieu ne se pose pas. Un tel projet ne verra pas le jour. En revanche, il est envisageable d'obtenir de la ville de Paris la modification du plan local d'urbanisme nécessaire à la réalisation des projets pour le nouvel Hôtel-Dieu.

II. Rapport d'activité et projets de la sous-commission *Vie hospitalière* (s-CVH) de la CME

Le président rappelle que la s-CVH de la CME est présidée par le Dr Patrick DASSIER et vice-présidée par le Dr Nicolas DANTCHEV.

Le Dr Nicolas DANTCHEV rappelle que le précédent rapport de la s-CVH a été présenté par le Dr Patrick DASSIER lors de la CME de février 2013. Le présent rapport porte donc sur la période des dix-huit derniers mois.

1. Les missions de la sous-commission *Vie hospitalière*

Le règlement intérieur de la CME précise que : *« La s-CVH instruit les dossiers relatifs aux conditions de vie et de travail des praticiens à l'AP-HP et aux conditions d'accueil des praticiens qui y sont recrutés. »*

S'agissant des règles de fonctionnement, la sous-commission *Vie hospitalière* participe avec le département des ressources humaines médicales (RHM) à la définition et à la mise en œuvre d'une politique d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels concernant le personnel médical. Elle a également un rôle de conseil, d'accompagnement et de soutien auprès des médecins en situation de souffrance professionnelle.

2. Les thématiques traitées

Au cours des 18 derniers mois, la s-CVH a notamment abordé les thèmes suivants :

- la poursuite de la réflexion sur le management des médecins,
- la participation à l'élaboration et à l'analyse du baromètre interne,
- l'élaboration d'un questionnaire santé au travail,
- l'ouverture d'une réflexion sur « suicide et travail »
- la mise en place du dispositif de prise en charge des situations individuelles des praticiens en difficulté.

3. Le dispositif de suivi des situations individuelles

Ce dispositif a été présenté lors de la dernière CME consacrée à ce sujet. La messagerie est ouverte depuis décembre 2013, à l'adresse suivante : cvh.siege@sap.aphp.fr. Les mails sont dirigés vers les Drs Nathalie DE CASTRO et Nicolas DANTCHEV, avec une articulation avec le Pr Béatrice CRICKX pour les PU et les MCU.

Les praticiens se voient proposer un entretien téléphonique et/ou une rencontre avec un référent de la s-CVH. Par ailleurs, un sous-groupe de la s-CVH et le DRHM organisent chaque mois une réunion de synthèse.

Le dispositif repose sur deux principes fondamentaux :

- garantir la confidentialité ;
- solliciter la s-CVH locale en première intention ;

Ces deux actions étant soumises à l'accord préalable du praticien.

Les objectifs sont les suivants :

- évaluer la gravité de la souffrance et ses conséquences ;
- soutenir ;
- orienter si besoin vers une prise en charge médicale et/ou psychologique ;
- apporter, le cas échéant, des conseils sur la situation administrative.

Cette démarche s'inscrit dans un contexte où la prévention des risques psychosociaux est de plus en plus prépondérante au niveau sociétal. Outre l'obligation d'assurer la sécurité du salarié, le risque juridique, voire pénal, est réel. L'un des enjeux pour l'institution et les managers est donc de prévenir les procédures.

Le médecin du travail local a vocation à être un acteur clé de cette démarche. En cas d'impossibilité de recours en local, il est possible de solliciter le service central de santé au travail.

4. Le bilan des signalements 2013-2014

Au cours des 18 derniers mois 42 signalements ont été recensés, dont 17 via la messagerie. Tous les GH et tous les statuts sont concernés, sauf les internes. Il faudra donc réfléchir aux dispositions à prendre pour intégrer cette population au dispositif.

Les cas traités sont particulièrement lourds et « insolubles localement », avec une problématique récurrente « management et réorganisation ». Les conflits individuels non liés à des problèmes de management sont au second plan. Il s'agit souvent de situations qui durent depuis longtemps, et qui sont « acutisées » à l'occasion d'un changement d'orientation de service, d'un regroupement ou d'un changement de chef d'unité ou de pôle. Dans la majorité des cas, aller travailler devient une souffrance quotidienne qui finit par se traduire par des arrêts de travail. Il peut arriver que ces situations touchent tout un service.

5. Les difficultés rencontrées

Ce dispositif ne repose que sur la disponibilité des membres de la s-CVH qui manquent de temps pour se consacrer correctement à ces missions. La possibilité de créer une vacation dans le cadre d'un poste cumul emploi-retraite avait été évoquée. Un praticien a été formé et serait disponible pour commencer à la rentrée, à condition que le budget soit toujours disponible. Une autre difficulté tient au fait qu'il y a peu de s-CVH locales actives.

En pratique, quelques « exfiltrations » ont été réussies dans des situations d'extrême urgence, mais il y a eu très peu d'actions sur les facteurs causaux.

6. Perspectives et propositions

Les pistes proposées sont :

- officialiser un rôle de médiation pour la s-CVH, en relais de la s-CVH locale quand une délocalisation est nécessaire ;

- réfléchir sur le mode de saisine de la direction de l'inspection et de l'audit (DIA) afin qu'elle réalise des enquêtes administratives : la s-CVH a déjà émis à deux reprises une motion pour demander un audit, sans que la DIA n'ai jamais été saisie ;

- étendre le dispositif existant aux internes, en relation avec le bureau de l'internat ;

- améliorer l'information.

L'objectif est de consolider ce dispositif avant la fin du mandat de la CME. Dans cette perspective, il semble nécessaire d'activer les s-CVH locales, conformément au plan stratégique.

Concernant le management des médecins, il conviendrait de mieux formaliser les liens entre la s-CTEM et les s-CVH.

Enfin, il pourrait être opportun de réactiver le projet de questionnaire sur les conditions de travail des médecins qui est pour l'instant resté lettre morte faute de budget.

Le président explique qu'il considère que la mise en place de ce dispositif est un des éléments saillants qui marqueront son mandat à la tête de la CME. Il espère que cette initiative aura permis de « faire prendre le pli » de la prise en compte des difficultés auxquelles les praticiens peuvent être confrontés dans l'organisation et dans l'exécution de leur travail.

Le Dr Christophe TRIVALLE pense que la s-CVH centrale a un rôle fondamental à jouer. Il croit aussi que le fait qu'il y ait si peu de s-CVH locales mobilisées tient au fait qu'elles ont le sentiment d'être coincées par rapport à leur CMEL, et qu'elles ont du mal à gérer les problèmes locaux. Une piste pourrait consister à revoir le statut de la s-CVH centrale qui pourrait être un véritable médiateur.

S'il souligne que le fonctionnement régulier de cette CVH est en soi une grande première à l'AP-HP, **le Dr Christian GUY-COICHARD** insiste sur la nécessité de donner une légitimité à un certain nombre de ses activités, ce que la CME est la seule à pouvoir faire.

Par ailleurs, le bilan de la s-CVH n'est pas réductible à la seule prise en charge des situations individuelles des praticiens. D'autres actions ont été mises en œuvre, en particulier au niveau des s-CVH locales qui ont notamment travaillé sur l'accueil des praticiens nouvellement embauchés. À titre d'exemple, sa s-CVH locale a également réalisé un audit des conditions de garde qui a été largement plébiscité – avec un taux de réponse supérieur à 40 % – et qui va déboucher sur un plan d'actions. Il y a également eu un travail important sur l'analyse des résultats du baromètre interne et sur la préparation d'un audit sur les conditions de vie au travail et sur les risques psychosociaux des médecins. Il s'agit d'une autre grande première à l'AP-HP puisque les données sur les conditions de travail des médecins sont quasiment inexistantes. La CME devrait se positionner sur la faisabilité de cet audit.

Enfin, il convient de noter que les s-CVH occupent là un terrain laissé vacant par l'absence d'un CHSCT qui s'intéresserait aux médecins.

Le président indique s'être opposé jusqu'à présent à la mise en place d'un CHSCT médical.

