

# **COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

## **COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 10 SEPTEMBRE 2019**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 2019**

## SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Analyse des activités d'orthopédie	13
III.	Information sur les élections 2019 pour le renouvellement de la CME, des CMEL et des CCM	18
IV.	Projet de décret relatif à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris	18
V.	Bilan social 2018	20
VI.	Bactériémies dans les hôpitaux de l'AP-HP	25
VII.	Point sur les coopérations avec la médecine de ville et le projet « médecins partenaires »	26
VIII.	Questions diverses	27

## COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT DE L'AP-HP

### RÉUNION DU MARDI 10 SEPTEMBRE 2019

16h30 à 20h00, salle des instances, 3 avenue Victoria, Paris 4<sup>e</sup>

#### SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN)
2. Information sur les élections 2019 pour le renouvellement de la CME, des CMEL et des CCM (M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT)
3. Projet de décret relatif à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (M. Jérôme MARCHAND-ARVIER) – exposé de 5 minutes
4. Bilan social 2018 (M. Sylvain DUCROZ, M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT) – exposé de 10 minutes
5. Analyse des activités d'orthopédie (P<sup>r</sup> Véronique ROGER, D<sup>r</sup> Mélodie BERNAUX, M. François CRÉMIEUX) – exposé de 10 minutes
6. Bactériémies dans les hôpitaux de l'AP-HP (P<sup>r</sup> Vincent JARLIER) – exposé de 5 minutes
7. Point sur les coopérations avec la médecine de ville et le projet « médecins partenaires » (D<sup>r</sup> Sophie DE CHAMBINE, M<sup>me</sup> Pascaline VILLIÉ) – exposé de 5 minutes
8. Approbation du compte rendu de la CME du 9 juillet 2019
9. Questions diverses

## **Assistent à la séance**

### ***avec voix délibérative :***

P <sup>r</sup> Thomas	APARICIO	P <sup>r</sup> François	GOFFINET
P <sup>r</sup> Jean-Yves	ARTIGOU	P <sup>r</sup> Bernard	GRANGER
P <sup>r</sup> Sadek	BELOUCIF	M <sup>me</sup> Sophie	GUILLAUME
D <sup>r</sup> Guy	BENOÎT	D <sup>r</sup> Christian	GUY-COICHARD
P <sup>r</sup> Catherine	BOILEAU	P <sup>r</sup> Dominique	ISRAËL-BIET
D <sup>r</sup> Clara	BOUCHÉ	D <sup>r</sup> Mariane	LERUEZ-VILLE
P <sup>r</sup> Jean-Claude	CAREL	P <sup>r</sup> Rachel	LÉVY
P <sup>r</sup> Alain	CARIOU	P <sup>r</sup> Emmanuel	MARTINOD
P <sup>r</sup> Pierre	CARLI	D <sup>r</sup> Isabelle	NÈGRE
P <sup>r</sup> Stanislas	CHAUSSADE	P <sup>r</sup> Rémy	NIZARD
P <sup>r</sup> Olivier	CLÉMENT	D <sup>r</sup> Patrick	PELLOUX
P <sup>r</sup> Yves	COHEN	P <sup>r</sup> Michel	PEUCHMAUR
P <sup>r</sup> Bruno	CRESTANI	M. Rémi	PIERAGOSTINI
D <sup>r</sup> Sophie	CROZIER	P <sup>r</sup> Christian	RICHARD
D <sup>r</sup> Nathalie	DE CASTRO	D <sup>r</sup> Frédéric	RILLIARD
P <sup>r</sup> Nicolas	DUPIN	P <sup>r</sup> Rémi	SALOMON
D <sup>r</sup> Alain	FAYE	D <sup>r</sup> Georges	SEBBANE
P <sup>r</sup> Nelly	FRYDMANN-ACHOUR	P <sup>r</sup> Laurent	TEILLET
P <sup>r</sup> Noël	GARABÉDIAN	P <sup>r</sup> Éric	THERVET
P <sup>r</sup> Pascale	GAUSSEM	P <sup>r</sup> Nicolas	THIOUNN
D <sup>r</sup> Anne	GERVAIS	D <sup>r</sup> Christophe	TRIVALLE
		D <sup>r</sup> Noël	ZAHR

### ***avec voix consultative :***

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

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

- D<sup>r</sup> Lynda Bensefa-Colas, médecin coordonnateur du service central de santé au travail de l'AP-HP
- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Diderot

### ***les représentants de l'Administration :***

- M. Patrick CHANSON, direction de la communication
- M. François CRÉMIEUX, directeur général adjoint
- M. Sylvain DUCROZ, directeur des ressources humaines

- M. Marc DUPONT, direction des affaires juridiques (DAJ)
- M. Vincent HIRSCH, directeur adjoint de cabinet du directeur général
- M. Pierre-Emmanuel LECERF, directeur général adjoint
- M. Jérôme MARCHAND-Arvier, directeur général adjoint
- Mme Isabelle MOUNIER-ÉMEURY, direction des patients, des usagers et des associations (DPUA)
- Mme Hélène OPPETIT et M. Olivier TRÉTON, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- Mme Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général
- Mme Florence VÉBER, déléguée aux relations internationales (DRI)

***Secrétariat de la CME :***

- M<sup>me</sup> Sandra ROSAS (DOMU)

***Membres excusés :***

- D<sup>rs</sup> Anne-Reine BUISINE, Patrick DASSIER, Lucile MUSSET, Antoine PELHUCHE, Valérie PÉRUT, P<sup>rs</sup> Jacques DURANTEAU, Marysette FOLLIGUET, Bertrand Godeau, Jean-Michel PAWLITSKY, Louis PUYBASSET, Jean-Damien RICARD. M<sup>me</sup> Caroline RAQUIN, M. Loïc MORVAN

*La séance est ouverte à 16 heures 35, sous la présidence du P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN.*

## **I. Informations du président de la CME**

La CME rend hommage :

- à l'aide-soignante décédée dans l'incendie du bâtiment de logements de l'hôpital Henri-Mondor le 21 août ;
- au D<sup>r</sup> Mahmoud KAHIL, urgentiste à l'hôpital Robert-Debré, décédé par homicide le 31 août.

*La CME observe une minute de silence en leur mémoire.*

### **Mouvements à la CME**

**Le président** rappelle que la dernière séance de la CME se tiendra le 3 décembre 2019. Les candidatures pour le renouvellement de la CME et des CME locales (CMEL) doivent être déposées avant le 24 septembre ; les élections se dérouleront en octobre et novembre. Les noms des futurs élus seront connus fin novembre.

**Le président** accueille :

- le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE, gériatre à l'hôpital René-Muret, qui assure l'intérim de la présidence de la CMEL du groupe hospitalier (GH) Paris-Seine-Saint-Denis jusqu'aux prochaines élections, après la démission du P<sup>r</sup> Yves COHEN ;
- trois nouveaux membres du collège des hospitalo-universitaires titulaires en remplacement de leurs collègues devenus directeurs médicaux de département médico-universitaire (DMU) :
  - le P<sup>r</sup> Nicolas DUPIN, dermatologue dans le service du P<sup>r</sup> Selim Marcel ARACTINGI à l'hôpital Cochin, qui remplace le P<sup>r</sup> Olivier BENVENISTE ;
  - le P<sup>r</sup> Emmanuel MARTINOD, chirurgien thoracique et cardiovasculaire, spécialiste de la trachée, à l'hôpital Avicenne, qui remplace le P<sup>r</sup> René ADAM, le siège du P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ restant vacant faute de suppléant ;
  - le P<sup>r</sup> Éric VICAUT (absent), de l'unité de recherche clinique (URC) de Lariboisière, qui remplace le P<sup>r</sup> Dominique PRIÉ ;
- les 10 représentants des directeurs médicaux de département médico-universitaire (DMU) élus le 4 septembre pour remplacer les chefs de pôle jusqu'à la fin de la mandature : les P<sup>rs</sup> René ADAM, Thomas APARICIO, Alain CARIOU, Olivier CLÉMENT, Yves COHEN, Rachel LÉVY, Jean-Michel PAWLOTSKY (absent), Louis PUYBASSET (absent), Jean-Damien RICARD (absent) et Laurent TEILLET.

Le P<sup>r</sup> Olivier HÉLÉNON succède au P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ à la présidence de la sous-commission « Temps et effectifs médicaux » (CTEM). Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE continue d'en assurer la vice-présidence. La CTEM a encore un important travail à faire avant la fin de la mandature puisqu'elle va examiner la révision des effectifs 2020 de praticiens hospitaliers (PH).

## ***Révision des effectifs de praticiens hospitaliers***

**Le président** rappelle la procédure prévue pour cette année. Il s'agit d'une procédure allégée, les groupes hospitaliers disposant depuis plusieurs années d'une importante autonomie pour la révision des effectifs et les réunions centrales étant consacrées à l'examen des difficultés pouvant exister, notamment dans les disciplines en tension.

