

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE  
DU MARDI 13 OCTOBRE 2015**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE  
DU MARDI 8 DÉCEMBRE 2015**

## SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME (P <sup>F</sup> Loïc CAPRON)	6
II.	Point sur le temps de travail des internes à l'AP-HP et bilan des commissions de répartition à l'agence régionale de santé (ARS)	9
III.	Avis sur les conclusions de trois groupes stratégiques AP-HP de la DOMRU	12
IV.	Enquête « un jour donné » sur l'organisation du temps de travail dans les blocs opératoires à l'AP-HP	18
V.	Entrepôt informatique de données en vue de la recherche à l'AP-HP	20
VI.	Plan pour le bon usage des antibiotiques à l'AP-HP	22
VII.	Avis sur le bilan social 2014 de l'AP-HP	24
VIII.	Questions diverses	26
IX.	Approbation des comptes rendus des réunions des 9 juin et 7 juillet 2015	26

## **ORDRE DU JOUR**

### **SÉANCE PLÉNIÈRE**

1. Informations du président de la CME (P<sup>f</sup> Loïc CAPRON)
2. Point sur le temps de travail des internes à l'AP-HP et bilan des commissions de répartition à l'agence régionale de santé (ARS) (P<sup>f</sup> Jean-Yves ARTIGOU)
3. Avis sur les conclusions de trois groupes stratégiques AP-HP de la DOMRU
  - a. Urologie (M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN, P<sup>f</sup> Jean-François DESGRANCHAMPS)
  - b. Orthopédie (M. Serge MOREL, P<sup>f</sup> Thierry BÉGUÉ)
  - c. Soins de suite et de réadaptation (M<sup>me</sup> Martine ORIO, D<sup>f</sup> Olivier HENRY)
4. Enquête « un jour donné » sur l'organisation du temps de travail dans les blocs opératoires à l'AP-HP (M. Étienne GRASS, M<sup>me</sup> Françoise ZANTMAN)
5. Entrepôt informatique de données en vue de la recherche à l'AP-HP (D<sup>f</sup> Laurent TRÉLUYER, P<sup>f</sup> Michel ZÉRAH)
6. Plan pour le bon usage des antibiotiques à l'AP-HP (P<sup>f</sup> Daniel VITTECOQ, D<sup>f</sup> Sandra FOURNIER)
7. Avis sur le bilan social 2014 de l'AP-HP (M. Gérard COTELLON, M<sup>me</sup> Gwenn PICHON-NAUDÉ)
8. Questions diverses
9. Approbation des comptes rendus des réunions des 9 juin et 7 juillet 2015

### **SÉANCES RESTREINTES**

#### **Composition C**

- Avis sur une demande de prolongation d'activité d'un praticien hospitalier

#### **Composition B**

- Avis sur les mobilités de MCU-PH
- Avis sur une candidature à un emploi de MCU-PH des disciplines pharmaceutiques offerts au recrutement (révision des effectifs 2015)

#### **Composition A**

- Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2016
- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de PU-PH
- Avis sur les mobilités de PU-PH
- Avis sur une candidature à un emploi de PU-PH des disciplines pharmaceutiques offerts au recrutement (révision des effectifs 2015)
- Avis sur une demande de détachement d'un directeur de recherche dans le corps des PU-PH

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M. le P<sup>f</sup> René ADAM
- M. le P<sup>f</sup> Yves AIGRAIN
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Claude ALVAREZ
- M. le P<sup>f</sup> Philippe ARNAUD
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P<sup>f</sup> Thierry BÉGUÉ
- M. Guy BENOÎT
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne-Reine BUISINE
- M. le P<sup>f</sup> Loïc CAPRON
- M. le P<sup>f</sup> Gérard CHÉRON
- M. le P<sup>f</sup> Thierry CHINET
- M. le P<sup>f</sup> Yves COHEN
- M<sup>me</sup> le P<sup>f</sup> Isabelle CONSTANT
- M. le D<sup>r</sup> Rémy COUDERC
- M<sup>me</sup> le P<sup>f</sup> Béatrice CRICKX
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER
- M<sup>me</sup> Magalie DELAHAYE
- M<sup>me</sup> le P<sup>f</sup> Élisabeth DION
- M. le D<sup>r</sup> Michel DRU
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Claude DUSSAULE
- M. le D<sup>r</sup> Alain FAYE
- M. le P<sup>f</sup> Noël GARABEDIAN
- M<sup>me</sup> le P<sup>f</sup> Pascale GAUSSEM
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS HASENKNOPF
- M. le P<sup>f</sup> Bernard GRANGER
- M. Jules GREGORY
- M. le P<sup>f</sup> Philippe GRENIER
- M. le D<sup>r</sup> Christian GUY-COICHARD
- M. le D<sup>r</sup> Olivier HENRY
- M. le P<sup>f</sup> Martin HOUSSET
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anna LAMBERTI TELLARINI
- M. le P<sup>f</sup> Paul LEGMANN
- M. le P<sup>f</sup> Guy LEVERGER
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Ariane MALLAT
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Lucile MUSSET
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Isabelle NÈGRE
- M. Stefan NERAAL
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE
- M. le P<sup>f</sup> Gilles ORLIAGUET
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Julie PELTIER
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Valérie PERUT
- M<sup>me</sup> Caroline RAQUIN
- M. le P<sup>f</sup> Gérard REACH
- M. le P<sup>f</sup> Christian RICHARD
- M. le D<sup>r</sup> Frédéric RILLIARD
- M. le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Brigitte SOUDRIE
- M. le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P<sup>f</sup> Michel VAUBOURDOLLE
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Philippe WOLF
- M. le P<sup>f</sup> Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M<sup>me</sup> Corinne GUÉRIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M. le P<sup>f</sup> Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- M<sup>me</sup> Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- M. le P<sup>f</sup> Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
- M. le P<sup>f</sup> Bruno RIOU, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
- M<sup>me</sup> Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M<sup>me</sup> Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
- M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
- M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
- M<sup>me</sup> Amélie VERDIER, secrétaire générale
- M<sup>me</sup> Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités
- M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMRU) M<sup>me</sup> Gwenn PICHON-NAUDÉ, DOMRU

- ***Représentante de l'ARSIF :***

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

- ***Membres excusés :***

- M<sup>mes</sup> et MM. les D<sup>rs</sup> et P<sup>rs</sup> Michel AUBIER, Catherine BOILEAU, Ghislaine BRÉFORT, Frédéric BRÉTIGNOL, Jean-Claude CAREL, Pierre CARLI, Stanislas CHAUSSADE, Nicolas DANTCHEV, Nathalie DE CASTRO, Benoît DUBOIS-RANDÉ, Jacques DURANTEAU, Yann FLECHER, Michaël FONTUGNE, Jean-Luc GAILLARD, Bruno GOGLY, Bertrand GUIDET, Cécile HVOSTOFF, Fabien KOSKAS, Fabienne LECIEUX, Louis MAMAN, Philippe MENASCHÉ, Rémy NIZARD, Annie ROUVEL-TALLEC, Dominique VALEYRE, Jon Andoni URTIZBEREA, Patrick PELLOUX
- M<sup>mes</sup> Anne-Sophie BOURREL, Marion TEULIER ; MM. Valentin JOSTE, Louis MAFFI-BERTHIER

*La séance est ouverte à 8 heures 35, sous la présidence du P<sup>r</sup> Loïc CAPRON.*

## **I. Informations du président de la CME (P<sup>r</sup> Loïc CAPRON)**

**Le président** souhaite la bienvenue à, M<sup>me</sup> Yvette NGUYEN, représentante élue de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) et invitée permanente à la CME.

Le D<sup>r</sup> Isabelle BADELON, praticien hospitalier (PH) de chirurgie de l'hôpital Avicenne, a quitté l'AP-HP et ne siègera plus à la CME. En l'absence de suppléants dans ce collège, son siège restera vacant jusqu'aux prochaines élections.

### *Temps de travail continu des urgentistes*

L'instruction ministérielle du 10 juillet 2015 demande aux CME de se prononcer sur les modalités de mise en œuvre du temps de travail continu pour les praticiens des urgences. Par un communiqué de presse publié le 25 septembre, la Fédération hospitalière de France (FHF) et les présidents des conférences hospitalières publiques ont annoncé qu'ils déposaient un recours à titre conservatoire contre l'instruction et demandaient à rencontrer la ministre. **Le président** s'est opposé à ce recours lors du séminaire de la FHF du 9 septembre sur les urgences et n'a pas donné son aval au communiqué publié le 25 septembre par la FHF et les présidents des conférences. Toutefois, les discussions entre les signataires du communiqué et le ministère doivent commencer le 14 octobre et il craint que le vote, favorable ou défavorable, de la CME de l'AP-HP ne soit utilisé « comme un bélier » par l'une des parties pour faire pression sur l'autre. Après discussion en bureau, il a donc décidé de reporter l'examen du sujet à la CME de novembre.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** précise que créer une division parmi le corps des praticiens hospitaliers risquerait en effet d'entraîner des difficultés de fonctionnement au sein de l'hôpital.