Le Dr Patrick PELLOUX aimerait savoir combien de moyens sont engagés pour faire ce travail, au niveau local et au niveau central.

Le président rappelle que la CME doit disposer de moyens pour mener à bien ses actions, comme. C'est déjà prévu dans la loi actuelle et comme ce sera réaffirmé dans la nouvelle loi de santé qui sera votée prochainement. Le président de la CME doit disposer des moyens nécessaires à l'exécution de sa politique qui, en l'espèce, consiste à avoir une s-CVH qui puisse agir face à des problèmes graves.

Le Dr Michel DRU s'interroge sur la nécessité d'avoir des s-CVH locales dans la mesure où les conflits qui conduisent à les saisir sont locaux. Il y a trop d'implications à l'échelon du groupe hospitalier dans la résolution de ces litiges. Il semble plus indiqué de les porter à l'échelon central pour diminuer les pressions locales.

Le Dr Nicolas DANTCHEV explique qu'un certain nombre de problématiques peuvent être réglées au niveau local, sans que l'intervention de la s-CVH centrale soit nécessaire.

Le président juge souhaitable de conserver le fonctionnement actuel qui permet d'offrir une possibilité d'appel. La s-CVH centrale, comme la CME, représente un dispositif d'appel pour régler les problèmes qui n'ont pas pu l'être au niveau local. Il n'est pas question de dessaisir les CME locales de leurs prérogatives dans ce domaine.

Le Dr Julie PELTIER pense qu'il serait utile de mieux formaliser cette cellule dans la mesure où la prise en charge de ces situations doit être assurée par des personnes dont c'est le métier ou qui ont été spécifiquement formées. Par ailleurs, elle relate que la s-CVH locale dont elle est membre a mené une réflexion globale sur les conditions de travail des médecins. Dans cette perspective, elle aimerait savoir si l'AP-HP prévoit de mettre en place le questionnaire relatif à cette thématique et, dans l'affirmative, à quelle échéance.

Mme Christine WELTY rappelle que la réflexion sur ce questionnaire avait été initiée avant que les résultats du baromètre social ne soient connus. Il convient de s'interroger sur l'opportunité de l'activer de nouveau.

Le Dr Anne GERVAIS aimerait que l'AP-HP s'appuie sur les résultats du baromètre social pour mettre en place des actions concrètes. Elle souhaite connaitre les actions pratiques qui seront mises en place.

Mme Christine WELTY confirme la présence d'un volet « personnel médical » dans le cadre de la rédaction du projet social du plan stratégique. Elle reste à la disposition de la s-CVH pour ce faire.

Le Pr Thierry BÉGUÉ estime que nombre de ces conflits locaux pourraient facilement être réglés dans le cadre d'entretiens individuels annuels. À cet égard, il juge regrettable que les textes n'instituent pas ces entretiens pour chaque médecin.

Le président estime pour sa part que diriger un service ou un pôle, implique obligatoirement de rencontrer les praticiens qui composent l'équipe. Il n'est pas besoin d'un texte règlementaire, il s'agit de management.

Le Pr Patrick DASSIER insiste sur le fait que cette mandature a beaucoup œuvré pour activer la s-CVH au niveau central. L'objectif doit être de les décliner au niveau local maintenant. La s-CVH centrale est également en mesure de proposer un certain nombre de pistes de réflexion, au rang desquelles figure la mise en place d'entretiens individuels. L'un des écueils est de formaliser un cadre afin de garantir que ces entretiens soient constructifs et qu'ils ne deviennent pas le lieu de

règlements de comptes. Il faut en effet garder à l'esprit que les médecins ne sont pas formés à mener ce type d'entretiens. À l'avenir, la s-CVH pourrait organiser ses travaux autour de réunions thématiques, et l'une entre elles pourrait être consacrée à l'entretien annuel.

III. Point sur la médecine du travail à l'AP-HP pour les personnels médicaux

Le Dr Fabienne LECIEUX précise que cette présentation s'appuie sur le bilan du service central de santé au travail 2013.

1. Une obligation réglementaire

L'AP-HP est réglementairement tenue d'assurer le suivi médical de tous ses médecins, y compris les HU et les internes. La fonction publique hospitalière est en effet sous l'égide du décret du 16 août 1985 dont l'un des articles précise que : *« L'effectif à prendre en considération pour l'organisation du service de santé au travail est l'effectif réel de l'ensemble des agents y compris les personnels médicaux employés dans l'établissement […] au 31 décembre de la dernière année civile. »* La circulaire DGOS du 23 décembre 2011 indique que les services de santé au travail sont partie prenante dans l'évaluation des risques professionnels auxquels se trouvent exposés tous les personnels, y compris les personnels médicaux. Une note de la direction des affaires juridiques du 10 décembre 2012, intitulée « Suivi médical des médecins », confirme cette obligation.

2. L'organisation de la santé au travail à l'AP-HP

L'AP-HP dispose d'un service central de santé au travail dont l'effectif est le suivant :

- un médecin PH coordonnateur qui, parmi des missions, supervise l'application informatique spécifique de santé au travail CHIMED (base dédiée aux dossiers médicaux de santé au travail),
- un cadre de santé,
- un médecin MCU-PH chargé de la coordination de la radioprotection,
- une référente projet CHIMED,
- une secrétaire médicale,
- une statisticienne,
- un agent d'accueil
- et deux psychologues cliniciennes, qui sont à la disposition de tout le personnel de l'AP-HP, notamment lors d'une demande de prise en charge dans un contexte de souffrance au travail.

L'institution compte 42 services locaux de santé au travail (SLST). Sous l'autorité administrative du directeur de chaque site, ils assurent : le recrutement du médecin du travail ; la gestion du personnel médical et paramédical des SLST ; et la définition du budget de fonctionnement des SLST.

Les SLST doivent répondre au décret du 16 août 1985 et à l'arrêté du 11 juin 1990. Ils sont également tenus de produire et de présenter des rapports d'activité annuels.

À fin décembre 2013, ces services locaux suivaient 16 787 médecins en activité (en unités physiques), tous postes confondus.

3. L'état des lieux

Un état des lieux des SLST, réalisé entre le 6 septembre 2012 et le 4 mars 2014, a permis d'établir que l'AP-HP compte 54 médecins du travail (40,8 ETP), 67 infirmiers (62 ETP) et 52 administratifs (47,2 ETP).

Compte tenu de l'effectif réglementé par le Code du travail (un médecin du travail pour 1 500 agents), le déficit de médecins du travail à la date du 12 juin 2014 s'élève à 14 ETP, avec deux sites sans médecin du travail : Berck-sur-Mer et Georges-Clémenceau.

Lors de l'état des lieux, 28 des 40 sites (soit 70 %) ont déclaré suivre le personnel médical des internes aux chefs de service. Parmi eux, 20 sites ont mis en place une procédure spécifique de suivi.

Par ailleurs, au 31 décembre 2012, 7 291 salariés (médecins compris) étaient concernés par la radioprotection, soit 8,30 % de l'effectif de l'AP-HP.

4. Le rôle des services de santé au travail

La loi du 20 juillet 2011 définit les missions des services de santé au travail et souligne l'importance de pluridisciplinarité. Elle insiste sur le fait que la mission exclusive des SLST est d'éviter toute altération de la santé des agents. Pour ce faire, ils doivent :

- préserver la santé physique et mentale des agents ;
- conseiller les employeurs, les agents et leurs représentants pour : éviter ou diminuer les risques professionnels et améliorer les conditions de travail ;
- assurer la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques ;
- participer au suivi et contribuer à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.