Une réunion de la CTEM élargie au président et à la vice-présidente de la CME est prévue le 14 octobre à 15 heures à l'hôpital Necker. La DOMU y présentera la synthèse globale des demandes des GH et l'analyse médicalisée des propositions de recrutements au regard des projets médicaux. Elle sera suivie de deux réunions du groupe restreint de la CME les 4 novembre pour Paris-Centre, Paris-Nord et Paris-Seine-Saint-Denis, et 26 novembre pour Sorbonne-Université, Henri-Mondor et Paris-Saclay. La CTEM devra se réunir entre le 26 novembre et le 3 décembre pour préparer la CME du 3 décembre qui donnera son avis sur la révision des effectifs. La liste des demandes sera ensuite transmise par le directeur général à l'agence régionale de santé (ARS).

## ***Urgences***

Le président invite le P<sup>r</sup> Bruno Riou à rendre compte de la réunion sur le plan urgences qui s'est tenue la veille au ministère.

**Le P<sup>r</sup> Bruno Riou** félicite avec ironie le ministère de la Santé pour son opération de communication. Le même genre de communication avait été adopté pour la suppression du *numerus clausus*. Les Français en ont compris qu'ils disposeraient de davantage de médecins dans les déserts médicaux et qu'il serait plus aisé d'accomplir des études de médecine, mais ce ne sera ni l'un ni l'autre. Cela étant, les mouvements de grève dans les urgences n'ont guère été réceptifs à ces grands déploiements de communication.

La mesure annoncée consiste en fait à recréer le SAMU-centre 15, à ce détail près que le nouveau service semble devoir être confié à la médecine générale et libérale. Ses représentants ont d'ailleurs exprimé leur contentement face à la ministre de la Santé. Dans leur enthousiasme, ils ont même proposé de supprimer les SMUR dans les grandes villes, ce qui traduit une totale méconnaissance de la réalité !

La question est de savoir si 340 M€ sur 750 M€ seront véritablement consacrés à ce dispositif. Le service d'accès aux soins (SAS) n'est pas encore défini. Son principe a probablement été décidé pendant le week-end voire durant les heures qui ont précédé la conférence de presse. Les deux missionnaires, le P<sup>r</sup> Pierre CARLI et M. Thomas MESNIER, ne semblaient pas être informés des annonces à venir. Ce nouveau SAS ressemble au travail qu'opèrent au quotidien les SAMU-centres 15 avec les médecins généralistes. Ils ne se contentent pas d'envoyer les patients vers les urgences, mais délivrent des conseils et donnent des téléconsultations depuis très longtemps.

**Le P<sup>r</sup> Bruno Riou** estime que les médecins généralistes n'ont pas le moindre temps à consacrer à l'accueil de patients supplémentaires. Hormis la création d'un nouveau centre d'appels, cette mesure ne résoudra donc pas les problèmes fondamentaux. Les difficultés subsisteront. L'hôpital public ne disposera clairement pas de moyens supplémentaires. Il est étranglé financièrement depuis fort longtemps. Il recommande à ce sujet la lecture de *La Casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, de Pierre-André JUVEN, Frédéric PIERRU et Fanny VINCENT.

En revanche, le ministère de la Santé a semble-t-il choisi d'accorder des fonds à une médecine libérale qui n'est pas sous contrôle budgétaire et dont les enveloppes financières sont régulièrement dépassées. L'économiste Brigitte DORMONT dressait une assez intéressante analyse à ce sujet, ce matin, sur *France Culture*.

La réforme prévoit la création de maisons médicales. Elles sont régulièrement évoquées et constituent sûrement une modalité d'exercice intéressante et d'avenir. Mais leur mise en œuvre, même à proximité des services d'urgences, n'a toutefois jamais permis de diminuer la fréquentation de ces derniers. Quoi qu'il en soit, ces maisons doivent également compter des effecteurs et des médecins. La concentration des moyens est censée inverser la courbe de fréquentation des urgences. On peut douter qu'elle y parvienne.

D'autres mesures semblent plus intéressantes. Il conviendra néanmoins d'analyser leur efficacité sur le long terme. Il est par exemple question d'orienter les personnes âgées directement vers les services sans passer par les urgences. Le P<sup>r</sup> Jacques BODDAERT, gériatre, m'a fait toutefois observer que tel est déjà le cas pour 30 à 50 % des patients. Il paraît donc difficile d'appliquer cette procédure à davantage de personnes sans avoir un effet d'engorgement des urgences. D'autant que des fermetures de lits en gériatrie sont annoncées faute de personnel.

La mesure relative aux infirmières de pratique avancée (IPA) semble plus judicieuse. Elles ne devraient toutefois pas être affectées en priorité vers les urgences, mais vers la médecine de premier recours, vers la protection maternelle et infantile ou vers la gériatrie, thématiques malheureusement absentes des textes réglementaires actuels. Compte tenu du fait que plus de dix années sont nécessaires pour former un médecin, ces mesures seront plus rapidement opérationnelles. Toutefois, les nouvelles mesures relatives aux IPA ne porteront pas d'effet avant trois ans. Le nombre d'infirmiers titulaires d'un M1 et susceptibles d'achever leur formation dans les deux ans est lui-même relativement limité. Personne n'a en outre discuté de ce que pourrait être l'activité d'une IPA en médecine d'urgence (cf. Riou B. *Protocole de coopération infirmier et infirmier de pratiques avancées : quelles pistes pour la médecine d'urgence ?* Ann. Fr. Med. Urgence 2019 ; 9 : 281-283).

Nombre de services sombrent dans la désespérance. Le « coup de grâce » viendra probablement du congrès des sapeurs-pompiers qui doit avoir lieu dans quinze jours. Ceux-ci réclament déjà le contrôle des appels d'urgences. Il s'agirait du dernier élément pour entièrement déstabiliser le système des urgences. Pour mémoire, les pompiers amènent systématiquement les malades aux urgences.

Les annonces du ministère de la Santé n'ont encore donné lieu à aucune réaction médiatique, ni des présidents de CME ni de SAMU-Urgences de France. Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU estime que les urgences s'apprêtent à connaître des temps encore plus difficiles.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** approuve les propos du P<sup>r</sup> Riou. Il indique avoir travaillé pendant l'été avec Thomas MESNIER et avec le cabinet de la ministre afin de développer des idées nouvelles et d'offrir des perspectives d'amélioration. Il a toutefois le sentiment d'avoir œuvré en vain. La médecine libérale est la grande gagnante de cette réforme puisqu'elle percevra plus de la moitié des 754 M€ prévus.

Les professionnels qui viennent de prendre connaissance du dispositif SAS ignorent quelles seront ses modalités de fonctionnement. Le D<sup>r</sup> PELLOUX souligne qu'il ne saisit pas le sens de cette



démarche. L'« estocade » portée par le D<sup>r</sup> Jean-Paul HAMON, président de la Fédération des médecins de France, l'a stupéfait. Celui-ci a effectivement exhorté à la suppression des SMUR dans les grandes villes.

Le *Collectif inter-urgences* s'est réuni cet après-midi. Il a décidé de la reconduite du mouvement de grève et de son extension à l'ensemble de l'hôpital. Il faut être conscient que les 754 M€ en question seront nécessairement retirés aux autres acteurs de la santé. Le législateur est ainsi en train d'étrangler l'ensemble du système au profit de la médecine générale qui s'en est totalement désengagé. Pour mémoire, un médecin hospitalier qui assure la permanence des soins voit son activité fiscalisée. En revanche, la médecine de ville a obtenu la défiscalisation de ses heures sur la permanence des soins (PDS). Cette inégalité est flagrante.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** insiste sur la nécessité de mobiliser la communauté hospitalière pour lutter contre une réforme partielle, inefficace et défavorable aux CHU. Il invite le P<sup>r</sup> GARABÉDIAN à soutenir une motion. L'hôpital public risque de connaître une crise sans précédent, alors qu'il doit accueillir toujours plus de populations défavorisées, notamment des migrants. L'iniquité fiscale mise en exergue par le D<sup>r</sup> PELLOUX constitue par ailleurs une anomalie alors que les médecins hospitaliers de l'AP-HP sont déjà beaucoup moins bien payés que leurs collègues d'Île-de-France. Le mécontentement des professionnels doit faire l'objet d'une communication auprès de la ministre de la Santé et du Gouvernement.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** souscrit aux propos précédemment tenus. Une motion de la CME constituerait un fort message vis-à-vis de la ministre de la Santé. Parler de « médecins partenaires » suppose néanmoins de cesser de stigmatiser la médecine de ville. Les praticiens libéraux accomplissent également leur travail dans des conditions extrêmement difficiles. Quand les gens qui n'ont comme unique recours que les médecins généralistes ne peuvent plus se déplacer dans Paris en raison des difficultés de circulation, ils n'ont comme seule possibilité que d'appeler le SAMU ou de se rendre aux urgences.

**Le président** indique que la réunion mensuelle du bureau de la conférence des présidents de CME de CHU s'est tenue lundi 9 septembre. L'état d'esprit était semblable. Il convient effectivement de ne pas accabler la médecine de ville et la médecine générale. Beaucoup travaillent de 8 heures à 22 heures. Ils s'investissent énormément. Il est vain d'opposer les praticiens. La situation actuelle résulte d'une accumulation de mauvaises décisions. La première erreur a consisté à établir un *numerus clausus* de manière inappropriée et à rompre les ponts entre l'hôpital et la ville. L'Île-de-France présente effectivement des difficultés spécifiques. Des PU-PH quittent la région parce que le prix des logements est extrêmement élevé. À cela s'ajoutent les soucis de la vie quotidienne, ainsi que la séparation des pouvoirs médicaux et paramédicaux. Il ne faut néanmoins pas sombrer dans un pessimisme excessif, mais réagir. Le président indique qu'il a tenté à plusieurs reprises de sensibiliser les autorités de tutelle à ces problèmes et aux spécificités de la région parisienne, sans arriver à recevoir l'écoute nécessaire. Le problème des urgences n'est que le symptôme de la crise de l'hôpital public dans son ensemble. Le problème ne se limite pas à recruter des jeunes, mais à les conserver dans l'hôpital public, surtout en chirurgie.