**Le président** précise que s'il n'estime pas opportun de faire voter aujourd'hui la CME pour les raisons qu'il vient d'exposer, sur le fond, sa position a évolué pour reconnaître aux urgentistes une spécificité.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** soutient la prise de position du président, car elle permet d'éviter toute instrumentalisation de la CME, et rappelle que l'arrêté de 2003 permet d'organiser des services en temps continu ou en temps discontinu.

**Le directeur général** indique qu'un groupe de travail a été constitué avec le président et la vice-présidente de la CME, les représentants des urgentistes et les syndicats qui ont négocié cette instruction. Préalablement à la publication du texte, l'AP-HP avait déjà fait part des difficultés que poserait cette instruction et avait souligné la nécessité d'ouvrir des négociations sur son application.

**Le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON** remercie la DOMRU pour les discussions engagées il y a plus de six mois. Il indique que la collégiale des urgentistes est en désaccord sur la méthodologie adoptée. Il n'y a pas de raison de s'opposer à l'application du texte, mais il n'est pas possible de demander plus en travaillant moins. Ceci ne contribuera pas à l'attractivité de ces emplois. Un plan pour les urgences est nécessaire. En cas de vote, la collégiale des urgentistes se serait ainsi abstenue.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** rappelle que la conséquence de l'absence de vote de la CME est le gel des recrutements sur les 32 emplois autorisés dans le cadre des négociations. La CME est en effet obligée d'être consultée sur la primauté du projet médical.

**Le président** note que l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF) incite les urgentistes à adresser une mise en demeure à leur président de CME pour l'application immédiate de l'instruction.

**Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** indique que SAMU-Urgences de France a prévu une conférence de presse en vue de la publication d'un livre blanc sur les urgences.

#### *Abonnement aux revues médicales et scientifiques électroniques*

Lors du directoire du 6 octobre, le directeur général a accepté d'abonder de 120 K€ le budget consacré aux ressources documentaires médicales et scientifiques électroniques pour acquérir un nouveau bouquet d'abonnements à près de 500 revues, dont des titres majeurs comme *The Lancet*. **Le président** remercie le directeur général au nom de toute la communauté médicale.

#### *Mission chirurgie*

Les départs de chirurgiens de l'AP-HP se multiplient. Après en avoir discuté au comité des directeurs et présidents de CME locale des groupes hospitaliers (GH), le directeur général a demandé au P<sup>r</sup> Laurent HANNOUN, chirurgien digestif de la Pitié-Salpêtrière aujourd'hui consultant, de constituer un groupe de travail pour réfléchir à des propositions de nature à préserver l'attrait des services de l'AP-HP pour les chirurgiens. Sa lettre de mission est consultable sur le site de la CME,. En accord avec le P<sup>r</sup> HANNOUN, le président donne la composition du groupe : P<sup>rs</sup> Christophe PENNA (chirurgie digestive, Bicêtre), Marc-Antoine ROUSSEAU (orthopédie, Avicenne), Sabine SARNACKI (chirurgie viscérale pédiatrique, Necker), François GOFFINET (gynécologie-obstétrique, Cochin), Isabelle CONSTANT (anesthésiste-réanimateur, Trousseau) et Philippe RUSZNIEWSKI (doyen de Paris-Diderot) ; M<sup>mes</sup> Ève PARIER (directrice du GH Saint-Louis—Lariboisière) et Pascale LEMAÇON (coordinatrice générale des soins, hôpital européen Georges-Pompidou) ; M<sup>me</sup> Christine WELTY, directrice de l'organisation et des relations avec les universités (DOMRU) et le P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN, membre de la CME, y seront invités permanents. Le premier point d'étape est prévu en décembre 2015.

**Le directeur général** rappelle qu'un travail a d'ores et déjà été engagé sur l'orthopédie, mais explique qu'il est apparu nécessaire de travailler sur la chirurgie dans son ensemble. L'objectif est d'avancer rapidement afin de pouvoir prendre des mesures concrètes qui seront soumises à l'approbation de la CME.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** estime qu'il est très important de chercher à améliorer l'attractivité de l'AP-HP auprès des chirurgiens, et espère que les propositions seront davantage suivies que celles du groupe de travail qui s'était constitué sur l'anesthésie-réanimation.

**Le président** relève un frémissement des titularisations d'anesthésistes dans la révision 2016 des effectifs.

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** s'étonne de l'absence de praticiens hospitaliers en anesthésie-réanimation dans le groupe de travail.

**Le président** indique que le P<sup>f</sup> HANNOUN a prévu des auditions, notamment de PH d'anesthésie et de chefs de clinique de chirurgie.

**Le P<sup>f</sup> Noël GARABÉDIAN** se félicite que la direction générale se saisisse de cette problématique qui concerne tant les chirurgiens que les anesthésistes. Si des restructurations s'avèrent nécessaires, une discussion devra toutefois être engagée en toute transparence au sein de la CME. Il regrette par ailleurs l'absence de jeunes PH, aussi bien en anesthésie qu'en chirurgie, au sein du groupe de travail. Il espère enfin que cette mission aboutira sur des décisions rapidement mises en œuvre.

**Le directeur général** accorde qu'un jeune PH pourra en faire partie, l'objectif étant de ne pas dépasser un groupe de 10 personnes.

**M<sup>me</sup> Françoise ZANTMAN** propose d'associer la directrice de l'école des infirmières de bloc opératoire diplômées d'État (IBODE) et des infirmières anesthésistes diplômées d'État (IADE) à la réflexion.

**Le P<sup>f</sup> Bernard GRANGER** déclare qu'il ne faut pas minimiser ce problème. L'administration a été alertée à plusieurs reprises depuis plusieurs mois. Il s'étonne de la méthode retenue et de la constitution d'un groupe de travail alors qu'il existe un syndicat des chirurgiens et que les raisons des départs sont bien connues. Ils s'expliquent par des conditions de travail de plus en plus pénibles et des rémunérations qui ne sont pas à la hauteur.

**Le directeur général** assure qu'il n'y a pas d'accélération des départs de médecins et chirurgiens PU-PH, comme en témoignent les chiffres fournis. Certains sites sont toutefois fragilisés et le sujet des conditions de travail doit être abordé. La réflexion a été menée en lien avec le syndicat des chirurgiens, le président de la CME et le directoire.

#### *Groupe de travail sur les conflits d'intérêts*

**M<sup>me</sup> Laure BÉDIER** rappelle que le groupe de travail sur les conflits d'intérêts examinera la réglementation applicable sur les cumuls d'activités (qui est en cours de modification) et dressera la cartographie des risques, avant de proposer des solutions.

#### *Réunion des présidents de CME des centres hospitaliers (CH) d'Île-de-France*

**Le président** a participé à la deuxième réunion des présidents de CH d'Île-de-France le 1<sup>er</sup> octobre dans l'amphithéâtre de l'hôpital européen Georges-Pompidou. Il était invité à faire un point sur les coopérations entre l'AP-HP et les CH. Axe majeur de son mandat, l'ouverture de l'AP-HP sur les CH a bien progressé en quatre ans, mais reste à consolider. La création des postes d'assistants partagés en constitue la réalisation la plus tangible. Celle des groupements hospitaliers de territoire (GHT) favorisera ces avancées.

#### *Questions diverses*

**Le D<sup>f</sup> Patrick DASSIER** rappelle qu'un recours avait été déposé au Conseil d'État en 2003 sur la durée d'une demi-journée. Chaque chef d'établissement avait été invité à définir cette durée. Une demande a été déposée auprès du secrétariat du directeur général sur ce point.

**Le directeur général** indique, qu'une réponse sera apportée.



S'agissant des coopérations avec les centres hospitaliers hors AP-HP, un travail de structuration est en train d'être mené avec le CH Sud Francilien. Une présentation sera réalisée en début d'année 2016.

Les négociations ont par ailleurs été officiellement ouvertes sur l'organisation du temps de travail avec la seule CFDT, l'objectif étant de permettre une mise en œuvre au début de l'année 2016.