5. Les facteurs d'attractivité des services de santé au travail

Le Dr Fabienne LECIEUX explique qu'améliorer l'attractivité de cette spécialité est un enjeu crucial alors que l'AP-HP accuse actuellement un déficit de 14 ETP par rapport à ses obligations réglementaires. Elle évoque plusieurs pistes :

- développer un collectif de médecins du travail, et identifier pour chaque SLST un interlocuteur RH direct décisionnaire ;
- reconnaître l'importance du service de coordination pour l'intégration et appui des médecins du travail ;
- améliorer la lisibilité des équipes pluridisciplinaires ;

- attribuer des locaux et des moyens matériels pouvant faciliter l'exercice : lors de l'état des lieux, 25 sites sur 40 n'étaient pas conformes à la réglementation ;

- être vigilant par rapport à la maintenance du logiciel CHIMED ;

- développer un travail en synergie entre trois groupes d'acteurs : les DRH, les représentants syndicaux, et les services de santé au travail ;

- universitariser le service de coordination de la santé au travail : compte tenu de la taille de l'AP-HP, il serait important que la direction de ce service soit confiée à un PU-PH en pathologie professionnelle, notamment pour développer la recherche. Ce PU-PH pourrait également : appuyer les demandes de création de postes de PH en santé au travail, inciter à la prise de poste d'internes en santé au travail; appuyer les demandes de formation des médecins collaborateurs et la reconversion des médecins de l'AP-HP motivés par la spécialité santé au travail ; et enfin assurer un rayonnement national et international.

Le président partage la conviction qu'il faut renouer avec une universitarisation de la santé au travail de l'AP-HP comme c'était le cas à l'époque où le Pr Dominique CHOUDAT, PU de médecine du travail, siégeait au sein de la CME comme coordinateur de la santé au travail. Il y avait une tradition hospitalo-universitaire dans cette spécialité. Lassé des difficultés de fonctionnement rencontrées avec le siège, il a fini par donner sa démission lors de la mandature précédente, sans qu'il ait été possible de le faire revenir sur sa décision. Le président fait part de son intention de réunir les cinq PU de santé au travail actuellement en poste dans le CHU pour examiner la possibilité d'universitariser de nouveau le service de coordination, aux côtés du Dr Fabienne LECIEUX. Le fait de ne pas avoir de coordinateur HU est en effet un lourd handicap pour le service de santé au travail qui, comme dans toutes les entreprises de France, constitue un enjeu extrêmement important.

Le président estime qu'il demeure une ambigüité sur le statut des hospitalo-universitaires de l'AP-HP qui, d'après la présentation, devraient être convoqués aux visites périodiques, ce qui n'est pas le cas. Il convient en outre d'avoir à l'esprit qu'un HU n'a pas de salaire hospitalier, mais des émoluments. Techniquement, il n'est donc pas salarié de l'AP-HP.

Le Dr Fabienne LECIEUX précise que l'AP-HP est contrainte de gérer les risques auxquels les PU sont exposés dans le cadre de leur exercice professionnel. Ne pas mettre en place l'organisation *ad hoc* pourrait constituer une faute inexcusable.

Le Pr Serge UZAN confesse que les soignants n'ont que peu d'appétence pour cette spécialité qui a en outre dû faire face à l'universitarisation d'un certain nombre d'autres disciplines. L'enjeu n'est pas de trouver un PU-PH de médecine du travail, mais de réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour universitariser cette filière.

Le Dr Christophe TRIVALLE demande quel est l'âge moyen des médecins du travail à l'AP-HP, ainsi que le nombre de départs à la retraite qui devraient intervenir au cours des prochaines années. Il aimerait également connaître le nombre de médecins du travail étrangers.

Le Dr Fabienne LECIEUX indique qu'en novembre 2013, 31 des 62 médecins du travail de l'AP-HP à cette date avaient entre 60 et 70 ans. Depuis sa prise de fonction 10 nouveaux médecins du

travail ont été embauchés, et le nombre de postes vacants est passé de 16 à 14. Rajeunir la pyramide des âges de cette population reste un enjeu majeur.

M. Christian POIMBŒUF indique que l'institution a consenti des efforts salariaux pour attirer cette population. Le salaire des médecins du travail est fondé sur la grille des PH au 13e échelon.

Le Dr Fabienne LECIEUX ajoute qu'un système d'indemnité permet également d'embaucher les médecins du travail en provenance du privé au niveau de leur dernier salaire net.

Le Dr Christian GUY-COICHARD demande si un peut connaître le nombre de praticiens venus à la médecine du travail pour souffrance au travail.

Le Dr Fabienne LECIEUX renvoie au rapport mais précise que cette donnée est globale, tous corps de métiers confondus.

M. Matthieu PICCOLI relate qu'une étude universitaire est en cours sur la santé au travail des internes et devrait prochainement faire l'objet d'une publication. D'après les résultats préliminaires, 40 % des internes d'Île-de-France seraient en *burnout*, avec une forte prévalence de la consommation de substances psychoactives et/ou de troubles du comportement alimentaire. Fort de ce constat, les organisations syndicales des internes demandent l'instauration d'une visite d'embauche et de visites périodiques pour cette population qui dépend du service de santé au travail de l'AP-HP, puisque l'institution est le référent administratif de tous les internes.

Le président juge que cette demande est tout à fait fondée, mais fait observer qu'elle risque d'être difficile à honorer dans la mesure où 14 postes de médecin du travail sont actuellement vacants. Il insiste sur le fait que redresser la médecine du travail de l'institution est une urgence absolue et prie instamment la direction de l'AP-HP de se préoccuper de cette problématique qui ne peut plus être prise à la légère.

Le Dr Patrick PELLOUX invite ceux de ses confrères qui se plaignent de ne pas recevoir de convocation pour la visite périodique à avoir une démarche proactive et à solliciter un rendez-vous. Par ailleurs, il aimerait connaître le nombre de sites où il n'y a pas actuellement de permanence de la médecine du travail.

Le Dr Fabienne LECIEUX précise que, à ce jour, il n'y a que deux sites sans médecin du travail : Berck-sur-Mer et Georges-Clémenceau.

Le Dr Sophie CROZIER s'étonne que l'AP-HP n'ait pas encore pris de dispositions pour remplir ses obligations en matière de suivi médical de ses médecins. Elle aimerait savoir si certains sites convoquent de manière systématique le personnel médical pour une visite d'embauche ou une visite périodique.

En réponse au président, le **directeur général** confirme qu'il s'agit là d'un sujet dont la direction générale est également soucieuse et partage la préoccupation de la CME dont témoignent les débats de ce jour.

IV. Gestion des excréments dans les unités de soins

Le Dr Sandra FOURNIER explique que la démarche présentée ce jour s'inscrit dans une réflexion plus globale pour lutter contre le développement des résistances bactériennes aux antibiotiques. Deux facteurs contribuent à la résistance des entérobactéries aux antibiotiques : la pression de sélection par les antibiotiques, qui peut être corrigée en diminuant la consommation d'antibiotiques ; et la transmission croisée entre patients, contre laquelle il est possible de lutter en améliorant l'hygiène des mains et la gestion des excréments. Le présent exposé se concentre sur ce dernier aspect.

Les résultats présentés ce jour sont le fruit d'une enquête menée en 2012, qui a fait l'objet d'une analyse et d'une restitution au niveau de chaque hôpital, et d'une analyse globale à la maille de l'AP-HP.

S'agissant des résultats, il convient de noter que 28 des 38 hôpitaux concernés ont répondu à cette enquête, soit un taux de réponse de 74 %. Cela représente au total 536 services ou unités, pour 13 230 lits sur les 21 000 lits que compte l'AP-HP.

Il ressort que 43 % des patients sont porteurs de changes complets tandis que 13 % utilisent des bassins.

En matière d'équipements, 61 % des lits sont avec des WC partagés et 43 % des WC sont équipés de douchettes rince-bassins dont l'utilisation peut entrainer des aérosols de bactéries fécales. Par ailleurs, 68 % des services sont équipés de lave-bassins, mais une maintenance préventive n'est effectuée que dans 26 % des cas.

L'enquête met également en exergue la persistance de pratiques inadéquates, puisque les bassins sont rincés avant désinfection dans 71 % des services. Il en résulte un risque de dissémination des bactéries fécales. Après investigation, il ressort que cette pratique tient au fait que les lave-bassins installés dans les services ne sont pas adaptés aux bassins utilisés à l'AP-HP et que, sans pré-rinçage, le nettoyage n'est pas toujours satisfaisant.