### « *Oikéiosis* »

Le séminaire du 12 juillet a réuni les nouveaux directeurs de DMU pour leur donner la parole et traiter des enjeux de la rentrée. Ces moments d'échanges doivent se multiplier. La représentation des directeurs médicaux de DMU à la CME est importante pour faire entendre nos messages.

## ***Statuts des praticiens hospitaliers***

**Le président** indique que les réunions de la commission chargée de réfléchir au statut des praticiens hospitaliers ont été interrompues *sine die* fin juin sans explications. Il semblerait que des décrets seraient publiés en fin d'année. Ces textes valideraient le statut unique de PH, la fin de la différenciation entre temps plein et temps partiel, et la fin du concours national. On ne sait pas comment se passera le recrutement. Il faut toutefois espérer que la communauté médicale garde le choix de ses pairs. La rémunération des praticiens serait améliorée en les incitant à travailler en ville, jusqu'à 60 % de leur temps. On en reviendrait ainsi à avant la réforme de 1958.

Le président de la CME de l'AP-HP n'a été contacté ni par le ministère, ni par l'ARS. Les présidents de CME ne sont pas tenus au courant de ce qui se prépare...

**Le P<sup>r</sup> Sadek BELOUCIF** précise que des réunions ont lieu à la direction générale de l'offre de soins (DGOS). L'intersyndicale des praticiens et des praticiens universitaires s'oppose unanimement au projet.

**Le président** souligne la difficulté de la situation pour le secteur public. La future CME devra faire preuve d'une extrême vigilance sur l'ensemble de ces sujets.

## ***Informations du directeur général***

**Le directeur général** indique qu'il n'a pas assisté à la conférence de presse. Son positionnement sur la problématique des urgences est néanmoins le suivant.

Premièrement, dès juillet, il a été possible d'augmenter de 100 € nets par mois la rémunération de l'ensemble des paramédicaux qui travaillent aux urgences. D'ici à la fin de l'année, beaucoup d'entre eux pourront percevoir en plus 80 € nets par mois par les protocoles de coopération. Ceux-ci ont été conçus il y a dix ans. L'AP-HP réclamait de pouvoir en disposer. Ils ne s'appliqueront pas qu'aux urgences, mais à d'autres services.

À ces éléments pourra s'ajouter une prime d'intéressement votée dans la loi fonction publique. Pour la première fois depuis assez longtemps, quelques leviers sont donc disponibles pour compenser les difficultés de rémunération des paramédicaux qui sont réelles en France. Pour mémoire, le premier préavis de grève déposé au printemps réclamait une augmentation de salaire de 300 € nets pour tous. L'objectif vise à faire bénéficier le plus grand nombre de professionnels de ces dispositions et à rouvrir le sujet des rémunérations qui était clos depuis plusieurs années.

Deuxièmement, les annonces faites hier concernaient également les contrats conclus avec les services d'aval. Au début de l'été, le directeur général rappelle qu'il avait porté la proposition, avec les P<sup>ts</sup> Bruno RIOU, Dominique PATERON et le président de la CME qu'un contrat avec l'AP-HP permette de mettre fin à un certain nombre de blocages dans les services d'aval, concernant notamment la disponibilité des lits. Il s'agissait de réduire la quantité de patients qui dorment sur des brancards. Les discussions engagées avec l'ARS et confirmées par les annonces d'hier montrent que le projet en cours d'établissement en la matière pourra disposer d'un financement.

Troisièmement, l'acronyme SAS témoigne de la volonté de sortir du sempiternel débat relatif à la fusion entre les numéros des pompiers et du SAMU. L'objectif consiste plutôt dorénavant à élargir la réponse téléphonique. Il s'agit par exemple d'obtenir davantage de financements pour un conseil d'orientation ou pour assurer de la téléconsultation. Ces pratiques, en vigueur dans beaucoup d'autres pays, n'ont jamais été déployées en France.

Avec un budget de 340 M€, il incombe à l'AP-HP de bâtir un projet permettant d'améliorer le service rendu à la population, au moment même où les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) se constituent parallèlement. Le directeur général salue l'ouverture en cette rentrée d'une maison de santé pluri-professionnelle dans les locaux de l'hôpital Bichat. Le développement de ce type d'initiative est susceptible d'être positif pour tous les acteurs.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** souligne qu'une fois passés les effets d'annonce, il apparaît souvent que les financements annoncés ne constituent pas des moyens en plus, mais des déplacements de postes budgétaires. D'autres secteurs de l'hôpital subissent en conséquence des restrictions supplémentaires. Il demande au directeur général comment il compte faire face à ce nouveau défi financier.

**Le directeur général** confirme qu'aucun document n'affirme que les 750 M€ annoncés se rajouteront à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Le débat s'engagera au Parlement dans quelques semaines. Cela étant, si la démarche consistait à retirer des financements dans certains secteurs afin de les accorder à d'autres, l'AP-HP se mobiliserait contre cet arbitrage. Des moyens sont plutôt censés être disponibles pour répondre à un certain nombre de projets. Les pouvoirs publics n'ont évidemment pas pour objectif de nuire à l'hôpital, mais que toute dépense supplémentaire produise de meilleurs résultats. Si l'AP-HP est capable de montrer sa capacité à apporter une réponse favorable à un certain nombre de dysfonctionnements connus, elle disposera du soutien financier pour ce faire.

La démarche serait la suivante. Différents indicateurs permettent de mesurer la manière dont sont traités les patients. Il s'agit en particulier de vérifier que ceux-ci ne dorment pas dans les couloirs des urgences. Les mesures à engager, notamment pour développer l'aval, sont connues. Les professionnels savent en estimer le coût.

Le directeur général propose que le ministère de la Santé débloque les fonds pour engager ces actions. Il s'agirait ensuite de dresser un bilan au bout d'un an grâce à ces indicateurs. Les financements ne seraient alors conservés qu'en proportion de l'amélioration constatée. Ce type de contractualisation doit permettre d'obtenir l'investissement pour un certain nombre de mesures.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** précise que M. Thomas MESNIER a confirmé hier que les 750 M€ évoqués seront inclus dans l'ONDAM. Des financements seront donc repris ou redistribués. Les médecins libéraux et généralistes, comme les hospitaliers, ont concédé beaucoup d'efforts. La question n'est pas celle-là. Le problème tient au fait que leurs représentants ont subitement décidé de casser le système en place alors qu'ils ne sont pas en première ligne des urgences. Pour l'aval, il souhaite que la démarche esquissée par le directeur général aboutisse. Le problème incontournable reste néanmoins celui du nombre de lits disponibles.

**Le D<sup>r</sup> Sophie CROZIER** doute que les mesures annoncées répondent à la situation du terrain. La résolution de la crise actuelle suppose le recrutement d'infirmiers supplémentaires. Elle a signalé, à de multiples reprises, en CME et dans d'autres contextes, que de nombreux postes restaient vacants. Le problème de l'aval n'a jamais été abordé. L'objectif ne doit pas uniquement être de faire en sorte que les patients ne dorment plus sur des brancards ou dans les couloirs, mais qu'ils soient correctement orientés en fonction des soins spécialisés qu'ils requièrent.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** estime que les urgences ne sont pas seulement en cause. La crise touche l'ensemble de l'hôpital public, spécialement en Île-de-France. La situation actuelle résulte de deux

causes principales. Premièrement, la diminution drastique du *numerus clausus*, qui est passé de 7 000 à 2 800 étudiants, constituait une décision purement politique. Les médecins n'ont jamais souhaité qu'une telle mesure soit adoptée. Deuxièmement, la réforme des 35 heures (32 heures 30 à l'AP-HP) a été menée sans aucune restructuration. L'hôpital a en conséquence perdu 10 à 15 % du temps de travail contre 3 % de personnel supplémentaire.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** indique qu'il a écrit à son directeur pour faire état de son opposition aux mesures prises en faveur des praticiens hospitaliers des urgences. Des médecins subissent des conditions de travail tout aussi difficiles dans d'autres secteurs de l'hôpital public. Le personnel non médical est sous-payé, spécialement en Île-de-France où le coût de la vie est bien plus élevé. Le problème est à présent le même pour les médecins. La problématique de l'AP-HP n'est pas identique à celle des hôpitaux de province. L'ensemble de la chaîne de soin est en train de se rompre à la suite de multiples départs. Il estime que la communauté hospitalière doit se manifester bruyamment, quitte à engager un mouvement de grève plus massif.