## **II. Point sur le temps de travail des internes à l'AP-HP et bilan des commissions de répartition à l'agence régionale de santé (ARS)**

Le P<sup>r</sup> Jean-Yves ARTIGOU rappelle que le décret du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mai, prévoit 10 demi-journées contre 11 auparavant :

- 8 demi-journées (moyennées sur le trimestre) consacrées aux soins ;
- 2 demi-journées dédiées à la formation, l'une sous la responsabilité du coordonnateur, l'autre correspondant à du temps personnel de consolidation.

Le décret a ainsi plusieurs conséquences sur l'organisation des services. Il augmente les tensions, notamment dans les services à garde, déjà en difficultés du fait du respect du repos de sécurité. La compensation par l'augmentation du nombre d'internes s'avère insuffisante. Le décret pose en outre un problème de fond sur la formation des internes.

Si à l'AP-HP, il n'y a pas de véritable difficulté en biologie et pharmacie, voire dans le diplôme d'études spécialisées (DÉS) de médecine générale, les difficultés sont variables selon les spécialités médicales. Il n'y a pas de réel problème dans les disciplines postées comme la radiologie, les difficultés concernant les services à garde au sein desquels apparaît une volonté convergente des chefs de service et des internes en faveur d'une souplesse d'application concertée. Pour les spécialités chirurgicales, l'application est extrêmement difficile. Les internes de chirurgie apprécient le caractère protecteur du décret, mais ne souhaitent pas son application stricte afin de ne pas pénaliser leur formation.

Les commissions de répartition se sont tenues cet été pour le semestre d'hiver. Le P<sup>r</sup> Jean-Yves ARTIGOU rappelle que les commissions d'agrément doivent être distinguées des commissions de répartition. Depuis 2015, le représentant de la CME participe aux commissions d'agrément qui sont jumelées avec la commission des besoins de formation qui vient d'être créée. La commission de répartition regroupe l'ARS, un doyen, le coordonnateur de la spécialité qui propose, les représentants des internes, les centres hospitaliers, les établissements privés, et pour l'AP-HP, le chef du bureau des internes et le représentant de la CME. La commission de répartition décide sur proposition du coordonnateur du nombre d'internes.

Les commissions de répartition de l'été 2015 ont été marquées par un besoin d'ouverture important en spécialités médicales, en lien avec des mécanismes attendus (numerus clausus) et conjoncturels (augmentation du nombre d'internes venant d'Europe, passerelles, notamment avec les écoles d'ingénieurs...). Le bilan est le suivant :

- spécialités médicales : 195 postes (soit quasiment 10 % du total), dont 108 à l'AP-HP ;
- chirurgie : 46 postes, dont 21 à l'AP-HP ;
- pharmacie : 6 postes ouverts ;
- DES de médecine générale : 52 postes ouverts.

Tous les postes demandés à l'AP-HP par les coordonnateurs ont été ouverts sans restriction financière sur les seuls arguments pédagogiques. L'AP-HP tient sa juste place universitaire avec plus d'un poste sur deux ouverts.

La nécessité d'ouverture en 2016 apparaît variable :

- encore nette en spécialités médicales ;
- faible en DES de médecine générale et spécialités chirurgicales ;
- avant un plateau à partir de 2017 sur l'ensemble des spécialités.

Une saturation d'accueil de l'AP-HP est anticipée dans de rares disciplines (radiothérapie). L'objectif est de lancer une nouvelle enquête du groupe des internes de la CME afin d'apprécier les difficultés d'application du décret sur le temps de travail des internes et de travailler sur des pistes originales, telles que les stages partagés.

**Le président** relève que 55 % des postes ouverts l'ont été à l'AP-HP, qui accueillera ainsi 70 à 75 % des nouveaux internes. Les CH d'Île-de-France en sont mécontents et y voient une contradiction avec notre volonté affichée de coopération et d'ouverture.

**Le P<sup>f</sup> Jean-Yves ARTIGOU** appelle à distinguer les internes de spécialités médicales (pour lesquels il est prévu un taux d'environ 60 % pour l'AP-HP) des internes du DES de médecine générale (60 % hors AP-HP).

**Le P<sup>f</sup> Bruno RIOU** note qu'un arrêté est en préparation pour l'affectation de certains postes d'internes pour les nouvelles disciplines et ajoute que les coordonnateurs de médecine d'urgence et de gériatrie pourraient, à terme, faire des propositions quelque peu différentes de celles du coordonnateur de médecine générale. Il rappelle que pour la médecine d'urgence, il n'y a pas eu de postes supplémentaires depuis plusieurs années.

**Le P<sup>f</sup> Jean-Yves ARTIGOU** indique qu'une réunion est prochainement prévue avec le P<sup>f</sup> Pierre CARLI et les coordonnateurs de médecine générale.

**Le D<sup>f</sup> Christophe TRIVALLE** relève depuis deux ans une diminution des postes en gériatrie parce que les postes d'internes de médecine générale sont moindres l'été.

**Le P<sup>f</sup> Jean-Yves ARTIGOU** l'explique par la fermeture de certains postes l'été, avant d'être rouverts l'hiver, en même temps que les services.

**Le P<sup>f</sup> Thierry CHINET** appelle à éviter tout ostracisme dans la répartition des postes, à condition que le projet pédagogique soit de bonne qualité.

**Le P<sup>f</sup> Fabien KOSKAS** note que les postes en temps partagé peuvent constituer une réponse à ces conflits potentiels.

**Le P<sup>f</sup> René ADAM** indique que la plupart des internes en chirurgie prônent la non-applicabilité du décret actuel, compte tenu de l'impact sur leur formation. Il s'interroge sur la position de l'AP-HP sur ce sujet.

**Le P<sup>f</sup> Jean-Yves ARTIGOU** estime que l'augmentation du nombre d'internes devrait contribuer à l'atteinte d'un certain équilibre à moyen terme sur le terrain. En France, le compagnonnage est toutefois extrêmement important. Sur ce point, la formation diminuera d'une demi-journée.

**M. Jules GRÉGORY** relève des difficultés sur les spécialités à gardes d'intérieur, ainsi que pour la permanence des soins aux urgences. L'interne est de plus en plus vu comme la « propriété » d'un service. La réponse du ministère est insatisfaisante, puisqu'elle consiste à supprimer des lignes de gardes. Répartir les internes en internes de jour et internes de nuit n'est pas non plus pertinent, au regard de la complémentarité de chaque activité.

S'agissant des commissions de répartition, M. Jules GRÉGORY remercie l'ensemble des acteurs qui ont permis leur bon déroulement. Il note, concernant les nouveaux DES (urgence et gériatrie) qui seront mis en place prochainement, que des agréments dédiés devront être anticipés. Il remercie l'AP-HP d'avoir respecté son rôle de formation, ainsi que le P<sup>f</sup> Jean-Yves ARTIGOU pour le travail engagé, notamment sur les nouvelles pistes de formation qu'il mène avec le groupe de l'internat.

**M. Stefan NERAAL** remercie l'AP-HP d'avoir demandé l'application de la loi à ses services. Un sondage récemment réalisé auprès des internes de médecine générale montre que le temps de travail est respecté dans 2/3 des services à l'AP-HP. Il tient à en remercier l'ensemble des personnels et ajoute que l'objectif a été de peser en faveur d'une augmentation des internes dans les services concernés lors de la dernière commission de répartition, afin de compenser les efforts fournis. Ceci n'a toutefois pas été possible, puisque 60 % des postes en médecine générale sont affectés hors AP-HP.

**Le P<sup>f</sup> Paul LEGMANN** note que le choix des internes est essentiel pour mesurer l'attractivité de l'AP-HP.

**Le P<sup>f</sup> Jean-Yves ARTIGOU** indique que le secteur privé ne représente qu'une vingtaine de postes sur plus de 4 000 et ajoute que l'encadrement pédagogique est très contrôlé. En radiologie, il n'y a par exemple pas d'ostéopathie articulaire à l'AP-HP, et les stages partagés peuvent s'avérer une solution intéressante.

**M. Stefan NERAAL** regrette que les coordonnateurs aient supprimé les postes pré-hospitaliers et ne souhaitent pas créer plus de postes dans les services d'urgence de l'AP-HP, ce qui restreint le choix des internes de vouloir diversifier leur formation. Revenant sur le décret relatif au temps de travail des internes, il note qu'au plan pédagogique, aucune véritable difficulté n'est remontée, notamment en médecine générale. Les internes se déclarent au contraire satisfaits de pouvoir aller plus facilement en cours et de réaliser leurs travaux universitaires, sans pour autant ressentir une quelconque perte de niveau.

**Le P<sup>f</sup> Jean-Yves ARTIGOU** assure que la sensibilité particulière entre médecine d'urgence et DES de médecine générale est prise en compte. Une réunion sera, sur ce point, prochainement organisée avec l'ensemble des coordonnateurs concernés.