En conclusion, le Dr Sandra FOURNIER formule plusieurs préconisations qui permettraient à l'AP-HP de prévenir la transmission des bactéries fécales :

- privilégier les chambres seules pour les patients porteurs de bactéries multi-résistantes, et lors des travaux de rénovation ;

- renforcer les équipements : changer le marché des lave-bassins et mettre en place une maintenance préventive ; supprimer les douchettes rince-bassins ; développer l'utilisation des sacs de recueil à usage unique pour bassins ;

- améliorer la formation des équipes paramédicales : une réflexion est en cours avec Mme Zantman sur l'opportunité de créer une formation sur ce sujet.

Le Dr Julie PELTIER relate que la moitié des chambres de son unité de greffes rénales sont doubles, alors qu'un nombre important de patients nécessitent un isolement. Elle aimerait savoir si des solutions ont été identifiées pour limiter les risques de transmissions des bactéries fécales entre patients dans les chambres doubles.

Le Dr Sandra FOURNIER explique que l'utilisation des sacs à bassin à usage unique est une solution pour les patients qui ne sont pas autonomes. En revanche, la problématique reste entière pour les patients autonomes en court séjour qui partagent un cabinet de toilette. Il n'y a rien à faire à part leur rappeler les règles d'hygiène élémentaires et mettre à disposition des solutions hydroalcooliques.

Le Dr Patrick PELLOUX demande ce qui est prévu pour les lave-bassins.

Le Dr Sandra FOURNIER explique qu'une expérimentation a été menée à l'hôpital Ambroise-Paré pour tester les bassins ouverts adaptés aux lave-bassins en place. Cette expérimentation ne s'est pas avérée concluante car ce nouveau bassin forçait le personnel soignant à changer sa gestuelle. *In fine*, il a été décidé de changer les lave-bassins. Le marché a donc changé depuis un an, mais le renouvellement du parc se fait progressivement.

Le président se demande s'il n'est pas utopique de chercher à avoir un hôpital sans microbes, alors qu'il s'agit d'un lieu septique par nature.

Le Dr Sandra FOURNIER explique que l'objectif n'est pas tant d'éradiquer les bactéries que de limiter les risques de transmission des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques.

Le Dr Vincent JARLIER explique qu'il faudrait des actions supplémentaires concernant ce que les Anglais appellent la « sanitation » (gestion des excréta, hygiène de base …) pour limiter la transmission des bactéries commensales digestives multirésistantes ainsi que des vecteurs de la multirésistance (plasmides et gènes de résistance.

V. Évolution et répartition de la dotation annuelle de financement (DAF) pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) à l'AP-HP

Le président rappelle que le financement des soins de suite et de réadaptation (SSR) et de la psychiatrie ne repose pas sur la tarification à l'activité (T2A), mais sur un système de dotation annuelle de financement (DAF). Le présent exposé ne porte que sur la DAF des SSR.

1. Un modèle de répartition interne à faire évoluer

M. Étienne LISSILLOUR explique que le report récurrent de la mise en œuvre d'un nouveau modèle national de financement des activités SSR oblige l'AP-HP à faire évoluer son modèle de répartition interne.

Le modèle actuellement en vigueur présente un certain nombre de limites. Il est en effet très largement fondé sur des dotations historiques et prend faiblement en compte l'évolution de l'activité (modulation annuelle de 10 %). Dans ces conditions, des situations de « rente » ou de sous-financement ont pu se constituer dans les différentes structures. Dans un contexte de très faible évolution de la DAF SSR attribuée à l'AP-HP, il apparaît nécessaire de modifier le modèle pour permettre un financement des nouvelles activités.

Il s'agit d'effectuer une transition vers le modèle de financement national qui devrait être mis en place à horizon 2017-2018. Ce modèle a été construit par la DEFIP et la DOMU, en concertation avec les DAF des GH, et présenté aux collégiales et en commission activité-ressources.

2. Nouveau modèle

Le modèle de péréquation repose sur le volume d'activité pondéré par une échelle de coûts relatifs des activités analytiques de SSR.

Concernant la détermination du périmètre et de l'enveloppe à répartir, les principes suivants ont été retenus :

- l'exclusion de la part consacrée aux consultations internes et spécialités pharmaceutiques facturables en sus ;

- la sanctuarisation des mesures fléchées.

La fonction cible est définie d'après le volume d'activité (journées et venues), et une échelle de coûts relatifs des 16 activités analytiques de SSR construite sur la base des niveaux de ressources consommées constatées en comptabilité analytique (coûts unitaires complets des activités analytiques), avec un calage sur l'activité analytique prédominante.

Ce nouveau modèle présente l'avantage d'utiliser des critères médico-économiques non paramétrables. Il permet également l'actualisation des variables de coûts chaque année, et la prise en compte de l'activité prévisionnelle ou constatée (nombre de journées et venues par activité analytique…).

3. Echelle des coûts relatifs

Issue des travaux menés sur la base de la CAE 2012, l'échelle évoluera en 2015 pour prendre en compte les travaux complémentaires recommandés par le groupe de travail.

4. Détermination de l'enveloppe affectée à la part modélisée de la DAF

Le montant total de DAF SSR à répartir s'élève à environ 467 M€, dont :

- 4,9 M€ pour la sanctuarisation des mesures fléchées : mesures du plan Alzheimer (500 000 €) ; soutien aux unités cognitivo-comportementales (1,334 M€) ; équipes mobiles AVC (500 000 €) ; équipes mobiles gériatriques intervenant en EHPAD (382 000 €) ; EVC San Salvadour (260 000 €) ; financement du plan hôpital 2012 SI (1,910 M€ affectés aux charges communes) ;

- 3,32 M€ pour l'enveloppe consultations et molécules onéreuses.

Les 458,8 M€ restant ont été répartis selon le nouveau modèle de péréquation et en fonction des prévisions d'activité 2014, avec une pondération avec les journées effectivement effectuées en 2013. En fin d'année, la répartition sera actualisée au vu des journées réalisées en 2014.

Le Dr Christophe TRIVALLE signale que la DEFIP et la DOMU ont élaboré ce nouveau modèle sans concertation préalable, un groupe de travail n'ayant été mis en place qu'*a posteriori*. Il juge ce modèle très opaque et il ne comprend pas quelle urgence il y avait à mettre en place ce modèle intermédiaire. Pourquoi ne pas attendre la mise en place du nouveau modèle national ?

M. Étienne LISSILLOUR explique que ce modèle intermédiaire va permettre de recaler la répartition sur l'évolution de l'activité, ce qui n'avait pas été fait depuis 2010. En outre, ce nouveau modèle s'inscrit dans ce que devrait être le futur modèle national à l'horizon 2017.

Le Dr Christophe TRIVALLE souhaite avoir des précisions sur le mode de calcul de l'activité.

M. Étienne LISSILLOUR explique que l'activité est calculée en fonction du nombre de journées, avec une pondération par rapport au réalisé 2013.

Le président fait remarquer que les services de SSR sont toujours pleins.

M. Étienne LISSILLOUR précise que l'activité est calculée en fonction du nombre de journées réalisées, et non du taux d'occupation.

Le Pr Thierry BÉGUÉ rappelle qu'il est demandé aux activités chirurgicales de développer l'ambulatoire alors que, dans la partie SSR, il n'y a aucune structure qui soit véritablement ambulatoire. La présentation ne permet pas d'identifier les incitations à développer des structures ambulatoires en SSR.

M. Étienne LISSILLOUR convient qu'il n'y a pas à l'heure actuelle de stimulation pour développer l'ambulatoire. Il peut s'agir d'une évolution dans les années à venir.

Le président se demande comment l'AP-HP compte s'y prendre pour dégager un consensus autour de cette nouvelle méthode de répartition et faire en sorte que les médecins des SSR ne la contestent pas : est-il prévu de faire un nouveau tour de table ?