**Le président** confirme que la problématique de l'aval ne consiste pas simplement à disposer de lits, mais à orienter correctement les patients. Il exprime sa colère de ne pas avoir été entendu. À de multiples reprises au cours des quatre dernières années, lorsqu'il se rendait au ministère de la Santé avec ses homologues, il a insisté sur la spécificité de l'Île-de-France. Il déplore que l'AP-HP n'ait jamais été défendue par l'ARS. La sous-rémunération des personnels constitue effectivement un scandale. En proportion du revenu moyen et du produit intérieur brut (PIB), la Slovaquie, la Turquie ou la Pologne rétribuent mieux leurs aides-soignants et leurs infirmiers. Les collègues de régions connaissent également des problèmes, même si ceux-ci sont plus sensibles en Île-de-France en raison du contexte économique.

En clôture de ces échanges, le président soumet la motion suivante aux membres de la CME :

*« La CME de l'AP-HP soutient les demandes des services d'urgence. Elle souligne que la crise touche l'hôpital public dans son ensemble.*

*Elle demande que les mesures annoncées pour répondre à la crise des urgences soient intégralement financées sans être imputées au budget actuel des hôpitaux.*

*Les mesures doivent être à la hauteur de la gravité de la situation. Toutes les structures hospitalières sont concernées en raison de sous-dotation financière ancienne et s'aggravant chaque année.*

*La CME de l'AP-HP demande un financement hospitalier revu pour assurer convenablement toutes nos missions de service public. »*

*La motion est adoptée à l'unanimité.*

**Le directeur général** reconnaît la nécessité, en réponse au D<sup>r</sup> CROZIER, que des infirmiers et des médecins soient présents pour assurer le fonctionnement de l'hôpital. Le budget de l'AP-HP a en conséquence été révisé afin de créer 230 emplois qui n'étaient pas prévus. Des discussions rationnelles avec les différents acteurs ont notamment permis de déterminer les moyens humains nécessaires pour répondre au nombre de passages aux urgences.

**Le directeur général** confirme la complexité de recruter et de fidéliser des personnels. Tant que le problème de rémunération, qui n'est qu'une des raisons de ces complications, ne sera pas adressé, l'AP-HP rencontrera des difficultés. La problématique de la rétribution concerne la

totalité du pays, mais est évidemment plus sensible en Île-de-France. Il plaide pour que les mesures de rémunération en question soient étendues le plus possible. Un second ordre de difficultés concerne les conditions de travail dans les services. Elles doivent également être traitées. C'est pourquoi l'AP-HP met en place un fonds de 30 M€ consacré à la qualité de vie au travail (QVT). La direction s'efforce donc de traiter un certain nombre de sujets en partant d'un constat partagé.

**Le P<sup>r</sup> Bruno Riou** observe que les difficultés rencontrées par l'AP-HP sont relativement moins importantes que dans d'autres établissements de santé. *Le Monde* relatait que le service des urgences de Mulhouse est passé de 26 à 7 praticiens hospitaliers (PH), que Lens ne compte plus que 2 PH. Cela étant, il se dit catastrophé par les mesures annoncées hier au niveau national.

## II. Analyse des activités d'orthopédie

Le président cède la parole au P<sup>r</sup> Véronique ROGER qui intervient en direct de la *Mayo clinic* aux États-Unis. Il la remercie, ainsi que le D<sup>r</sup> Mélodie BERNAUX, d'intervenir sur la situation de l'orthopédie. Elles avaient précédemment traité de la cardiologie interventionnelle. Le secteur de l'orthopédie est également en difficulté à l'AP-HP.

**Le P<sup>r</sup> Véronique ROGER** souligne que tous les systèmes de santé subissent une profonde disruption multifactorielle liée aux mutations technologiques, aux enjeux économiques, à la transition épidémiologique et à la révolution digitale. Dans ce contexte, les différents établissements doivent s'adapter ou disparaître. Les bouleversements technologiques à l'œuvre ne concernent plus seulement les sportifs, qui peuvent mesurer leurs performances, mais la totalité des patients. Ces outils innovants conduisent à l'envahissement du marché de la santé et de l'exercice de la médecine par de nouveaux acteurs, notamment de multiples *start-up*. Or la plupart des systèmes de santé ne savent guère comment gérer ces « disrupteurs ».

La pratique orthopédique représente 23 % des séjours chirurgicaux à l'AP-HP en 2018 mais moins de 12 % de l'activité régionale. La part de l'AP-HP dans l'activité régionale subit une nette érosion depuis 10 ans. Cette évolution baissière se poursuit. Elle concerne tous les types de procédures : le canal carpien et l'épaule, le ligament croisé antérieur, la main, les prothèses du membre inférieur, le rachis et la traumatologie.

Une comparaison de l'évolution des activités d'orthopédie en Île-de-France et à l'AP-HP montre que cette dernière connaît une évolution différente d'autres établissements de santé.

Concernant la bascule ambulatoire, elle apparaît déjà réalisée en 2013 pour le canal carpien. Elle est en 2018 en cours pour l'épaule, le ligament croisé antérieur et la main. Elle a commencé pour la traumatologie. Depuis 2013, l'activité consacrée aux prises en charge lourdes s'est accrue en raison du vieillissement de la population. Elle est plus importante à l'AP-HP que pour les cliniques.

On constate une hétérogénéité de la pratique orthopédique au sein de l'AP-HP. Par exemple, la prise en charge de la chirurgie de la main est plus importante à Saint-Antoine, celle du rachis à la Pitié-Salpêtrière ou à l'hôpital Beaujon. De petits volumes d'activité posent le problème de leur soutenabilité, notamment d'un point de vue qualitatif. Quoi qu'il en soit, un regroupement organique et une sorte de spécialisation s'opèrent. Un regroupement de manière moins fine ou moins « granulaire » montre ainsi que certains établissements ont une forte prédominance de certaines activités, respectivement sur le membre supérieur, sur le membre inférieur ou sur le rachis.

Une classification en volume au cours de l'année 2018 met en exergue les premiers groupes pour chaque spécialité. Par exemple, l'hôpital de la Croix-Saint-Simon a réalisé 1 564 séjours pour prothèses de hanche. Il est ainsi le premier établissement en la matière en Île-de-France. L'hôpital Cochin, avec 451 opérations, est quant à lui le premier établissement de l'AP-HP. Le nombre de séjours à la Croix-Saint-Simon et à Arago a considérablement progressé en cinq ans.

La cartographie suivante permet de représenter les « bassins de drainage » ou de « recrutement ». Elle distingue l'effet de centre et l'effet local. Arago recrute très localement, mais aussi dans toute l'Île-de-France. Le même phénomène s'observe, de manière moins accentuée, pour la Croix-Saint-Simon. Lariboisière présente à la fois un effet de centre et un effet de recrutement local sur le trajet du RER B; Henri-Mondor, plutôt un effet de recrutement local.

Pour les prothèses de hanche, la durée moyenne de séjour par établissement constitue l'un des indicateurs de qualité. Les chiffres de comparaison proposés sont fournis par la base de données de l'*American College of surgeons*, qui regroupe des établissements internationaux notamment en Europe et en Asie. Concernant les délais de séjour, dans les établissements privés, l'intervention a lieu dès J0 tandis qu'à l'AP-HP, les malades sont hospitalisés entre un jour ou un jour et demi avant l'intervention.

L'analyse des volumes de séjours de lamino-arthrectomies montre que la clinique internationale du parc Monceau et la clinique des Franciscaines présentent des volumes extrêmement importants par rapport au premier établissement de l'AP-HP, la Pitié-Salpêtrière, qui compte 595 séjours pour ce motif. Cette dernière présente un effet de centre comme un effet de recrutement local.

Pour la traumatologie de proximité, l'activité entre 2013 et 2018 pour deux sortes de fractures, le poignet et l'extrémité supérieure du fémur, montre un accroissement de l'activité des cliniques pour le premier type d'intervention et leur désengagement pour le second. L'aspect qualitatif est également examiné au travers de données relatives à la durée moyenne de séjour. Comme précédemment pour les prothèses des membres inférieurs, le P<sup>r</sup> ROGER observe que l'AP-HP a tendance à ne pas opérer immédiatement le malade lorsqu'il se présente, alors que la prise en charge intervient dès J0 dans les établissements concurrents.

La part de l'activité de l'AP-HP en Île-de-France poursuit une tendance décroissante. Une lettre adressée à la CME en décembre 2018 faisait déjà état du désarroi des spécialistes de ce domaine. Les données précédemment évoquées confirment une situation catastrophique. Elles renforcent, s'il en était besoin, le principe que le *statu quo* est inacceptable. Il convient de rétablir les seuils critiques permettant de préserver la vocation des établissements de l'AP-HP.

Pour ce faire, plusieurs groupes de professionnels ont émis des recommandations sur la chirurgie orthopédique et traumatologique. Ils ont en particulier insisté sur la nécessité absolue d'accélérer le « virage ambulatoire ». Comme pour la cardiologie interventionnelle, ce dernier présente un double effet sur le personnel paramédical, au bloc opératoire comme en dehors de celui-ci. Il est toutefois illusoire de penser qu'au sein d'une population vieillissante et multi-morbide, le patient ambulatoire permette de réduire l'effectif du personnel médical.