### **III. Avis sur les conclusions de trois groupes stratégiques AP-HP de la DOMU**

#### **1. Urologie**

**Mme Stéphanie DECOOPMAN** rappelle que la lettre de mission comprenait les sujets de l'organisation et de la structuration de l'offre de soins, ainsi que des conditions du maintien de l'attractivité pour les médecins dans cette discipline.

L'activité d'urologie adulte de l'AP-HP représente :

- 10 % de l'activité chirurgicale de l'AP-HP ;
- 32 % de l'activité carcinologique d'Île-de-France et la 2<sup>e</sup> activité de chirurgie oncologique à l'AP-HP ;
- une activité de greffe réalisée par 6 des 8 services ;
- une discipline de pointe, mais aussi de proximité, portée par le vieillissement de la population avec un impact important des urgences.

L'activité est très concurrentielle sur certains segments, en particulier en chirurgie. Les trois concurrents majeurs sont Foch, Saint-Joseph et l'Institut mutualiste Montsouris (IMM) avec des niveaux d'activité comparables aux sites les plus importants de l'AP-HP.

Les capacités d'hospitalisation sont élevées et le potentiel ambulatoire est fort, mais hétérogène. L'offre est par ailleurs très concentrée sur le sud de Paris.

La démographie médicale en urologie progresse de 8 à 30 % par an, ce qui contraste avec celle des autres spécialistes chirurgicaux dont la progression des effectifs est de 1,1 % en Île-de-France. Les tailles d'équipe sont hétérogènes. L'urologie nécessite par ailleurs un plateau technique innovant. Si des investissements ont déjà été réalisés, certains équipements posent un problème d'investissement et/ou de coût (lithotripteur extra-corporel, laser de vaporisation, robot chirurgical...).

Les propositions du groupe sont les suivantes :

- la poursuite du développement de l'ambulatoire avec son impact sur la chirurgie conventionnelle, la cible variant selon les actes : il s'agit notamment de promouvoir les actes innovants en ambulatoire et de travailler sur l'opportunité de développer les hôpitaux de semaine ;
- accompagner le besoin d'innovation technologique nécessaire à ces services, en travaillant sur les possibilités de location à la plage ou de partages entre centres ;
- l'acquisition de robots supplémentaires, comme outil d'appui à la réorganisation soit au sein d'une unité robotique d'un GH, soit au sein de la discipline, avec un modèle de partage inter-GH à mettre en place. Le groupe a, sur ce point, travaillé sur la proposition d'un cahier des charges en liant la restructuration et la réorganisation ambulatoire ;
- mettre en œuvre des fédérations d'urologie au sein des territoires universitaires : il s'agit de promouvoir une vision hospitalo-universitaire de l'urologie, afin de partager les axes de recherche et développer les collaborations ainsi que les parcours patients ;
- renforcer le maillage territorial et rééquilibrer l'offre au nord de Paris : un travail spécifique devra être mené sur l'articulation hôpital nord 1 et 2. Il est proposé le maintien des huit services d'urologie existants pour répondre aux besoins de proximité ;

- moderniser l'image et améliorer la visibilité de l'urologie de l'AP-HP : il s'agit de mettre en valeur les réalisations et les travaux des urologues et de travailler notamment sur la gestion des rendez-vous.

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** explique qu'il reste un travail à mener sur l'analyse des équipements et sur les territoires universitaires et la mise en œuvre de fédérations.

**Le président** indique que le bureau de la CME a insisté sur le faible remplissage des lits dans cette spécialité (70 %) et s'interroge sur le nombre de lits qui seront fermés.

**Le P<sup>r</sup> François DESGRANDCHAMPS** rappelle que la spécialité de l'urologie a, ces dernières années, beaucoup bénéficié des progrès technologiques, avec un développement de l'ambulatoire, et estime que des hôpitaux de semaine doivent être mis en place.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** appelle à mettre en place des hôpitaux de semaine, mais signale qu'il convient au préalable de résoudre la problématique de l'hospitalisation le dimanche soir.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS**, s'interroge sur la bascule territoriale envisagée, actuellement très déséquilibrée en faveur du sud parisien, afin de mieux répartir les effectifs vers le nord de l'AP-HP.

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** estime, sur ce point, que le projet hospitalier doit, avant tout, fidéliser les équipes.

**Le P<sup>r</sup> Thierry CHINET** s'enquiert de la situation s'agissant de l'ouest francilien.

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** rappelle que la fermeture du service d'Ambroise-Paré il y a quelques années a généré une fuite de patients vers Foch. Il n'est pas proposé de réouverture, mais ce sujet a été intégré à la réflexion.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** recense 17 PUPH en urologie à l'AP-HP et s'interroge sur l'évolution ces cinq dernières années.

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** indique que les équipes sont globalement stables.

**Le P<sup>r</sup> Philippe GRENIER** déplore que la réduction des lits n'ait pas été véritablement abordée. Si la cible de 50% en chirurgie ambulatoire est pertinente, il s'interroge sur le délai prévu pour l'atteindre.

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** indique que cette évolution doit être menée avec les urologues. Les actes et activités doivent, pour cela, être analysés. Un travail doit ensuite être mené au sein de chaque GH.

**Le P<sup>r</sup> Yves COHEN** s'étonne que l'offre reste en intra-muros, alors que 9 millions de personnes vivent au-delà du périphérique.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** estime que la communication sur le site de l'AP-HP est défailante sur ce point comme sur beaucoup d'autres, et que la présentation de l'offre de soins doit être améliorée. Une fiche de présentation des huit services devrait être facilement accessible, or ce n'est pas le cas.

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** indique que les urologues ont travaillé sur ce sujet et ajoute que les consultations et les spécialités sont remplies par les médecins.

**Le P<sup>r</sup> Martin HOUSSET** juge le retard pris par l'AP-HP sur les traitements focaux du cancer de la prostate anormal. Il rappelle par ailleurs que les urologues constatent une forte hospitalisation des patients plus âgés.

**Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** estime important d'améliorer la coopération entre les services d'urologie. L'ouverture de postes partagés est, sur ce point, utile.

**Le P<sup>r</sup> Yves AIGRAIN** appelle au développement d'un centre d'urologie de l'adolescent et de l'adulte jeune en s'appuyant sur un travail pluridisciplinaire.

**Le président** demande qu'un chirurgien pédiatre participe au groupe de travail.

**M<sup>me</sup> Stéphanie DECOOPMAN** relève que Robert-Debré compte par exemple un PH à mi-temps avec l'hôpital Saint-Louis pour assurer la transition de la prise en charge, mais assure que les réflexions seront poursuivies.

**Le président** souhaite que la création de fédérations ne devienne pas un moyen d'éviter les restructurations. Le groupe doit poursuivre ses travaux et préciser ses propositions. Il reviendra présenter ses conclusions à la CME, qui les votera.

## **2. Orthopédie**

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** rappelle que l'activité orthopédique représente 22 % de l'activité chirurgicale de l'AP-HP et est répartie sur quasiment l'ensemble des hôpitaux. L'activité est duale, avec l'orthopédie et la traumatologie. S'agissant de l'orthopédie, les problématiques sont celles du recrutement et de la réputation. L'orthopédie est désormais divisée en de nombreux secteurs d'activité extrêmement concurrentiels. En traumatologie, le recrutement est « captif » et l'activité est beaucoup moins concurrentielle.

S'agissant de l'activité, l'hospitalisation classique (HC) est stable en faveur de la traumatologie, tandis que l'hospitalisation partielle (HP) augmente. La concurrence est forte avec les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) et l'activité prothétique est en diminution. Chacune des équipes est trop petite pour être compétitive à l'international dans les hyper-spécialités.

**M. Serge MOREL** relève d'importantes baisses d'activité, notamment en lien avec des départs de chirurgiens. Des départs à la retraite sont également anticipés, sans que des remplaçants ne soient, à ce stade, identifiés.

Plusieurs propositions ont ainsi été émises par le groupe de travail :

- organiser les flux de traumatologie pour protéger l'activité programmée ;
- labelliser pour une meilleure visibilité et améliorer l'adéquation entre objectifs médicaux et compétences ;
- regrouper les forces pour constituer des masses critiques, améliorer l'attractivité et réaliser des investissements ciblés.

L'évolution passe par un projet incluant :

- une organisation de flux différenciés ;
- une identification de thématiques par GH avec des porteurs identifiés à aider et à responsabiliser. Les propositions de la collégiale d'orthopédie sont, sur ce point, attendues fin octobre ;
- des complémentarités/regroupements d'équipes à définir au sein des périmètres universitaires ;
- une logique de quatre clusters (nord, sud, est, ouest) afin de développer les coopérations en s'étant au préalable renforcé.