M. Étienne LISSILLOUR rappelle qu'une concertation a été engagée au préalable pour expliquer le projet. L'objectif est désormais de mettre en œuvre ce projet. Il restera possible de faire des ajustements dans les années à venir si cela s'avère nécessaire.

Le Dr Olivier HENRY estime que les nouvelles clés de répartition sont incompréhensibles pour tous les acteurs concernés, qu'il s'agisse des directeurs de GH, des chefs de pôle ou des chefs de service. Dans la répartition présentée, plusieurs exemples d'inégalité interpellent. L'hôpital Émile-Roux voit sa dotation amputée de 300 000 € alors que l'activité reprend. L'hôpital Joffre-Dupuytren voit son budget baisser de 1,2 M€ alors qu'il rencontre déjà des difficultés pour recruter du personnel. La dotation de l'hôpital René-Muret est pour sa part amputée de 3 M€ alors que, à l'inverse, l'hôpital Rothschild voit la sienne augmenter de 3 M€, alors qu'il est déjà plutôt bien doté et que son activité n'a pas augmenté dans des proportions significatives.

Cette répartition porte les germes d'un très profond mécontentement, voire d'une explosion sociale. Cela risque en outre de démotiver les personnels qui se trouvent déjà dans une situation délicate et diminuer l'attractivité des services impactés. Par ailleurs, l'institution ne peut pas vouloir une chose et son contraire : elle ne peut pas prôner l'excellence et la fluidité de la filière gériatrique d'un côté, et enlever des moyens sans discussion préalable de l'autre.

M. Étienne LISSILLOUR explique qu'il ne s'agit pas d'amputer des ressources mais d'ajuster la répartition.

Le président tient à signaler que la nouvelle répartition de cette enveloppe ne va pas affecter l'activité des services. À ses yeux, il s'agit simplement d'un mouvement comptable entre les GH et entre les hôpitaux. Les services continueront à travailler de la même manière.

Le Dr Nicolas DANTCHEV croit comprendre que le nouveau modèle s'appuie sur l'existant, c'est-à-dire sur les dotations actuelles et non sur les dotations qui seraient nécessaires. Cette manière de procéder risque de conduire à perpétuer les inégalités. Il paraîtrait préférable de partir de la charge de travail effective, en fonction des différentes spécialités.

M. Étienne LISSILLOUR explique que ce modèle vise à lisser les inégalités entre les différents sites sur chacune des seize activités qui ont été identifiées.

Le Dr Georges SEBBANE juge que cette nouvelle répartition n'aura peut-être pas de conséquences sur le niveau d'activité des différents SSR, mais elle en aura immanquablement sur les conditions d'exercice. Le fait de ne s'appuyer que sur l'activité sans tenir compte du contexte risque également de s'avérer problématique. À titre d'exemple, il n'est pas possible d'apprécier le retard de l'activité SSR de l'hôpital René-Muret sans tenir compte des nombreuses fermetures de lits qui sont intervenues au cours de la période de référence. Le Dr George SEBBANE affirme que, contrairement aux propos tenus par **M. Étienne LISSILLOUR**, la collégiale et le syndicat de gériatrie n'ont pas été préalablement consultés. La présidente est formelle sur ce point.

Le directeur général considère que les inquiétudes exprimées montrent la limite du modèle DAF pour les activités de SSR. Le fait que l'ARS autorise l'AP-HP à ouvrir des SSR spécialisés, sans faire évoluer la dotation afférente, en est une illustration.

Il faut prendre acte que l'AP-HP dispose pour l'exercice 2014 d'une enveloppe limitative pour les activités sous dotation globale. Dans cette configuration, la moins mauvaise solution consiste à tenir compte de l'activité pour procéder à la répartition, afin de pouvoir accompagner les variations sur les différents sites. Cette mécanique permettra en outre de réaliser des ajustements d'une année à l'autre.

Enfin, en tant qu'acteur prépondérant dans ce secteur d'activité, l'AP-HP doit étudier l'opportunité de peser de tout son poids pour essayer d'accélérer la transition vers un autre mode de financement du SSR.

Le Pr Bertrand GUIDET tient à rappeler que Rothschild est un nouvel hôpital gériatrique et de réadaptation qui a ouvert avec les moyens propres du GH et qui génère un déficit considérable. Le GH a fait le choix d'ouvrir cet hôpital pour se doter de filières gériatriques pour l'aval de ses activités MCO. Il convient de garder à l'esprit que l'hôpital fonctionnait seulement à la moitié de sa capacité au moment de la création du GH. La fin de l'ouverture de l'hôpital Rothschild est intervenue en 2013, avec l'ouverture de 30 lits de SSR. C'est la raison pour laquelle un rebasage de la DAF était nécessaire pour couvrir cette activité.

Mme Christiane WELTY précise que, sur le plan formel, les présidents de collégiales de gériatrie ont été invités aux réunions organisées par la DOMU et la DEFIP.

Le Dr Christophe TRIVALLE regrette que le codage PMSI SSR effectué par les services depuis 15 ans ne serve à rien, puisque le nouveau modèle n'en tient absolument pas compte.

VI. Recrutement des cadres paramédicaux à l'AP-HP

1. Point sur la situation vue par la direction des ressources humaines

M. Christian POIMBŒUF indique que les discussions menées font suite au mouvement des cadres de l'AP-HP en 2013. À l'issue de nombreuses réunions de concertation associant représentants de l'encadrement, les directeurs des ressources humaines (DRH) de GH, coordonnateurs généraux de soins de GH, et siège, des notes intégrant des engagements institutionnels ont été élaborées :

- sur les schémas d'organisation de l'encadrement ;
- sur la politique d'accompagnement et le plan de résorption des faisant fonction de cadre (FFC) ;
- sur la continuité de l'encadrement.

Schémas d'organisation de l'encadrement

Ils visent à clarifier les modes d'exercice des cadres de santé. La démarche d'élaboration est souple, adaptable à chaque GH, centrée sur une unité de base (géographique et fonctionnelle). Elle évalue le besoin en encadrement de ces unités.

Ils précisent les missions respectives des cadres de proximité, des cadres supérieurs, des cadres paramédicaux de pôle. Ils doivent également inclure des organigrammes détaillés et mis à jour de l'équipe de direction et de l'encadrement de chaque pôle. Y sont également précisés : la nature des réunions de l'encadrement organisées au niveau du GH ; les modalités de diffusion de l'information au niveau GH/directions/pôles ; et les modalités d'accueil et d'intégration des nouveaux cadres, ainsi que le suivi dans la prise de poste.

À date, 7 GH ou hôpitaux ont réalisé leur schéma d'organisation de l'encadrement tandis que huit sont en train de le finaliser.

Politique d'accompagnement et plan de résorption des « faisant fonction de cadre ».

La politique d'accompagnement se définit par la mise en situation, la clarification des missions (fiches de poste), le principe d'affectation à temps plein sur des postes de cadre, la mise en place d'un tutorat et la définition d'un parcours de formation qui conduit à la préparation du concours.

Il est acté que les FFC ne sont pas un mode pérenne d'encadrement. Ces derniers s'engagent à passer le concours dans un délai de deux à trois ans à compter de leur mise en situation. De leur côté, les GH s'engagent à informer les FFC de la possibilité de s'inscrire à la préparation au concours de l'école des cadres.

L'AP-HP s'engage à offrir un nombre de postes au concours à l'entrée de l'école des cadres le plus élevé possible, et à une politique volontaire de concours pour le recrutement des cadres.

Attractivité

Tout au long du parcours professionnel, l'AP-HP entend favoriser la mutualisation des compétences managériales et des pratiques, renforcer les dispositifs de formation, et développer la pratique du coaching.

En termes de perspectives, l'institution s'engage à favoriser et valoriser les parcours professionnels, redonner du sens à la fonction managériale, et garantir l'attractivité durable de la fonction managériale.