**Le P<sup>r</sup> Véronique ROGER** étudie ensuite l'hypothèse purement fictive d'un regroupement des sites de l'AP-HP en 2022. Le groupe hospitalo-universitaire X réunit alors les hôpitaux A, B et C. L'hôpital A accueille un centre d'excellence en chirurgie du rachis. L'hôpital B est spécialisé dans les membres supérieurs, en particulier un centre d'excellence en ambulatoire pour la chirurgie du

poignet. L'hôpital C assure enfin de la traumatologie du membre inférieur. Une spécialisation en centres d'excellence au sein de tous les services orthopédiques de l'AP-HP conduirait à amplifier le profil de ces centres en se focalisant sur les pratiques d'excellence déjà en vigueur.

Au Danemark, le remplacement total de hanche s'opère déjà largement en ambulatoire. Le P<sup>r</sup> ROGER indique que ses confrères de la *Mayo clinic* n'ont pas développé cette pratique. Ils lui ont cependant fait observer que celle-ci relevait davantage de « logistique » médicale que d'enjeux strictement chirurgicaux, c'est-à-dire par une prise en charge en pré opératoire, par exemple de la rééducation préliminaire pour apprendre à ces patients à marcher avec des béquilles. La prise en charge avant le retour au domicile dure alors moins de 24 heures.

En gériatrie, la prise en charge précoce des patients et la rééducation ont également permis d'améliorer la mortalité à long terme.

Les chiffres précédemment évoqués montrent que le *statu quo* conduirait à terme à la quasi-disparition de l'orthopédie de l'AP-HP. L'alerte émise par les chirurgiens en décembre 2018 doit être entendue dans les plus brefs délais afin d'éviter que cette érosion ne perdure.

Plusieurs voies de développement sont à l'étude. La spécialisation des centres, sur le modèle de la démarche déjà accomplie par les cliniques, devrait permettre de concurrencer celles-ci. Le développement de filières et la mise en œuvre de l'ambulatoire en bloc à J0 constituent également des opportunités.

Il semble nécessaire de redonner aux chirurgiens le temps chirurgical au bloc afin que leur engagement soit participatif. Le P<sup>r</sup> ROGER évoque l'intervention des internistes, des généralistes, des hématologues, des infectiologues et des anesthésistes. Le chirurgien orthopédique ne s'occupe ainsi que d'opérer les malades qui sont pris en charge par ce panel de spécialistes.

**Le président** rappelle qu'il a réuni les orthopédistes et les doyens il y a environ 6 mois pour examiner ensemble les problèmes rencontrés par l'orthopédie, activité en tension dont l'avenir est menacé à l'hôpital public. Certains de ces problèmes peuvent être résolus au sein de l'AP-HP tandis que d'autres réclament une politique forte qui dépasse l'institution. La chirurgie de la main a déjà en grande partie basculé dans le privé. Il en va de même pour la chirurgie classique de reconstruction. L'AP-HP conserve les malades les plus lourds, les cas les plus complexes et doit prendre en charge la précarité. Il y a donc urgence à intervenir. La problématique de l'orthopédie est le symptôme d'une crise plus large touchant la chirurgie.

**Le P<sup>r</sup> Rémy NIZARD** fait part d'une double réaction. La première est rationnelle. Le constat de la décroissance a été dressé. Il n'est guère possible de faire beaucoup mieux, non seulement pour des raisons organisationnelles, mais aussi parce que le personnel médical fuit l'AP-HP, attiré dans le privé par des rémunérations différentielles intenable. L'hôpital forme ainsi des professionnels qui deviendront ses « concurrents ». Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) accomplissent depuis de nombreuses années une hyperspécialisation à laquelle l'AP-HP a renoncé. Malgré plusieurs avertissements sur ce point, notamment en 2006 et en 2015, aucune réforme n'a été engagée. En conséquence, la situation se dégrade à tous les niveaux pour l'hôpital public, sur le plan du quantitatif, de la recherche, de l'enseignement et de l'attractivité.

La seconde réaction du P<sup>r</sup> NIZARD est émotionnelle. Il exprime sa colère. Depuis des années, il s'efforce de livrer des constats similaires à ceux dressés aujourd'hui par le P<sup>r</sup> ROGER. Il a le sentiment de ne pas avoir été écouté. Il fait part de son impression d'avoir perdu son temps

pendant vingt ans. Sa seule consolation consiste à avoir rendu service aux patients. En revanche, sur le plan collectif, le P<sup>r</sup> NIZARD estime avoir tout perdu. Les projets qu'il avait menés à bien avec ses collègues ont aujourd'hui disparu. Au-delà d'une situation personnelle positive, il fait part d'une profonde désespérance professionnelle qui occasionne une douleur considérable. Il indique qu'il ne croit plus dans l'AP-HP. Les conditions dans lesquelles il travaille, notamment en arthroplastie de la hanche, sont devenues inacceptables.

**Le P<sup>r</sup> Bruno CRESTANI** souligne qu'un orthopédiste du secteur privé perçoit un revenu quatre fois supérieur à son confrère de l'hôpital public. L'AP-HP forme de très bons professionnels qui, passé l'âge de quarante ans, s'en vont. Il déplore cette situation. Il juge néanmoins impossible d'affronter une telle concurrence financière.

**Le P<sup>r</sup> Rémi SALOMON** s'interroge sur les raisons de l'augmentation des séjours en Île-de-France de + 20 % entre 2013 et 2018. Ceux-ci sont passés de 183 000 à 223 000. L'hospitalisation de patients plus lourds et plus complexes explique en partie cette évolution. Il estime que la concurrence avec les ÉSPIC, notamment la différence des salaires, n'est pas la principale cause des départs. Cette disparité existe depuis fort longtemps. Le principal problème réside dans la difficulté de l'accès au bloc opératoire. Des opérations sont annulées au quotidien. La situation est inacceptable pour les patients et insoutenable pour les chirurgiens. Ce problème certainement très complexe doit être adressé. Il questionne le temps de travail et la concordance entre les différentes professions du bloc opératoire.

**Le P<sup>r</sup> Emmanuel MARTINOD** salue le fait d'analyser la situation suivant les différentes spécialités chirurgicales. L'orthopédie souffre effectivement d'un problème d'attractivité. Les chirurgiens, après avoir été formés, partent vers les cliniques. Par contre, beaucoup d'internes choisissent encore l'orthopédie. La situation est inverse pour la chirurgie thoracique et cardiovasculaire, pour laquelle l'Île-de-France ne compte plus que six à sept internes. Les situations sont donc variées suivant les spécialités. La problématique de la chirurgie est néanmoins globale. Les infirmières de bloc opératoire diplômées d'État (IBODE) ne sont plus disponibles. Les annulations d'opérations entachent la réputation des services. Elles conduisent les patients à s'en aller. Ces incidents sont insupportables pour ses collègues et lui-même. Le manque d'anesthésistes constitue également un problème. Il faut toutefois cesser de se plaindre en permanence et trouver des solutions. Les praticiens du secteur privé sont parfois envieux de leurs confrères du secteur public parce que ceux-ci peuvent faire de la recherche. La création de centres d'expertise importants semble effectivement constituer une solution intéressante. La Suède et la Norvège sont allées dans cette voie pour la chirurgie thoracique. Quoi qu'il en soit, la priorité consiste à résoudre la pénurie d'IBODE et d'anesthésistes.

**Le président** convient que la crise en question est multifactorielle. Hormis le problème de la rémunération, il est effectivement nécessaire d'engager une spécialisation des centres de l'AP-HP. La majorité des praticiens approuvent cette démarche. Comme l'a montré le P<sup>r</sup> ROGER, elle est déjà à l'œuvre. La difficulté fondamentale reste néanmoins celle de l'accès aux plateaux techniques, de la disponibilité des IBODE et des infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE).

**Le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE** relève les propos du P<sup>r</sup> ROGER relatifs à la problématique de la chirurgie ambulatoire vis-à-vis des personnes âgées. Par ailleurs, l'influence qu'exerce le *mercato* médical, avec la problématique des rémunérations, concerne toutes les disciplines. La chirurgie orthopédique n'en est qu'un exemple parmi d'autres. Il y a quelques années, le discours des responsables de l'AP-HP consistait à considérer le « virage ambulatoire » comme la panacée.



Cependant, les patients âgés concernés souffrent d'autres problèmes médicaux et se retrouvent régulièrement aux urgences. La question est donc inséparable de celle plus générale de l'hôpital.

**M. François CRÉMIEUX** souligne l'importance de travailler en priorité sur les disciplines en difficulté. C'est pourquoi la cardiologie interventionnelle et l'orthopédie ont été successivement considérées. Poser un diagnostic ne suffit pas. Il convient ensuite d'agir.