Les propositions finales du groupe de travail devraient être rendues à la fin de l'année 2015.

**Le P<sup>f</sup> Gilles ORLIAGUET** se félicite que l'anesthésie-réanimation ait rejoint le groupe.

**Le P<sup>f</sup> Thierry CHINET** regrette que l'objectif semble être toujours d'affaiblir l'orthopédie de Raymond Poincaré. Si des départs ont malheureusement été constatés, l'activité reste plus importante que celle d'autres hôpitaux et un projet médical est en train d'être reconstruit.

**Le P<sup>f</sup> Thierry BÉGUÉ** rappelle que la collégiale n'a jamais pris position sur ce sujet et défend au contraire une adéquation de l'offre de sites opératoires aux besoins de l'activité. Néanmoins, certains regroupements paraissent pertinents afin de permettre à chaque sous-spécialité de s'exprimer.

**Le P<sup>f</sup> Bruno RIOU** remercie le groupe de travail d'avoir accepté qu'un doyen y participe, et note par ailleurs que le service de santé des armées (SSA) devrait être inclus à la réflexion, notamment sur le sujet de la formation des chirurgiens.

**Le D<sup>f</sup> Michel DRU** s'interroge sur les difficultés qu'engendre l'anesthésie en matière d'attractivité pour la chirurgie orthopédique.

**Le P<sup>f</sup> Thierry BÉGUÉ** explique que dès lors qu'un flux traumatologique n'est pas correctement identifié, l'activité programmée en pâtit, ce qui contribue à une perte d'attractivité.

Le SSA n'est pas écarté. Le groupe de travail intègre également le coordonnateur représentant les centres hospitaliers généraux de la région, qui rencontrent un important problème de remplacement des personnels.

**Le D<sup>f</sup> Olivier HENRY** indique avoir constaté par le passé que l'activité de traumatologie du col fémoral était fortement externalisée. Il note que l'expérience de la Pitié-Salpêtrière avec une collaboration entre gériatres et orthopédistes paraît très intéressante, mais ne fait pas l'unanimité.

**M. Serge MOREL** précise qu'il s'agit d'organiser l'activité pour prendre en charge le patient en moins de 48 heures. Il note que des expériences à l'AP-HP ont en commun une prise en charge gériatrique en amont et en aval.

**Le P<sup>f</sup> Yves COHEN** demande si le groupe a engagé une réflexion sur la labellisation des poly-traumatologies.

**Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** indique que le nombre de centres ou leur localisation ne sont pas arrêtés pour l'avenir. En revanche, le cahier des charges doit être respecté. L'orthopédie ne définit pas un centre de poly-traumatologie. À l'avenir, une question se posera par exemple pour l'hôpital Nord et une éventuelle reprise de la poly-traumatologie.

**Le P<sup>r</sup> Yves COHEN** indique que le service d'orthopédie n'était pas informé de l'appel d'offres, compte tenu des renouvellements de chefs de service qui se sont succédé.

**Le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON** demande si une réflexion a été menée sur la permanence des soins.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** confirme ce point. Les activités de poly-traumatologie doivent être distinguées des activités de traumatologie de proximité. Plusieurs équipes peuvent participer à des activités de permanence des soins. Il s'agit d'un problème de prise en charge opératoire nocturne, et non de débattre de la fermeture de sites de SAU.

**M. Serge MOREL** ajoute que l'intégration du SSA est importante, y compris en traumatologie.

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

**M<sup>me</sup> Martine ORIO** rappelle que les SSR ont été réformés en 2008, avec la fusion des soins de suite et de la rééducation fonctionnelle. Sept catégories de SRR ont été créées. Cette offre sanitaire, au carrefour du court séjour, du retour à domicile et du médico-social, est très concurrencée par le secteur privé du fait d'une tarification discriminante.

Le projet régional de santé 2015 annonce un virage ambulatoire par substitution à de l'hospitalisation complète (20 % en moyenne), avec un taux de change de 0,6. La réforme est applicable dans le cadre de la mise en œuvre du renouvellement des autorisations. Ce point est controversé. Si le besoin en hôpital de jour (HJ) est certain, la substitution peut devenir bloquante.

Enfin, une réforme de financement de la dotation annuelle de financement (DAF) des SSR, est attendue. Elle se base sur les coûts moyens nationaux de l'échelle nationale des coûts (ÉNC) 2014 et 2015 imposant un codage extrêmement complet pour l'exercice en cours. Sont prévues une introduction progressive sur plusieurs années du financement à l'activité, ainsi qu'une notion de coût structurel basée sur 16 plateaux techniques SSR (balnéothérapie, explorations fonctionnelles...). Cette réforme sera très encadrée dans ses impacts budgétaires par rapport à la situation existante.

Les indicateurs de l'ARS d'Île-de-France pris en compte sont les indicateurs territoriaux et capacitaires, les taux d'occupation (TO) et la durée moyenne de séjour (DMS), ainsi que la moyenne régionale sur la dépendance physique et psychique. La notion de file active aurait sans doute, sur ce point, été préférable.

Le virage ambulatoire des SSR vient après le virage ambulatoire de la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), qui a eu pour conséquence de transférer des patients instables en SSR spécialisés.

**M<sup>me</sup> Martine ORIO** rappelle que l'AP-HP dispose de 4 338 lits et 363 places de SSR, mais qui sont parfois inadaptés dans leurs spécialités (61% de SSR gériatriques) ou leur emplacement territorial



(déséquilibre nord-sud). Elle note que les SSR spécialisés, plus que les SSR gériatriques, ont développé des alternatives à l'hospitalisation.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ne s'appliquerait pas aux sites difficiles d'accès ou non-parisiens (2/3 environ de l'offre AP-HP).

Le groupe de travail a souhaité insister sur la notion d'impasse institutionnelle pour des personnes handicapées vieillissantes, des patients « bed blockers » et des patients frappés de précarité et de comorbidités.

Au sens du groupe de travail, la fermeture de lits sanitaires de SSR ne peut s'accompagner que :

- d'une recherche d'alternatives en hospitalisation à domicile (HAD)-SSR ;
- d'une compensation en termes de lits médico-sociaux (établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes [ÉHPAD], foyers d'accueil médicalisés [FAM]) ;
- d'un développement et/ou d'une transformation pour augmenter l'offre de SSR spécialisés ;
- d'un développement de la notion d'équipes mobiles permettant le retour à domicile.

La création d'unités de soins prolongés complexes (USPC) en aval de la MCO et des SSR permettrait de trouver des solutions à des situations de patients qualifiées de « bed blockers ».

Au plan organisationnel, sont préconisées :

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

**Le D<sup>r</sup> Olivier HENRY** note que l'avenir des SSR est sombre compte tenu de l'évolution de la tarification. D'ores et déjà, la DAF SSR diminue chaque année. Aucune réponse institutionnelle n'est obtenue sur le devenir des malades.

**Le président** explique que l'enjeu porte sur la fermeture de lits de SSR gériatriques pour les remplacer par des SSR spécialisés non gériatriques. Il nous est imposé par l'ARS qui estime que nous accueillons dans les lits de SSR des personnes âgées qui ne devraient pas y être.

En réponse au président qui lui demande si le groupe a achevé ses travaux, **M<sup>me</sup> Martine ORIO** indique que les chiffres méritent d'être affinés, mais souligne que les conclusions sont stabilisées.

**Le D<sup>r</sup> Brigitte SOUDRIE** estime que la tarification à l'activité en SSR neurologiques lourds n'est pas une menace, mais juge essentiel de préciser la typologie des patients concernés par l'ouverture de SSR spécialisés. Elle rappelle que les patients *bed blockers* en MCO sont principalement ceux qui cumulent handicaps neurologique et respiratoire : tétraplégiques ventilo-dépendants (blessés médullaires, neuromusculaires ou post-accidents vasculaires cérébraux [AVC] du tronc cérébral), des malades cérébrolésés graves (post-traumatique ou séquelles de neurochirurgie) ou d'autres atteints de maladies rares, notamment neurologiques. Elle espère que les conclusions du groupe de travail sur les unités de soins prolongés complexes, rendues cet été à l'ARS d'Île-de-France, seront prises en compte pour la création en Île-de-France d'unités dédiées.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** appelle à promouvoir les USPC pour les *bed blockers*. Il estime que le virage de l'ambulatoire demandé par l'ARS est une position idéologique, qui ne repose sur aucune évaluation des besoins. Les malades qui ont besoin d'une hospitalisation complète sont différents de ceux qui auront besoin d'une hospitalisation en HJ ; il n'y a, sur ce point, pas de substitution possible. Il rappelle qu'une réflexion doit également être menée sur la question des transports pour les personnes âgées. Au regard de l'explosion prévisible des patients âgés déments ou présentant des troubles de comportements, les structures sont insuffisantes, tant en SSR qu'en ÉHPAD et soins de longue durée (SLD). Une réponse doit également être apportée à la pénurie de rééducateurs. Il s'interroge enfin sur le nombre de résolutions de cas complexes permis par les cellules évoquées.