Recrutement

L'AP-HP prend l'engagement de mener une politique volontariste en matière de recrutement des cadres de santé paramédicaux.

Hormis les recrutements par mutation depuis des établissements hors AP-HP, la principale voie de recrutement est le concours sur titre. Il s'agit d'une obligation réglementaire à laquelle il n'est pas possible de déroger. Ces dernières années le nombre de postes ouverts au concours a fortement progressé, passant de 60 postes en 2010 à 170 postes en 2013. En 2014, 147 postes sont ouverts.

En parallèle, le nombre de postes proposés au concours d'entrée à l'école des cadres est resté à un niveau élevé (164 postes en 2014). L'obtention du diplôme permet aux candidats de se présenter au concours sur titre de cadres supérieurs.

Cette politique s'accompagne d'un effort important de prise en charge financière de ces formations par l'AP-HP.

2. Regard d'un médecin ayant participé au jury du concours 2014

Le Pr André LIENHART explique avoir participé au jury du concours sur titre permettant de devenir cadre supérieur de santé. Il consiste en une épreuve d'admissibilité sur dossier et une épreuve orale. Cette année, 56 postes de cadre supérieur étaient ouverts sur trois filières. Sur les 179 candidats, il y a eu 109 admissibles, 56 admis et 22 inscrits sur la liste complémentaire.

D'une manière générale, les dossiers présentés sont de bonne qualité. L'amélioration du niveau de formation des candidats est notable – ils sont pour la plupart titulaires d'un mastère –, mais nombre d'entre eux ont un parcours hors soins. La proportion des cadres de service ou de pôle est relativement faible.

S'agissant des entretiens oraux, la qualité d'expression est globalement satisfaisante. En revanche, il ressort que la plupart des candidats méconnaissent l'activité de l'AP-HP, de leur hôpital ou même des autres services ou pôles. Le cloisonnement semble être la norme.

Ces entretiens mettent également en exergue l'existence d'un certain nombre de missions redondantes. Il semble que plusieurs missions relèvent à la fois de la prérogative d'un représentant de la direction des soins et de celle d'un cadre de pôle, sans coordination entre les deux échelons. Il paraît donc nécessaire de clarifier l'organisation de l'AP-HP qui doit faire un choix entre une organisation en pôles ou une organisation plus verticale.

Mme Françoise ZANTMAN, la directrice des soins, juge intéressant d'avoir ce type de retour. Elle convient qu'il y a un travail important à conduire pour clarifier les missions de l'ensemble des cadres, en lien avec la formalisation des schémas d'encadrement et la réactualisation des fiches de poste. Il convient également de réfléchir avec les directions de soins sur le positionnement de certains cadres sur des missions transversales.

Le Dr Georges SEBBANE constate que la proportion des candidats avec un profil « hors soins » est malheureusement toujours aussi importante. Afin de se prémunir contre cet écueil, l'AP-HP devrait définir un profil type pour les candidats au grade de cadre supérieur de santé.

Le Pr Paul LEGMANN s'enquiert de l'évolution du nombre de cadres transversaux. Par ailleurs, il préconise de clarifier les relations entre les cadres paramédicaux de pôle et les cadres supérieurs de service. Il aimerait également savoir où en sont les réflexions sur la future articulation du management des pôles et sur l'opportunité de faire évoluer l'organisation actuelle en trio.

M. Christian POIMBŒUF s'engage à apporter une réponse ultérieurement sur le premier point. Les conclusions de la commission de suivi des pôles insistent sur l'importance d'engager une réflexion sur le management à l'intérieur des pôles. La DRH s'est refusée à être prédictive sur cette organisation en considérant que ce débat doit se tenir au niveau local.

Mme Françoise ZANTMAN explique qu'elle croit beaucoup à la richesse des parcours alternés. Le fait d'avoir multiplié les expériences professionnelles et d'avoir côtoyé plusieurs milieux professionnels peut être une force, notamment dans la conduite de projets transversaux.

S'il en convient volontiers, **le Pr André LIENHART** fait remarquer que c'est précisément le manque d'alternance qui fait souvent défaut, un nombre important de candidats ayant construit l'essentiel de leur parcours « hors soins ». De quelle légitimité une personne qui vient de passer vingt ans à faire de la formation pourrait-elle se prévaloir pour diriger un pôle ?

Le Dr Patrick PELLOUX pense qu'il faudrait s'inspirer d'autres « grands systèmes » qui ont résolu les problématiques de millefeuille institutionnel auxquelles ils étaient confrontés en introduisant davantage de simplicité et de proximité dans leur organisation. Il faudra probablement faire le deuil de la logique des pôles pour moderniser véritablement l'organisation.

Mme Françoise ZANTMAN explique que ces problématiques sont également remontées par la collégiale des cadres de pôle qui exprime des difficultés de fonctionnement avec un certain nombre de directions.

Le président estime que le renouvellement des pôles qui interviendra en 2015 doit être l'occasion de faire évoluer les fonctions de tous les responsables de pôle, y compris les cadres infirmiers.

VII. Point sur l'évolution des prélèvements d'organes à l'AP-HP

Le Dr Sophie COHEN précise que cet exposé a été préparé en concertation avec les responsables du groupe *ad hoc* de la CME sur la transplantation, les Prs René ADAM et François DESGRANDCHAMPS.

1. Le contexte

En 2013, l'AP-HP a réalisé 1 472 greffes, soit 28 % des 5 123 greffes pratiquées en France. Elle a réalisé 30 % des greffes sur donneur vivant (DV) rein et 100 % des greffes DV foie. Avec 5 820 patients, sa liste d'attente représente 30 % de la liste d'attente nationale sur laquelle sont inscrits 18 976 patients. L'institution compte également douze sites autorisés à pratiquer le prélèvement d'organes et dispose de 21 autorisations de greffes.

L'objet de cette présentation est d'alerter sur la baisse significative du nombre de donneurs enregistrée sur les huit premiers mois de l'année 2014. Sur la période, le nombre de donneurs

recensés a reculé de 17,5 % (40 donneurs de moins), tandis que le nombre de donneurs prélevés a régressé de 25 % (29 donneurs de moins).

Le taux de prélèvement – c'est-à-dire le rapport entre le nombre de donneurs prélevés et le nombre de donneurs recensés) – est passé de 47,4 % après les huit premiers mois de 2013 à 37,1 % après les huit premiers mois de 2014.

2. Les causes

L'opposition au prélèvement est la principale cause de non prélèvement (69 cas), nettement devant les antécédents médicaux (6 cas) et les obstacles médicaux (10 cas).

Une analyse du devenir des sujets en état de mort encéphalique recensés dans les établissements de l'AP-HP en 2014 montre que le taux d'opposition au prélèvement atteint 46,97 %, alors que la moyenne nationale n'est qu'à 34 %.

3. L'impact sur l'évolution des greffes d'organes

Au total, 833 greffes ont été réalisées à l'AP-HP depuis début 2014, soit une régression de 7,3 % par rapport à l'année précédente. Le recul du nombre de greffes réalisées est moindre que celui du nombre de prélèvements parce l'institution arrive à importer des greffons d'autres régions, en particulier pour la greffe thoracique, où 80 % des greffons proviennent d'une autre région.

4. Les principaux constats

Deux causes sont susceptibles d'être à l'origine du recul des recensements : la baisse réelle des donneurs potentiels, ou la non-exhaustivité du recensement. Le fait de mettre en place l'outil enquête cristal ACTION, modélisé par l'agence de biomédecine, permettrait de s'assurer de l'identification de tous les donneurs.

Concernant l'augmentation des oppositions au prélèvement, il s'agit d'un processus multifactoriel qui implique à la fois la qualité de l'entretien avec les familles et une possible évolution socioculturelle.