**M. François CRÉMIEUX** indique qu'au cours du groupe de travail préparatoire, les orthopédistes ont fourni un certain nombre d'éléments d'explication de la situation actuelle. Il paraît intéressant de déterminer l'ensemble des causes et des conséquences, par exemple la problématique des écarts de rémunérations. Trois types de causes semblent à distinguer. Premièrement, des éléments exogènes renvoient aux positionnements politiques et aux règles applicables au système de santé. Deuxièmement, des difficultés sont liées à l'organisation interne de l'AP-HP, en particulier la disponibilité des blocs opératoires, des IBODE et des IADE. Troisièmement, un certain nombre d'enjeux stratégiques doivent être examinés afin de réfléchir à l'évolution du rapport entre l'orthopédie et les urgences ou la réanimation dans les dix ans à venir.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** confirme l'existence d'un lien intime entre l'orthopédie et les urgences. Il partage la peine ressentie par le P<sup>r</sup> NIZARD. Il est extrêmement déprimant de contacter les services de l'AP-HP pour obtenir la prise en charge d'une fracture ouverte et de constater que ceux-ci ne peuvent pas répondre favorablement à la demande en raison de l'indisponibilité des blocs opératoires ou des infirmiers. Le système est défaillant. Il estime néanmoins que le défi peut être relevé, notamment concernant le lien entre les urgences et l'orthopédie. Par exemple, jamais le SAMU de Paris n'amène de patients présentant une plaie de la main aux urgences de l'AP-HP. Les pompiers ont organisé eux-mêmes une filière d'accès direct aux cliniques spécialisées telles que la clinique du Dôme ou la clinique de Pontault-Combault. C'est extrêmement dommage. Il convient donc d'inventer de nouveaux réseaux. Il rappelle que l'ARS lui a confié une mission sur les soins non programmés. Il estime que le soin programmé pour l'orthopédie compte énormément et doit se voir allouer des moyens.

**Le directeur général** rappelle que la démarche accomplie par le P<sup>r</sup> ROGER fait suite à une demande des orthopédistes. Ils constatent eux-mêmes que la situation actuelle ne saurait perdurer. Les données ont été analysées en conséquence, de façon assez précise et comparative, afin d'identifier les problèmes. Or, le diagnostic est d'autant plus établi que le P<sup>r</sup> NIZARD l'a posé de manière similaire il y a quatre et huit ans. Le directeur général poursuit donc un unique objectif : que le même constat ne soit pas dressé dans plusieurs années et qu'il ne se soit entre-temps rien passé. Le contexte est néanmoins quelque peu différent d'il y a quatre ou huit ans. Premièrement, la prise de conscience est plus forte et partagée. Deuxièmement, les GH ont été réorganisés pour assurer une répartition différente des activités entre les sites. Troisièmement, un certain nombre d'outils permettent d'accompagner de profondes transformations. Sans suivre strictement le modèle des cliniques privées, le directeur général invite à réfléchir à organiser différemment les activités de manière rationnelle. La démarche aidera les blocs chirurgicaux à mieux fonctionner. Ils devront notamment faire face à moins de diversités contradictoires. La direction de l'AP-HP encourage des évolutions permettant de se rapprocher du modèle décrit pour 2022 et d'inverser la courbe de l'activité.

**Le P<sup>r</sup> Rémy NIZARD** précise que le chiffre de 9,7 équivalents temps plein (ÉTP) transmis au D<sup>r</sup> Mélodie BERNAUX est erroné. Lariboisière ne comptait que 6,8 ÉTP en 2018. Son service ayant perdu 2,5 ÉTP entre 2018 et 2019, il compte un peu plus de 4 ÉTP (1 ÉTP correspond à un départ

en retraite, 1,5 ÉTP à un départ en clinique). Avec de surcroît une chef de clinique en arrêt maladie, la situation est particulièrement compliquée à gérer au quotidien.

### **III. Information sur les élections 2019 pour le renouvellement de la CME, des CMEL et des CCM**

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** rappelle que le scrutin relatif à la CME, aux CMEL et aux comités consultatifs médicaux (CCM) aura lieu du 14 au 20 octobre pour le premier tour et du 15 au 24 novembre pour le second tour. Les candidatures sont recevables jusqu'au 24 septembre, en local pour les CCM et les CMEL et en central pour la CME. Le vote est électronique. Les électeurs recevront leur mot de passe à leur domicile. Le code APH sert d'identifiant.

Les directions locales ont procédé à une communication dans les GH. La fiche de paie du mois d'août est accompagnée d'un dépliant relatif aux élections. Un rappel sera par ailleurs effectué le matin du premier tour et le matin du deuxième tour. Une foire aux questions (FAQ) sera mise en ligne sur le [site de la CME](#). Elle est en cours d'enrichissement. Les sites et la CME sont en train de fiabiliser les listes électorales.

**Le président** rappelle aux directeurs médicaux des DMU qu'ils doivent se représenter s'ils veulent siéger dans la prochaine CME. Il fait appel à un volontaire parmi les présidents de CMEL sortants pour faire partie de la commission de vote *pour les élections 2019*.

*Le P<sup>r</sup> Bruno CRESTANI accepte de faire partie de la commission de vote.*

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** s'étonne qu'alors que le scrutin est électronique et qu'une politique « zéro papier » est à l'œuvre, les candidatures doivent être adressées par courrier recommandé.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** confirme que ses services ont accusé réception de candidatures envoyées par mail.

### **IV. Projet de décret relatif à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris**

**M. Jérôme MARCHAND-ARVIER** explique que ce point fait suite aux discussions qui se sont tenues en CME en mars et avril. Dans le cadre de la nouvelle AP-HP, de la mise en place des nouveaux GH et des DMU, certains sujets ne relèvent pas du règlement intérieur. Les modifications ont déjà été apportées pour ceux-ci. Pour le restant, ce projet fait l'objet de discussions avec le ministère de la Santé. Il vient traduire dans le code de la santé publique, pour la partie réglementaire, les éléments sur lesquels l'organisation de l'AP-HP a évolué ou est en train d'évoluer.

Les neuf articles en question sont d'importance inégale. Ils insistent sur quatre points :

- **l'évolution de la composition du directoire**

Depuis l'automne, le format du directoire a évolué. Il tient compte d'un fonctionnement plus fédéral de l'AP-HP. Des représentants de chaque groupe hospitalier (GH) sont en effet présents dans ledit directoire, à la fois les présidents de CMEL, les doyens et les directeurs de GH. L'objectif vise à stabiliser cette composition dans le Code de la Santé publique. Le directoire compterait en plus deux personnalités médicales proposées par le président de la CME.

- **l'officialisation des DMU**

Les DMU ont été mis en œuvre cet été à l'AP-HP. Dans le cadre de relations et d'associations avec le GHP, des DMU inter-établissements pourront être constitués. Il n'était jusqu'à présent possible que de créer des fédérations inter-hospitalières. Cette faculté peut être extrêmement utile dans le cadre des coopérations avec les GHP et de l'empreinte territoriale.

- **l'adaptation de la composition de la CME**

En mars ou avril, un groupe de travail animé par le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS et le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU avait suggéré une évolution de la CME. Elle devait notamment tenir compte du passage de 12 à 6 présidents de CMEL. À ceux-là s'ajouteront les 6 hospitalo-universitaires élus par les CMEL.

- **la répartition des compétences entre les CME et les CMEL, les PCME et les PCMEL**

Le tableau examiné en avril montrait que seraient conservées des compétences relevant soit de la CME centrale, soit du président de CME centrale. Pour les actes de gestion du niveau du GH, qui relèvent davantage du président de CMEL et de la CMEL, une délégation est prévue.

Quand un désaccord se manifeste avec la gouvernance locale (président de CME, doyen, directeur de GH, directeur de DMU, le cas échéant), le sujet remonte au niveau central et au président de CME centrale. Dans l'hypothèse où une décision apparaîtrait au président de la CME comme entrant en contradiction notamment avec le projet médical de l'AP-HP dont il est responsable, il aurait la capacité d'évoquer voire de reprendre cette délégation. Ce point paraît important. Il sera difficile à encadrer, mais doit être travaillé.

Le calendrier est très serré en raison notamment des élections de CME et des CMEL. Tant en termes de composition que de compétences, il est important que les nouvelles instances puissent fonctionner sur la base de ces nouvelles règles. C'est pourquoi l'AP-HP et le ministère de la Santé veillent à publier ledit décret en temps et en heure.

**M. MARCHAND-ARVIER** indique qu'il est à la disposition des membres de l'AP-HP, avec M<sup>me</sup> Charline NICOLAS, directrice des affaires juridiques, pour répondre à leurs questions et présenter le projet de décret.

**Le président** juge nécessaire de ne pas consacrer trop de temps au sujet des décrets. L'AP-HP affronte des difficultés autrement plus importantes. Ce texte constitue un compromis. Il vise à donner de l'autonomie aux différentes composantes, à leur accorder une proximité avec la communauté médicale, à accélérer les décisions, sans aboutir à un éclatement de la structure. Un rôle stratégique sera néanmoins conservé à l'instance centrale. Elle pourra, par exemple, traiter de la chirurgie et des greffes cardiaques, des greffes hépatiques, des greffes rénales, de la pédiatrie, de la génétique, etc. La CME devra aussi se prononcer en cas de désaccords locaux. Son rôle devra continuer à être important pour veiller à l'attractivité du service public pour les personnels médicaux et soignants. L'urgence vise notamment à conserver les médecins, particulièrement les plus jeunes.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** demande pourquoi les vice-présidents de CMEL ne sont pas invités à participer à ce directoire.

**M. Jérôme MARCHAND-ARVIER** répond que le code de la santé publique prévoit qu'un directoire est composé d'un peu moins d'une dizaine de personnes. Compte tenu de la taille de l'AP-HP et de

son caractère fédéral, cet effectif est porté à 20 ou 25 personnes. Avec 6 responsables supplémentaires, l'instance poserait un problème de gouvernabilité.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** souligne néanmoins que le directoire compte un seul PH.