**M<sup>me</sup> Martine ORIO** indique que la cellule de cas complexes résout une dizaine de cas chaque mois. Elle reconnaît que le recrutement de masseurs-kinésithérapeutes et rééducateurs est extrêmement difficile. S'agissant du virage ambulatoire, une réflexion doit être menée pour mieux pouvoir se prononcer sur l'effet de substitution.

**Le D<sup>r</sup> Olivier HENRY** rappelle que le virage ambulatoire ne concerne que les lieux faciles d'accès, c'est-à-dire Paris intra-muros, ce qui n'est pas le cas des deux tiers des SSR de l'AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Julie PELTIER** s'interroge sur le cas des patients dialysés, qui n'ont pas accès à la plupart des structures de rééducation.

**M<sup>me</sup> Martine ORIO** rappelle que les plateaux de structures techniques actuellement valorisés ne comptent pas de plateau de dialyse et ajoute que ce sujet doit être remonté auprès du ministère.

**Le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE** estime que le soin de longue durée est dans une impasse dans sa forme actuelle. La réduction des SSR doit s'accompagner de moyens en parallèle, au regard des situations sociales extrêmement complexes actuellement rencontrées. L'HJ de SSR pourrait par exemple être développé. S'agissant des patients *bed blockers*, un engagement institutionnel est nécessaire pour mettre en place des structures adéquates et les effectifs en professionnels de santé adaptés.

**Le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX** relève que les patients âgés nécessitent souvent des soins spécialisés (vasculaires...), ce qui pose question sur l'organisation des services. Elle remarque par ailleurs que les services d'aval des hôpitaux Nord sont grevés par de longues DMS, compte tenu d'un nombre insuffisant de places en SSR.

**Le D<sup>r</sup> Olivier HENRY** note qu'une diminution du nombre de lits de SSR est, à son sens, acceptable, à condition que le nombre de lits d'ÉHPAD augmente dans les mêmes proportions.

*La CME émet un avis défavorable sur les conclusions du groupe de travail par 16 voix pour, 18 contre et 13 abstentions.*

#### **IV. Enquête « un jour donné » sur l'organisation du temps de travail dans les blocs opératoires à l'AP-HP**

**M<sup>me</sup> Françoise ZANTMAN** rappelle que cette enquête a été reconduite après une première enquête au mois de mai. L'objectif était d'identifier les causes à l'origine des écarts mesurés. La deuxième enquête a été menée le 15 septembre. La grille d'observation portait sur cinq axes :

- typologie, structure et organisation générale des soins ;

- heure théorique d'intervention du premier patient inscrit au programme opératoire ;
- heure d'arrivée des professionnels ;
- heures réelles des phases du process de prise en charge du patient au bloc opératoire ;
- motifs de retard.

Ont été ciblées les salles d'opération de la chirurgie programmée (hors urgences et transplantations) et la première intervention. Tous les GH et hôpitaux chirurgicaux ont participé à l'enquête. 225 questionnaires ont été exploités. 73 % des interventions concernent la chirurgie conventionnelle ; 24 % la chirurgie ambulatoire. Dans 112 cas, il y avait un anesthésiste pour deux salles. 51 % des interventions ont été assurées par une équipe interne du brancardage du bloc, 16 % dans le cadre d'un brancardage centralisé, et 31 % dans le cadre d'un brancardage centralisé, mais avec du personnel dédié aux blocs.

**M. Étienne GRASS** explique que la méthodologie a fait l'objet d'un travail en groupe restreint et d'un échange avec les présidents de conseils de bloc.

Les chiffres médians ne font pas apparaître de résultats anormaux, notamment par rapport à l'enquête précédente. Dans un grand nombre de salles, l'IBODE arrive plus de 30 minutes avant l'heure d'ouverture de la salle.

S'agissant du temps entre l'heure d'intervention inscrite sur le programme opératoire et l'entrée du patient en salle, les chiffres ne sont pas homogènes, compte tenu des différences de méthodologie entre GH, notamment sur l'utilisation du logiciel IPOP (informatisation du programme opératoire). M. Étienne GRASS note que les délais sont plus importants au sein des blocs mono-disciplinaires et des bâtiments pavillonnaires. Le brancardage centralisé ne fait pas apparaître de réduction particulière des délais. Un détail a été fourni par groupe hospitalier et par spécialité.

Le temps entre l'entrée du patient en salle et la prise en charge par l'équipe d'anesthésie est satisfaisant. Le cas de l'ORL ressort toutefois. Le temps entre l'installation du patient et l'incision est également positif, même s'il est supérieur à 15 minutes dans 68 blocs.

S'agissant des causes des retards, 129 réponses ont été recueillies. Le brancardage est rarement mis en avant. Les causes professionnelles apparaissent prédominantes (petits retards qui s'accumulent...). Les retards des patients sont peu fréquents, mais peuvent entraîner un allongement important des délais.

**Le P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN** note que le temps d'entrée du premier malade en salle est essentiel. De la même façon, le temps entre deux patients doit être contenu au fil de la journée. Il rappelle par ailleurs que le temps d'installation est différent entre spécialités. La séniorité de l'anesthésiste doit également être prise en compte. *In fine*, un conseil de bloc bien tenu peut s'avérer très utile pour dégager les axes d'amélioration.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** rappelle que certaines chirurgies nécessitent une plus grande technicité et indique que ce temps doit être pris en compte. La gestion des flux doit par ailleurs être améliorée lors du brancardage. Si les résultats sont globalement satisfaisants, des progrès restent nécessaires.

**Le P<sup>r</sup> Gilles ORLIAGUET** relève que ces moyennes recouvrent des situations très différentes par GH et par spécialité. Le plus souvent, la technicité est inhérente à l'acte et ne doit pas être considérée comme un retard.

**M. Étienne GRASS** indique que les résultats détaillés par bloc ont été fournis aux directeurs des GH. S'agissant des décalages constatés, des pilotes ou des études plus fines sont possibles, notamment pour examiner s'il y a un lien entre des retards à l'ouverture et en fin de journée. Le sujet de la prise en main d'IPOP a été identifié au sein des conseils de bloc.

**Le P<sup>r</sup> René ADAM** demande si les délais ont pu être affinés par rapport à la lourdeur de l'intervention.

**M. Étienne GRASS** indique qu'une explication a généralement été recherchée localement pour les écarts les plus importants.

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** demande si les retards relevés correspondent à des blocs opératoires où un anesthésiste travaille sur deux salles.

**M. Étienne GRASS** précise qu'aucune distinction n'a été opérée sur ce point dans les résultats.

**Le président** souhaite savoir quelles suites seront données à cette enquête.

**Le directeur général** explique que ces résultats sont communiqués à chaque GH afin qu'ils puissent conduire une analyse et remédier à ces retards. Ces enquêtes seront à l'avenir renouvelées. La méthodologie sera également déployée au sein d'autres services.

## **V. Entrepôt informatique de données en vue de la recherche à l'AP-HP**

**Le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH** rappelle que la création d'un système d'accès aux données du système d'information clinique est motivée par plusieurs constats. L'AP-HP représente environ 10 % de l'hospitalisation nationale et collecte un nombre très important de données. Leur utilisation peut contribuer à la recherche médicale, à la veille sanitaire et à l'amélioration du pilotage opérationnel et médico-économique de l'institution.

Les données seront standardisées et sécurisées avant d'être entreposées. Dès lors, elles seront traitées par le logiciel I2B2 développé à Boston. Elles pourront alors être utilisées de manière monocentrique au niveau de l'unité de soins, ou polycentrique en vue d'études épidémiologiques ou d'études cliniques prospectives.

Les données collectées comprennent le dossier médical, le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) et les résultats de biologie, mais également des données structurées, des données d'imagerie ou même des données non structurées telles que des comptes rendus. Les informations générées peuvent être exportées dans un fichier *Excel*.