5. Les axes de réflexion du groupe de travail CME – DOMU – Agence de la biomédecine (ABM)

Le Dr Sophie COHEN conclut en indiquant que ce groupe de travail préconise de :

- déployer l'outil Cristal ACTION dans tous les centres de prélèvement ;
- participer à l'expérimentation nationale du prélèvement sur arrêt de soin (Maastricht 3) ;
- redynamiser le dispositif de prélèvement sur cœur arrêté des quatre sites ;
- s'assurer que les organisations mises en place pour l'accueil des familles sont conformes aux recommandations (locaux, formation, implication de la coordination dans le dialogue avec les familles) ;
- développer la mutualisation ;

- mettre à plat la question des rémunérations des gardes et astreintes des chirurgiens préleveurs ;
- promouvoir le donneur vivant (rein) et assurer les moyens de coordination de greffe ;
- mener une réflexion spécifique sur la greffe de pancréas
- être moteur sur l'évolution de la répartition des reins notamment sur le rein local

Le Pr René ADAM souligne qu'à l'heure actuelle 10 % à 15 % des patients meurent sur liste d'attente, faute d'avoir un organe disponible. Par ailleurs, il existe des sources potentielles de donneurs additionnels : outre le donneur vivant, le donneur cœur arrêté (20 à 30 % des donneurs d'organes au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, contre seulement 3 % en France) et le développement des machines de perfusion qui pourrait permettre d'améliorer certains greffons récusés de la transplantation sur les critères habituels de sélection.

Le Dr Sophie COHEN évoque également les prélèvements sur donneurs vivants, pour lesquels la France est très en retard, et qui représentent une piste qui doit être approfondie.

Le Dr Patrick PELLOUX estime que la mise en place de la nouvelle organisation de la grande garde n'a pas de lien avec la baisse du recensement des donneurs. Au niveau du pré-hospitalier, cette nouvelle organisation s'avère beaucoup plus efficace que la précédente. Par ailleurs, il serait utile de créer des formations communes aux SAMU et à l'accueil sur la manière de conduire un entretien avec la famille d'un donneur potentiel. Il aimerait également savoir comment s'explique cette augmentation des refus de prélèvement.

Le Dr Sophie COHEN explique ne pas être en mesure de répondre à ce stade. Il faut ouvrir une enquête pour éclaircir ce point.

Le Dr Julie PELTIER soulève le problème de l'harmonisation et de la valorisation des astreintes de prélèvement. En l'état, il n'est pas du tout attractif pour les chirurgiens de prélever la nuit.

Le Dr Sophie COHEN précise que l'enquête de la DGOS devrait permettre de faire un point sur l'existant et, le cas échéant, d'engager une réflexion sur la manière d'harmoniser les règles en matière de rémunération des astreintes et/ou des gardes.

Le Pr Jacques DURANTEAU insiste sur la nécessité de mieux valoriser cette activité difficile. À l'heure actuelle, celle-ci repose essentiellement sur des chirurgiens seniors et il faut trouver un moyen de la rendre plus attractive pour les jeunes chirurgiens. Par ailleurs, il conviendrait également de mieux former tous les collèges concernés sur la relation avec la famille.

Le président propose que le groupe de travail ad hoc présente ses travaux lors d'une prochaine CME.

VIII. Actions internationales et accueil des médecins étrangers à l'AP-HP : projets en cours, perspectives et création d'un groupe de travail de la CME

1. Bilan

Le Dr Florence VEBER rappelle que l'aura de l'AP-HP dans le monde repose sur la notoriété des travaux de ses médecins et sur le nombre significatif de médecins étrangers qui ont été formés par

l'institution depuis une trentaine d'années. Jouissant d'une très bonne image, l'AP-HP reçoit de plus en plus de demandes de partenariats. Elle doit donc s'organiser pour y répondre et mettre en place des moyens pour les valoriser.

2. L'historique

L'AP-HP s'était dotée de 1999 à 2003 d'une direction des affaires européennes et internationales. À la disparition de la DAI, les médecins ont continué à développer des initiatives, mais de manière dispersée et l'institution n'avait pas de position officielle

En 2012, la direction générale crée une délégation aux relations internationales (DRI) expérimentale – finalement officialisée le 26 mai 2014 –, qui se voit assigner trois objectifs principaux :

- coordonner une politique pour la formation des professionnels de santé étrangers, développer les partenariats hospitaliers et valider les accords de coopération ;
- mettre en œuvre une stratégie de valorisation des savoir-faire de l'AP-HP ;
- organiser l'accueil institutionnel des patients étrangers (ce point ne fait pas l'objet de cette présentation).

3. L'accueil de professionnels de soins étrangers

L'AP-HP accueille chaque année entre 300 et 600 médecins étrangers, mais ce chiffre variable tend à baisser, notamment à cause de l'augmentation du *numerus clausus* qui diminue mécaniquement le nombre de postes de faisant fonction d'interne (FFI) disponibles. L'offre est diversifiée : DFMS ; DFMSA ; stagiaires associés ; stages d'observation ; DES pour le Golfe ; post internat. Actuellement, il y a 35 postes de résidents étrangers des hôpitaux de Paris.

Une réflexion doit être menée sur la manière de valoriser l'offre proposée aux ressortissants d'un certain nombre de pays (Golfe, Chine, etc.). Cela pourrait se traduire par la mise en place d'une grille tarifaire. Le développement de cette offre passe également par des évolutions réglementaires, par exemple en autorisant la mise en place des *fellowships*, ou en laissant la possibilité de proposer des stages d'observation plus longs et plus souples.

4. L'envoi des médecins de l'AP-HP à l'étranger

Depuis 2011, près d'1 M€ a été investi pour permettre à 824 praticiens d'assister à des congrès à l'international. 54 praticiens ont également pu faire une mobilité à l'étranger. Par ailleurs, depuis 2007, 5 postes d'internes financés par l'AP-HP sont ouverts à l'étranger.

5. Une politique de partenariats et d'exportation

Sous l'impulsion des autorités de tutelle, l'AP-HP mène actuellement 16 actions de partenariat pour un budget annuel d'environ 160 000 € (16 % de l'enveloppe nationale distribuée par la DGOS).

L'institution déploie également une politique d'exportation de son savoir-faire, avec le développement d'activités :

- d'une activité de conseil et d'expertise en matière de stratégie médicale et projets médicaux, de programmation architecturale et fonctionnelle et de politique de maintenance et d'équipement ;

- d'une activité d'accompagnement à la démarche qualité et à la sécurité des soins ;

- et d'une activité de conseil et d'expertise en matière d'organisation médicale et de gouvernance hospitalière.

À titre d'exemple, l'AP-HP vient de remporter, en partenariat avec BBI (Bouygues) et VAMED (entreprise autrichienne), un appel d'offres lancé par l'état algérien concernant la construction et la gestion d'un nouveau CHU de 500 lits, axé sur les urgences et la chirurgie, à Constantine. D'autres projets de ce type sont également à l'étude en Chine ou aux Émirats Arabes Unis.

6. Le fonctionnement de la DRI

La DRI vient en appui aux équipes qui veulent formaliser et institutionnaliser leurs programmes. Elle met également en place de nouvelles actions avec des équipes volontaires qui souvent connaissent le terrain : Saint-Louis, pour la biologie en Chine ; Lariboisière pour le SI en Côte-d'Ivoire ; Pitié-Salpêtrière pour l'organisation en pôles au Sénégal, etc. La valorisation des activités de l'AP-HP a rapporté 750 000 € en deux ans (hors patients étrangers – hors formation DES).

7. Pourquoi une stratégie à l'international ?

L'AP-HP se doit d'avoir une stratégie à l'international pour :

- accompagner le rayonnement de la médecine française ;

- valoriser ses équipes et son identité ;

- obtenir des bénéfices financiers qui pourraient permettre par exemple de favoriser l'accueil de médecins étrangers, augmenter l'enveloppe pour payer des congrès à l'étranger ; augmenter le nombre d'internes payés pour un stage à l'étranger.

Le plan stratégique fixe comme objectif chiffré d'avoir une douzaine de coopérations couvertes par un accord cadre, dont la moitié donnant lieu à valorisation financière.