**M. Jérôme MARCHAND-ARVIER** répond qu'ils sont deux.

**La vice-présidente** précise que le fait que le vice-président de la CME soit PH est réglementaire.

**M. Jérôme MARCHAND-ARVIER** ajoute qu'à la demande du PCME, celui-ci proposera trois personnalités membres du personnel médical. Il pourra donc s'agir de PH.

**La vice-présidente** en déduit que le nombre de PH pourrait donc être porté de un à trois, si deux des trois personnes désignés par le PCME sont des PH, ce qui ne lui paraît guère vraisemblable.

**Le président** indique que la version définitive du projet de décret sera présentée lors du bureau de la CME d'octobre.

## **V. Bilan social 2018**

**M. Sylvain DUCROZ** fait part d'une baisse des effectifs de l'AP-HP -2,3 % se traduisant par une diminution de la masse salariale de -0,7 %. L'augmentation de la part des personnels titulaires et stagiaires constitue une bonne nouvelle. Les titulaires sont des contrats à durée déterminée (CDI) essentiellement dédiés à la recherche. Ils bénéficient d'un mouvement de « déprécarisation ». Les stagiaires correspondent aux infirmières que le directeur général a décidé d'embaucher directement en stage l'année dernière. Il n'y a plus aujourd'hui d'infirmière contractuelle à l'AP-HP.

Une attention particulière doit porter sur les métiers « en tension ». Il s'agit notamment d'examiner si la situation s'est améliorée ou dégradée par rapport à décembre 2017. Pour les manipulateurs et les kinésithérapeutes, l'AP-HP continue à subir une forte concurrence en raison d'écart salariaux qui demeurent parmi les plus importants. L'institution n'a toujours pas trouvé de réponse adaptée. C'est pourquoi près de 10 % des postes de kinésithérapeutes et 5 % des postes de manipulateurs sont aujourd'hui vacants.

Grâce à l'adoption d'un nouveau statut, le métier d'IADE est en revanche redevenu attractif. Tel n'est toujours pas le cas pour les IBODE. Néanmoins, comme l'AP-HP forme en interne 30 à 60 IADE et IBODE par an, le nombre de postes vacants reste sous contrôle. Le métier d'infirmière est nouvellement en tension. Environ 300 à 400 postes étaient vacants à la fin du mois de décembre, soit environ 2 % des effectifs d'infirmiers. Cette situation s'explique par un *turn over* de plus en plus conséquent. Il atteint 12 %, soit le double des autres professions. Deux ans après leur embauche en 2016, un tiers des infirmières étaient parties.

La situation concernant les infirmières n'est pas spécifique à l'AP-HP. La même difficulté se retrouve dans les autres CHU où les départs atteignent parfois 50 % des recrues au bout de deux ans. Il s'agit d'un problème de fidélisation, mais aussi de pérennité dans le métier d'infirmière. Les intéressées quittent non seulement l'hôpital, mais aussi de plus en plus abandonnent le métier.

**M. Sylvain DUCROZ** explique que l'AP-HP a compensé ces postes vacants en recourant, d'une part, aux heures supplémentaires. Certaines ont été payées ; d'autres ne l'étaient pas encore en fin d'année. Le total est en conséquence resté assez stable. Il s'établit à 2 millions d'heures

supplémentaires. Le tableau fait figurer l'équivalent en ÉTP. Ce calcul est néanmoins partiellement faux dans la mesure où le compteur des heures supplémentaires s'incrémente d'année en année. Pour les postes vacants, d'autre part, l'AP-HP a eu recours à l'intérim. Le taux de progression atteint environ 3 % par an. L'ensemble représente environ 500 ÉTP.

Pour tous les corps de métiers administratifs, le nombre de professionnels a diminué en 2018. Pour les personnels administratifs et de direction de catégorie A, les effectifs avaient progressé entre 2016 et 2018. Ils constituaient donc un point d'attention particulier. Le nombre de directeurs à l'AP-HP a diminué en 2018, passant de 256 à 244 personnes. Seuls les chargés de mission, c'est-à-dire les contractuels auxquels ne correspond aucun contrat dans la fonction publique, ont progressé. Il s'agit pour l'essentiel des personnels de la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI). Le nombre de médecins du travail a par ailleurs diminué.

La comparaison des pyramides des âges de l'AP-HP et des infirmières montre que la population correspondant à ces dernières a rajeuni. Les chiffres confirment également que celles-ci ne demeurent pas à l'AP-HP. La catégorie la plus importante a en effet moins de 30 ans. La population des aides-soignants fait l'objet d'une attention particulière dans la mesure où d'importants départs en retraite interviendront à l'avenir. Le métier n'est plus du tout attractif en régions. L'Île-de-France est encore quelque peu préservée.

L'absentéisme à l'AP-HP a plutôt diminué. La légère baisse observée en 2018 redonne des journées de travail supplémentaires. Elles permettent aussi de compenser les postes vacants. 2 % de baisse de l'absentéisme correspondent à 10 000 journées de travail. Les chiffres de l'absentéisme parisien restent néanmoins inférieurs à la moyenne des CHU de France. Dans le détail, l'absentéisme des infirmières est inférieur à celui de l'AP-HP. Il en va autrement pour les aides-soignantes dont le métier est pénible. L'absentéisme augmente en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en soins de longue durée (SLD) par rapport aux courts séjours. La baisse de l'absentéisme pour les soignants correspond en 2018 à l'équivalent de 60 ÉTP. Les 8 % d'absentéisme du personnel soignant comprennent 7 % d'absentéisme pour motif médical et 1,5 % pour maternité.

La formation, qui constitue l'un des éléments d'attractivité de l'AP-HP, a été préservée. 63 % des professionnels de l'AP-HP partent chaque année en formation. Ils étaient 46 000 l'an passé. 120 000 journées de formation ont été dispensées. Les modules professionnels qui permettent de devenir IADE et IBODE sont les plus intéressants pour l'établissement. Le bilan pour 2019 sera encore plus positif.

**La vice-présidente** s'interroge sur la diminution constante du personnel soignant paramédical alors que la catégorie A du personnel administratif a parallèlement progressé d'environ 20 % entre 2013 et 2018. En parallèle, cette année, les effectifs de personnel médical sont stables, et en diminution pour certaines catégories. Il est inacceptable que l'AP-HP puisse compter 2 000 cadres administratifs de rang A pour 18 000 soignants de rang A. Le socle de l'hôpital est le soin ; donc 1 cadre pour 9 infirmières est un problème. Les cadres transversaux ou les chargés de mission conseillers en organisation sont sûrement importants, mais ce qui est encore plus fondamental, c'est que les effectifs soignants, c'est-à-dire le cœur de l'hôpital, soient préservés. On retrouve ici le problème évoqué dans la motion adoptée en début de séance : il y a un problème d'effectifs dans les services. En ce sens, le bilan social est d'une parfaite sincérité.

**Le directeur général** souligne que le nombre de 2 000 cadres administratifs ne doit pas être rapporté à un effectif de 18 000 individus, mais d'environ 95 000 personnes. Par ailleurs, cette

population inclut des informaticiens chargés des systèmes d'information (SI) et les personnels de la DRCI.

**M. Guy BENOÎT** observe que le siège annonce sa réorganisation depuis 2008. Or, entre 2013 et 2019, les employés de catégorie A ont augmenté de + 20 %. Ces administratifs représentent aujourd'hui 2 200 personnes pour 4 600 HU, chefs de cliniques et PH à temps partiel ou complet. Le ratio s'établit donc à deux médecins pour un administratif de catégorie A. Alors que l'activité s'est accrue de +12 à +15 % depuis 2013, le corps médical n'a augmenté que de +1,4 %. En outre, parmi les 18 000 infirmières, seules 82 promotions professionnelles interviennent chaque année. Il paraît difficile dans ces conditions de retenir ces professionnelles.

**M. Sylvain DUCROZ** répond que, parmi les 2 000 personnes en question, 1 500 sont des chargés de mission affectés pour l'essentiel à la DRCI. Il s'agit bien du cœur de métier du CHU. Concernant la promotion professionnelle, les éléments mentionnés par M Guy BENOIT sont exacts. Néanmoins, leur chiffre est porté à 200 en 2019. Les années précédentes, les promotions avaient surtout concerné les cadres, les IADE et les IBODE.

**Le président** a pu en effet constater un accroissement du nombre de formations professionnelles. Cette possibilité d'évolution de carrière est fondamentale pour conserver des aides-soignantes et des infirmières. Elle constitue également un facteur d'attractivité important.

**M. Jérôme MARCHAND-ARVIER** précise que les effectifs du siège, situés avenue Victoria et rue Saint-Martin, ont diminué de 50 personnes depuis deux ans. Le cadrage budgétaire pour l'an prochain prévoit une diminution de la masse salariale du siège de - 3,5 %. Le siège prend donc toute sa part des efforts consentis par l'AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** demande si un parallèle a été dressé entre le *turn-over* des infirmières, qui s'établit à 12 %, et la réforme du temps de travail, ainsi que le passage en grandes équipes.