Le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH indique qu'un pilote a été lancé à Ambroise-Paré et ajoute que le déploiement devrait être rapide au sein des différents GH. L'objectif sera de dynamiser l'utilisation monocentrique et de réunir les conditions pour pouvoir lancer l'utilisation multicentrique des entrepôts de données en 2016 en clarifiant les types de traitements générés, en définissant les règles de fonctionnement et les modalités d'accès et en obtenant les autorisations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). L'infrastructure des systèmes d'information (SI) devra être adaptée et les données devront être agrégées par la direction des systèmes d'information (DSI), tandis que la CME sera chargée de définir un code de conduite. Il s'agira notamment, pour les professionnels de santé, de connaître la cohorte considérée, de réaliser une étude rétrospective

sur l'ensemble des données de l'AP-HP ou encore d'aider au recrutement dans le cadre des essais cliniques.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** s'interroge sur le propriétaire de ces données.

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** répond que l'AP-HP en est propriétaire, au même titre que le patient, tout en précisant que se pose la question de l'accès aux données des patients d'autres services.

**Le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH** note que les autorisations de la CNIL doivent encore être obtenues. Il conviendra ensuite de s'interroger sur la mise en place d'un système d'autorisation, d'un système déclaratif public ou d'un contrôle *a posteriori*. Un choix devra être opéré.

**Le président** estime que les réflexions doivent être engagées rapidement. Un code de conduite paraît en effet nécessaire.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** s'interroge sur la fiabilité des données analysées.

**Le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH** répond qu'elle est importante. En revanche se pose la question de leur pertinence. Il ajoute que les clés de tri sont extrêmement nombreuses.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Philippe WOLF** regrette qu'un logiciel moins cher mais peu efficace ait été retenu dans le domaine, spécifique, de l'assistance médicale à la procréation des couples. La perte financière en temps de travail passé à corriger les insuffisances notoires du logiciel sont abyssales. De plus les données ne sont pas accessibles de manière fiable. Il serait bien que ce soit les professionnels qui utilisent les logiciels qui les choisissent. Car tout cela était malheureusement prévisible !

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** indique que ce sujet pourra être approfondi hors séance. Un important travail de fiabilisation doit, en tout état de cause, être réalisé en amont de l'intégration dans l'entrepôt.

**Le P<sup>r</sup> Gérard REACH** demande si les patients seront sollicités pour accepter que leurs données soient utilisées à des fins de recherche.

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** explique, sur ce point, qu'il s'agit plutôt d'informer le patient qu'il peut s'opposer à une utilisation de ses données, plutôt que de prévoir une autorisation explicite.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude DUSSAULE** s'interroge sur les expériences européennes en ce domaine et demande si une formation a été organisée au sein des sites pilotes.

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** indique qu'une présentation est effectuée au sein de l'ensemble des GH, en CMEL. En Europe, les anglais sont particulièrement en avance, le NHS disposant d'une base nationale publique. Les problématiques sont, en tout état de cause, identiques dans les pays voisins. Un travail collaboratif est par ailleurs mené avec plusieurs équipes américaines sur I2B2.

**Le président** charge le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH de mettre en place un comité *ad hoc* de la CME pour définir les règles scientifiques et éthiques de validation des requêtes multicentriques et d'emploi des données.

## VI. Plan pour le bon usage des antibiotiques à l'AP-HP

Le P<sup>r</sup> Daniel VITTECOQ indique que ce plan s'inscrit dans le contexte national et international d'évolution de la résistance aux antibiotiques. À l'AP-HP l'incidence des entérobactéries sécrétrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE) a été multipliée par 10 en 15 ans.

Plusieurs messages clés s'inscrivant dans le cadre du plan national sont intégrés dans le plan : ne prescrire un antibiotique que si nécessaire, réévaluer toute prescription au 3<sup>e</sup> jour, raccourcir la durée des traitements antibiotiques et prévenir les infections (vacciner, promouvoir la friction hydroalcoolique des mains). La mise en application de ces recommandations justifie un engagement fort de chaque prescripteur qu'il paraît d'inscrire dans une charte symbolique.

Pour aider à la diminution de la consommation d'antibiotique, ce qui est l'objectif du plan, le comité de pilotage propose des recommandations de durées courtes de traitement (infections pulmonaires, urinaires, cutanées...). Ces recommandations ont été établies par la commission des anti-infectieux (COMAI), le groupe des référents et validées par les collégiales. Un diaporama sera diffusé auprès des équipes pour aider à la pédagogie. Concernant les nouveaux antibiotiques, la communication des laboratoires pharmaceutiques doit s'inscrire dans une démarche collective en présence des référents antibiotiques et ne plus consister en une visite médicale individuelle.

Le comité de pilotage du plan recommande de s'appuyer sur les référents qui doivent bénéficier d'un temps consacré à cette mission, chaque site disposant d'un référent dont les « missions » doivent être formalisées :

- avis sur des situations complexes en matière d'aide à la prescription ;
- validation des prescriptions des antibiotiques « ressource » et des antibiotiques prescrits plus de 7 jours ;
- participation aux enquêtes nationales, AP-HP ou initiées localement ;
- participation active au suivi des consommations et retour d'information sur ces consommations vers les pôles et les services;
- enseignement.

Le référent agit en étroite collaboration avec la COMAI du site et du GH les pharmaciens et les microbiologistes. L'activité du référent devra être facilitée, notamment grâce au système d'information qui doit alerter sur les durées de traitement. Le dossier ORBIS doit aider au meilleur usage des antibiotiques et être un outil qui facilite le travail des référents antibiotique.

Les pôles devront également être impliqués.

En conclusion, le plan institutionnel est ambitieux en accord avec le contexte national et international. L'objectif est de limiter l'utilisation des antibiotiques au strict nécessaire. Cette démarche nécessite l'engagement actif de chaque prescripteur. Le P<sup>r</sup> Daniel VITTECOQ déplore qu'une augmentation de 2% de la consommation d'antibiotiques ait été enregistrée au 1<sup>er</sup> semestre 2015 ; cette augmentation justifie pleinement le plan. Il note toutefois qu'un GH a vu sa consommation fortement diminuer grâce à une politique volontariste; c'est la preuve qu'une volonté politique peut rapidement permettre de progresser.

Le D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER explique que l'objectif est de sensibiliser chaque prescripteur. Il est prévu d'envoyer un courrier reprenant les recommandations de durées courtes de traitement et de

proposer une charte d'engagement au plan Antibiotiques de l'AP-HP. Si chacun respectait les principes énoncés, les consommations pourraient diminuer de 30%. La direction du SI pourra également contribuer à cette démarche en mettant en place une alerte pour inciter les prescripteurs à réévaluer toute prescription au 3<sup>e</sup> jour et à arrêter les antibiotiques au 7<sup>e</sup> jour. Le plan doit pouvoir enfin parallèlement s'appuyer sur les référents antibiotiques, les pharmaciens et les microbiologistes. Une communication est également prévue vers les patients et leurs familles pour les sensibiliser à la nécessité d'épargner les antibiotiques pour préserver leur efficacité.

**Le président** assure de son soutien à la démarche engagée.

**Le directeur général** souligne que la direction générale est également mobilisée. Il tient à insister sur le fait que la visite médicale doit désormais être organisée par le référent antibiotique et en sa présence.

**Le président** note qu'un microbiologiste qui dirige l'Institut hospitalo-universitaire (IHU) *Méditerranée Infection* de Marseille, s'est récemment élevé contre l'idée d'une surconsommation d'antibiotiques.

**Le P<sup>f</sup> Daniel VITTECOQ** répond qu'il est difficile d'analyser l'impact sur la mortalité des patients porteurs ou infectés par une bactérie hautement résistante aux antibiotiques émergente (BHRe), car les patients touchés sont généralement atteints de multiples pathologies. Affirmer que le patient est décédé d'un cancer évolué ou d'une ultime infection est un exercice complexe à l'échelon individuel.

**M. Guy BENOÎT** considère que la seule voie de progression est le développement de la pharmacie clinique au sein des services.

**Le président** note que l'institution s'est dotée de référents antibiotiques.

**Le D<sup>f</sup> Sophie CROZIER** note que le dépistage n'est pas toujours systématique et ajoute que les chambres doubles peuvent également poser problème.

**Le P<sup>f</sup> Daniel VITTECOQ** reconnaît que la résistance des bactéries aux antibiotiques n'est pas liée qu'à l'excès d'usage mais qu'elle est aussi étroitement liée à l'hygiène.

**Le D<sup>f</sup> Christophe TRIVALLE** relève qu'en gériatrie, la problématique principale est celle des examens cyto-bactériologiques des urines (ECBU). En matière orthopédique, il n'est par exemple pas nécessaire d'effectuer un ECBU pour mettre en place une prothèse articulaire.

**Le P<sup>f</sup> Daniel VITTECOQ** rappelle que le plan n'est pas figé. Des recommandations sont prévues sur le bon usage de certaines familles d'antibiotiques ou de certains examens microbiologiques.