Le président annonce que la CME va créer un groupe de travail *ad hoc* pour suivre, aux côtés de la DRI, le développement de l'AP-HP à l'international, dont la présidence sera confiée au Pr René ADAM.

Le Pr René ADAM juge que le développement à l'international est primordial pour mettre en valeur l'attractivité de l'ensemble des équipes de l'AP-HP, tant sur le plan hospitalier qu'au niveau universitaire. La réactivation de la DRI est importante pour améliorer les conditions d'accueil de médecins étrangers, pour promouvoir un certain nombre de jeunes médecins en les envoyant à l'étranger, et pour valoriser le savoir-faire de l'AP-HP. À titre d'exemple, la formation SAMU des équipes brésiliennes avant la dernière coupe du monde de football a rapporté plusieurs centaines de milliers d'euros.

Le Pr Jean-Yves ARTIGOU insiste sur la nécessité de mettre en place un cadre juridique permettant d'accueillir des collègues étrangers qui veulent venir se former ou se perfectionner ponctuellement pendant des périodes courtes.

Le Dr Patrick PELLOUX considère qu'il est fondamental que l'AP-HP soit très vigilante dans le choix des pays avec lesquels elle noue des partenariats. L'institution ne peut et ne doit traiter avec des pays qui ne respectent pas les droits de l'homme, ou dont le régime politique n'est pas stable. La CME ne peut pas faire l'économie d'ouvrir le débat politique qui s'impose en la matière.

Par ailleurs, s'il souscrit au projet qui vise à exporter et à valoriser le savoir-faire de l'institution, il tient à mettre en garde contre une forme de naïveté afin d'éviter que cette entreprise se transforme en un pillage intellectuel du pays.

Le Dr Florence VEBER précise que toutes les initiatives de l'AP-HP sont préalablement validées avec le ministère des affaires étrangères. Quant à la question des droits de l'homme, il s'agit d'une problématique difficile car par exemple le pays avec lequel l'AP-HP a le plus de relation n'est autre que la Chine.

Le directeur général tient à exprimer son soutien à l'action internationale engagée par l'AP-HP. La coopération est une source de valorisation. Les enjeux sont tels, notamment sur le plan politique, qu'il n'est pas possible de faire preuve d'amateurisme. L'AP-HP doit donc s'appuyer sur le professionnalisme et l'expertise de la DRI.

Enfin, la direction fait part de son intention de se battre pour que la question des visiteurs étrangers et des *fellowships* soit réglée dans la loi en 2015.

Le Pr Noël GARABEDIAN insiste sur la nécessité de rattraper très rapidement le retard pris sur les fellowships.

IX. Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP

M. Marc DUPONT rappelle que ce point a déjà été présenté lors de la séance du mois de juin dernier et que, suite aux échanges, il était apparu nécessaire d'éclaircir un point de l'article 11 relatif à la possibilité de désigner dans certains pôles d'activité un praticien adjoint du chef de pôle. Il donne lecture de la nouvelle formulation proposée :

« Un praticien adjoint au chef de pôle peut être désigné par le directeur du groupe hospitalier sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale d'établissement locale. »

Le Pr Thierry BÉGUÉ regrette que la formulation proposée ne précise pas que cet adjoint doit être d'une autre spécialité que celle du chef de pôle.

Le président indique que cela peut faire partie des pratiques locales, mais n'a pas de caractère obligatoire. Constatant qu'il n'y a pas d'autres remarques, il soumet le règlement au vote.

Le règlement intérieur est approuvé par 57 voix pour, 8 abstentions et aucune voix contre.

X. Questions diverses

1. Plan stratégique du GH Hôpitaux universitaires Paris-Centre (HUPC)

Le Pr Stanislas CHAUSSADE souhaite attirer l'attention sur le fait que la communauté du GH HUPC qu'il représente se trouve dans une incertitude majeure pour élaborer son plan stratégique, eu égard aux nombreuses incertitudes qui entourent le futur périmètre du groupe hospitalier. Il existe également des incertitudes sur la manière de construire une coopération avec les hôpitaux voisins, au premier rang desquels figure le Val-de-Grâce.

Le directeur général confirme que l'HàD de Saint-Louis a été fermée de manière temporaire et que son activité a été répartie sans difficulté sur les autres services. Les dirigeants de l'HàD assurent que les recrutements nécessaires ont été opérés et ce service pourra rouvrir au mois de novembre, conformément au calendrier prévu.

2. Les difficultés de l'hospitalisation à domicile (HàD)

M. Olivier YOUINOU évoque la fermeture au cours de l'été de l'unité d'HàD de l'hôpital Saint-Louis. Il demande qu'un point soit fait sur ce sujet dans la mesure où la réouverture de cette unité, prévue en novembre, ne semble pas assurée.

Le directeur général, confirme que l'HAD de Saint-Louis a été fermée de manière temporaire et que son activité a été répartie sans difficulté sur les autres services. Les dirigeants de l'HAD assurent que les recrutements nécessaires ont été opérés et ce service pourra rouvrir au mois de novembre, conformément au calendrier prévu.

3. Mobilier de la médecine interne de Cochin

Le Pr Bernard GRANGER donne lecture d'une demande du Pr Claire LE JEUNNE au sujet du déménagement du matériel du service de médecine interne resté à l'Hôtel-Dieu alors que l'activité a été transférée à Cochin.

« Au moment de la fusion des services de médecine interne, il avait été convenu que les équipements du service de médecine interne (mobiliers de chambre et matériels de soins, scope, dynamap, seringues électriques…) soient également déménagés avec le personnel, ce matériel devant équiper la salle supplémentaire et permettre de rénover du matériel local un peu vétuste.

Le 4 août 2013 alors que le personnel avait préparé ce déménagement avec beaucoup d'efficacité et de compétence, des personnes de la CGT se sont opposées au déménagement et ont en gros séquestré le matériel après avoir défait tout l'empaquetage préparé par le personnel du service, non sans heurt et sans une amertume très forte de nos infirmières et aides-soignants.

La deuxième salle qui devait être déménagée début novembre a subi le même sort, de même que le matériel de bureau dans les secrétariats de médecine interne au 5e étage aile A bâtiment B.

Depuis tout ce matériel vieillit et n'est pas utilisé. Sur place à Cochin nous avons dû faire comme on pouvait en récupérant du matériel plus ou moins neuf et dépareillé de droite et de gauche pour équiper à la hâte les salles d'hospitalisation. Il y a aujourd'hui encore des chambres sans fauteuil pour les patients et les infirmières nous demandent régulièrement où en est le matériel dont elles ont besoin. Chaque fois que cette hypothèse est évoquée auprès de l'administration la réponse est négative on ne peut pas faire de vague à l'Hôtel-Dieu.

De ce fait nous sommes obligés d'acheter avec les maigres ressources du pôle des équipements qui dorment à l'Hôtel-Dieu.

Voilà ce que l'on appelle faire des économies. Tout ceci est triste.»

Le président indique que cela s'ajoute aux trois décisions attendues pour l'Hôtel-Dieu concernant l'anatomie pathologique, la biologie et la médecine nucléaire.

4. Mise en cause du SAMU 93 dans la prise en charge d'un enfant cet été

Le Dr Patrick PELLOUX souhaite revenir sur la médiatisation du décès d'un enfant de 10 ans survenu au cours de l'été et pour lequel le SAMU du 93 a été accusé de ne pas avoir voulu secourir. Il précise que l'enquête administrative réalisée par l'ARS montre qu'aucune faute n'a pas été commise par les professionnels de santé et que la demande de secours n'a malheureusement pas été formulée comme elle aurait dû l'être. Il tient en outre à préciser que les médecins du SAMU ont fait leur travail et que, contrairement à ce que certains journalistes ont pu écrire, les SAMU et les Sapeurs-pompiers interviennent partout.

XI. Approbation du compte rendu de la réunion du 10 juin 2014

Le procès verbal de la réunion du 10 juin 2014 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 12 heures 20.

* *
*

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

mardi 14 octobre 2014 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 1er octobre 2014 à 16 heures 30