**Le P<sup>f</sup> Yves COHEN** précise qu'au sein de son GH, une information a été diffusée en CMEL et auprès des chefs de service. Des formations sont également proposées aux internes. Les référents sensibilisent les différents acteurs. Il estime ainsi que l'objectif de baisse des antibiotiques doit être intégrée au contrat de pôle, avec une valorisation adaptée. Des actions fortes doivent par ailleurs être menées auprès des internes. Il déplore par ailleurs que seuls 9% du personnel paramédical de l'AP-HP soient vaccinés contre la grippe.

**Le P<sup>r</sup> Daniel VITTECOQ** note que le site d'Avicenne a vu sa consommation diminuer, grâce à une action volontariste du président de CMEL.

**Le P<sup>r</sup> Yves COHEN** remercie le P<sup>r</sup> Daniel VITTECOQ, tout en insistant sur l'énergie déployée au quotidien pour atteindre ces résultats.

**Le P<sup>r</sup> Daniel VITTECOQ** se propose avec les services de l'AGEPS d'établir un diagnostic pour chaque GH de la consommation d'antibiotiques et de proposer des pistes d'action à chaque président de CMEL, et diffusion aux responsables de COMAI locales, aux référents et aux pharmaciens.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** estime que ce sujet peut faire partie d'un contrat de pôle et même être intégré aux critères d'intéressement.

**Le président** rappelle que ce sont les chefs de service qui peuvent sur le terrain faire diminuer la consommation d'antibiotiques. Il assure de l'engagement du directeur général et du président de la CME pour la réussite du plan pour le bon usage des antibiotiques.

## **VII. Avis sur le bilan social 2014 de l'AP-HP**

**M. Gérard COTELLON** indique, s'agissant du personnel non médical, que la répartition de l'effectif en équivalents temps plein rémunérés (ÉTP) est conforme à celle des CHU, avec une majorité de personnels soignants, dont 75% de personnel féminin.

L'effectif continue à augmenter, mais l'évolution est maîtrisée (+ 0,63 % sur trois ans). Une baisse des stagiaires est constatée, compte tenu de titularisations.

La majorité des agents à temps partiel sont à 80 %. La pyramide des âges est satisfaisante, les femmes étant toutefois en moyenne plus jeunes que les hommes.

En matière d'absentéisme, l'AP-HP se situe au 8<sup>e</sup> rang des CHU, avec un absentéisme de 7,1 % pour une moyenne nationale de 7,66 %. En jours d'absence, l'AP-HP ressort à la 2<sup>e</sup> position, avec 22,2 jours pour une moyenne nationale de 27 jours (10,7 jours pour maladie ordinaire pour une moyenne nationale de 13,3 jours).

Concernant les comptes épargne-temps (CÉT), la monétisation ne fonctionne pas. Ce sujet a été abordé avec le cabinet de la ministre de la Fonction publique, afin de permettre une meilleure valorisation, notamment pour les personnels de catégorie C.

S'agissant des promotions, l'accent est mis sur les métiers en tension. Un travail devra être mené sur les kinésithérapeutes.

3,45 % de la masse salariale est consacrée au titre du plan de formation. L'accès à la formation hors promotion professionnelle doit toutefois être développé.

S'agissant du personnel médical, **M<sup>me</sup> Gwenn PICHON-NAUDÉ** recense 23 552 praticiens, soit une augmentation de 5,8% par rapport à l'année précédente, portée essentiellement par les juniors. Concernant les effectifs seniors, l'évolution est de 1,4% pour les HU, portée par les MCU-PH et les PHU, CCA et AHU, et de 0,9 % pour les PH, portée par les PH temps plein. Le nombre de



praticiens attachés est en baisse de 3,5 %. Au total, l'effectif senior diminue de 0,3 % en personnes physiques, mais progresse de 0,7 % en ÉTPR moyens.

Par statut, en effectifs physiques, les praticiens attachés sont majoritaires, suivis des HU et des PH temps pleins. Les praticiens attachés travaillent en moyenne 4 demi-journées hebdomadaires. Le détail par discipline n'a pas pu être calculé.

L'âge moyen des praticiens seniors est de 47 ans, ce qui est stable. Hormis chez les HU titulaires, les femmes sont majoritaires.

Les dépenses de personnel médical ont augmenté de 2,8 % par rapport à 2013 et de 6,9 % depuis 2012.

Quant aux CET, 30 155 journées ont été monétisées pour un montant de 9 M€. Le nombre de jours stockés ressort à 215 071.

**Le D<sup>f</sup> Anne GERVAIS** souhaiterait obtenir des précisions sur les raisons des départs, comme cela est demandé chaque année depuis 4 ans. Elle note par ailleurs que les arrêts maternité restent importants.

Les effectifs soignants sont en augmentation de 0,7 % par rapport à 2012, alors que l'activité est croissante. Si de nouveaux métiers apparaissent, notamment au sein des services administratifs, dont les effectifs sont en croissance de 66 %, le personnel soignant de rangs A+B augmente, lui, de moins de 3 % entre 2007 et 2014. Elle estime que davantage de ressources devraient être dédiées au lit du malade. De nouveaux métiers apparaissent, du personnel a été consacré à la qualité, à la coordination, à des missions transversales, cela a bien sur un intérêt, mais le sentiment général semble donc se baser sur une réalité objective : il y a moins de soignants au lit du malade alors même que l'activité croît. Si elle ne peut s'exprimer contre un bilan social, qui ne fait que retracer un état de fait, la situation est pour le moins difficile sur le terrain pour les personnels.

**M<sup>me</sup> Gwenn PICHON-NAUDÉ** précise que le bilan social, qui est un document réglementaire, n'intègre pas de point sur les motifs de départ. S'agissant des arrêts maternité, les détails apportés sont moins importants pour le personnel médical, compte tenu du logiciel utilisé.

**M. Gérard COTELLON** rappelle que les services administratifs comptent des agents qui exercent une activité de recherche.

**Le directeur général** se félicite de l'augmentation de la productivité de l'AP-HP. Dans le cadre des négociations sur l'organisation et le temps de travail, l'objectif sera de stabiliser les effectifs au lit du malade et d'augmenter la part du personnel statutaire.

**Le D<sup>f</sup> Patrick DASSIER** rappelle que les rémunérations de praticiens hospitaliers sont atones depuis 2010. Le temps de travail additionnel n'est pas toujours reconnu, car certains tableaux de service ne sont pas remplis de manière satisfaisante. La notion de demi-journée reste par ailleurs imprécise. Il note également que le niveau de formation médicale continue est particulièrement bas. Il n'y a pas de droit syndical ni de soutien logistique, puisque les salles de réunion doivent être louées. S'agissant des départs à la retraite, il ne faut pas se contenter d'une hypothèse d'un départ à 65 ans. Compte tenu de la pénibilité de la profession, certains médecins partiront plus tôt.

**Le D<sup>r</sup> Isabelle NÈGRE** demande s'il est habituel de compter un administratif pour cinq soignants et s'étonne que l'AP-HP compte davantage d'administratifs que de médecins à temps plein. Le CET généré par les personnels administratifs est par ailleurs plus important que celui des soignants.

**M. Gérard COTELLON** indique que la situation de l'AP-HP est comparable à celle des autres CHU sur ces indicateurs, précisant que les modalités de prise des jours sont différentes entre personnels administratifs et personnels soignants.

**Le président** rappelle que le personnel administratif comprend les secrétaires médicales, dont l'aide est particulièrement importante dans les services.

**M. Guy BENOÎT** note, depuis 2012, que l'écart s'aggrave entre la prévision et la réalisation s'agissant du personnel médical, avec 82 postes de moins que prévu cette année.

**M<sup>me</sup> Caroline RAQUIN** s'étonne de l'augmentation des contractuels à durée indéterminée (CDI).

**M<sup>me</sup> Léopoldine ROBITAILLE** explique que l'augmentation du nombre de CDI fait suite à loi du 12 mars 2012, qui prévoit pour l'employeur une obligation de mettre sous CDI au-delà d'une certaine ancienneté.

*Le CME émet un avis favorable sur le bilan social 2014 de l'AP-HP par 22 voix pour et 11 abstentions.*

## **VIII. Questions diverses**

*Voir page 8.*

## **IX. Approbation des comptes rendus des réunions des 9 juin et 7 juillet 2015**

*Les comptes rendus des réunions des 9 juin et 7 juillet 2015 sont approuvés à l'unanimité.*

La séance est levée à 12 heures 55.

\*                    \*  
\*  
\*  
\*

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

**mardi 10 novembre 2015 à 8 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**mercredi 28 octobre 2015 à 16 heures 30**