**M. Sylvain DUCROZ** répond que le taux de *turn over* est le même que dans les autres CHU.

**Le D<sup>r</sup> Sophie CROZIER** signale que ses collègues de l'hôpital Saint-Antoine et de la Pitié-Salpêtrière lui ont fait part de l'importance des départs des manipulateurs radio. Ce phénomène s'explique par le fait qu'ils perçoivent un salaire du double dans le privé. Cette « hémorragie » de personnel provoque une importante désorganisation. Par exemple, pour le service de neurologie de Saint-Antoine, les hôpitaux de jour (HDJ) ont été divisés par deux tandis que l'hôpital de semaine (HDS) a été fermé pendant plusieurs semaines. Sur place, une IRM est fermée en raison du manque de manipulateurs. Le problème est le même dans son propre établissement. La moitié des manipulateurs sont partis l'année dernière. Les nouvelles recrues sont beaucoup moins impliquées. Cette problématique doit constituer une urgence pour l'AP-HP. Par ailleurs, la diminution annoncée du nombre d'infirmières par lit risque également de nuire à l'attractivité pour cette profession.

**Le président** confirme ce problème de fidélisation des manipulateurs radio, qui concerne aussi les kinésithérapeutes. Au début, ils sont attirés par l'AP-HP, parce que l'activité les intéresse et qu'ils disposent d'outils tels que des IRM et des scanners. Cependant, compte tenu du coût de la vie en région parisienne, ils renoncent au bout de quatre à cinq ans.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** considère que la réforme de l'organisation du temps de travail (OTT) de 2016 a introduit une certaine souplesse dans les plannings. Elle permet de résorber une partie de

l'absentéisme. Le taux de persistance des infirmières à deux ans semble en conséquence être passé de 90 à 67 %.

**M. Sylvain Ducroz** répond que les services continuent à perdre un tiers des infirmières après deux ans. Le taux était le même en 2016.

**La vice-présidente** rectifie en indiquant que 72 % des infirmières de 2014 étaient encore présentes en 2016. En 2018, seules 68 % de celles en poste en 2016 sont encore là. Le résultat s'est donc dégradé de 4 % depuis 2016.

**Le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU** revient sur le cas des personnes qui sont recrutées « hors statut », notamment les chargés de mission pour lesquels aucun statut n'existe dans la fonction publique. Elle s'interroge sur la mise en œuvre d'une démarche proactive destinée précisément à créer de nouvelles professions. Le métier de conseiller en génétique existe par exemple depuis 2004. Or les intéressés sont toujours « hors statut ». Elle souhaite par ailleurs que, dans une AP-HP qui devient fédérale, les salaires de ces personnels soient homogénéisés.

**M. Sylvain Ducroz** fait part de la difficulté de faire reconnaître de nouveaux métiers au sein de la Fonction publique. À l'inverse, la loi adoptée cet été permet de recruter des contractuels sur toutes ces fonctions.

**Le président** souligne que l'absence d'un manipulateur radio empêche de faire fonctionner les IRM et les scanners. Cette carence coûte en réalité beaucoup plus cher qu'un recrutement. Seul le ministère de la Santé ne semble pas percevoir cette réalité.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** demande à la direction de l'AP-HP si ses pourparlers, notamment avec la mairie de Paris, lui ont permis de progresser sur la problématique du logement du personnel, spécialement l'accès aux logements sociaux. Il était également question que les salariés ne travaillant plus à l'AP-HP rendent leur bail.

**M. Sylvain Ducroz** confirme la poursuite de ces pourparlers. Le nombre de demandeurs de logements sociaux reste néanmoins constant. Des efforts ont également été accomplis en faveur des jeunes infirmières et manipulateurs. Plus de logements sociaux ont été mis à disposition en lien avec la Ville de Paris. Concernant les manipulateurs, trois propositions ont été formulées : doubler le quota d'élèves formés à l'AP-HP, rémunérer le tutorat à hauteur d'au moins 150 euros par mois et mieux rétribuer les contrats à durée déterminée (CDD).

**Le D<sup>r</sup> Isabelle NÈGRE** souligne que la problématique de l'attractivité est toujours reliée à la question des rémunérations. Or les personnes qui ont choisi l'AP-HP savaient pertinemment d'emblée que leur salaire serait moins important que dans le privé. Elles se sont orientées vers le secteur public parce qu'elles se sentaient la vocation de rendre un service. Il conviendrait d'interroger les intéressés sur les motifs de leur départ. Les chirurgiens orthopédistes se sont exprimés à ce sujet. Il n'est pas toujours question d'argent. Le *turn over* et la multiplication des *burn out* nuisent davantage à l'attractivité. Les vrais problèmes en la matière ne sont pas nécessairement traités.

**Le président** convient que la rémunération n'est pas seule en jeu. La question est multifactorielle. Les problèmes d'organisation et de mésentente avec l'encadrement peuvent aussi intervenir. L'importance du critère du salaire varie cependant suivant les métiers.

**Le P<sup>r</sup> Thomas APARICIO** observe que la pénurie de manipulateurs radio a aussi une incidence pour la radiothérapie.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** indique qu'entre 2007 et 2018, le nombre de « juniors » a augmenté de + 3 % à l'AP-HP, de + 5 % dans les ÉSPIC, de + 2,3 % parmi les autres internes, notamment en ambulatoire. La variation entre 2012 et 2018 s'établissait entre 26 et 27 % et à 84 % pour les autres internes. Le nombre d'internes affectés dans des établissements de santé extérieurs à l'AP-HP n'a augmenté que de + 1,6 % sur la période et de - 7 % d'une année sur l'autre. Ces chiffres correspondent aux premiers effets de la réforme de 3<sup>e</sup> cycle.

Le nombre d'hospitalo-universitaires (HU) a baissé de 1,4 % entre 2007 et 2018. Ces évolutions sont très contrastées. Le niveau de l'ensemble des HU est stable à 0,2 %. Les professeurs des universités (PU) et les maîtres de conférence des universités (MCU) ne suivent cependant la même évolution que les chefs de clinique et les non-titulaires. Pour les PH temps plein, l'évolution s'établit à 0,8 % et près de 5 % entre 2012 et 2018. Les PH temps partiel ont diminué sur la période, mais augmenté en 2018. Les assistants ont fortement augmenté tandis que les attachés ont baissé. Les contractuels connaissent une bonne évolution. Peu d'assistants sont supportés par l'AP-HP, mais par les GH partenaires.

La répartition des seniors par statuts s'établit à 25 % pour les HU titulaires et temporaires, 23 % pour les temps pleins et 34 % pour les praticiens attachés. Cette structuration, spécialement la part des praticiens attachés, est totalement atypique. La diapositive suivante montre l'évolution de l'âge moyen des praticiens seniors.

La répartition par statuts et par sexes fait apparaître une féminisation en dehors des HU titulaires. Parmi les responsables des structures internes, le ratio s'établissait à 81,2 % d'hommes et 18,8 % de femmes en 2018. Les directeurs de DMU sont à présent 29 % à être des femmes. La féminisation est inversement proportionnelle à la taille de la structure.

L'évolution des dépenses de personnel médical représente 2 % par an. Des effets d'attractivité ont pesé sur la masse salariale en 2018. Les « juniors » représentent un quart de l'ensemble de celle-ci. Les compte épargne-temps (CET) continuent d'être abondés. L'AP-HP s'organise pour que les praticiens en prennent de plus en plus, notamment avec une charte du bon usage des réductions du temps de travail (RTT) pour les PH. Le respect de la réglementation permet un lissage des congés. Pour les sages-femmes, l'évolution des ÉTP titulaires et contractuelles est plutôt positive.

**Le P<sup>r</sup> Bruno Riou** souligne une baisse d'environ 19 PU-PH et d'une quarantaine de MCU-PH. Deux phénomènes expliquent cette diminution. Premièrement, pour une quinzaine de postes, les ministères ont décidé de prélever des effectifs parisiens pour les affecter en régions. Deuxièmement, nombre de professionnels partent en cours de carrière en « disponibilité » pour rejoindre d'autres institutions ou l'industrie. Or leurs postes ne peuvent pas être affectés pendant deux ans.

**Le président** souligne l'importance de la remarque formulée par le P<sup>r</sup> Riou. D'une part, le redéploiement en régions constitue effectivement un facteur décisif. Mais l'Île-de-France compte 12 millions d'habitants et réunit 35 % de la recherche nationale, la diminution du nombre de postes de PU-PH est donc malvenue. D'autre part, la mise en disponibilité, même si elle est permise par la loi, peut parfois être choquante, par exemple quand certains collègues conservent leur poste pendant trois à quatre ans.



Le P<sup>r</sup> Bruno Riou précise qu'il ne visait pas quelques cas individuels. Le ministère de la Santé joue aussi d'un effet de cavalerie. Il suffit en outre qu'un collègue parte au 2 septembre pour bénéficier d'une année supplémentaire. Les doyens ont parfois la possibilité d'utiliser la masse budgétaire pour se doter d'un chef de clinique associé. Tel n'est néanmoins pas toujours le cas. Il n'existe aucun moyen de s'opposer à la mise en disponibilité.

## VI. Bactériémies dans les hôpitaux de l'AP-HP

Le P<sup>r</sup> Vincent JARLIER rappelle qu'un réseau de surveillance de la résistance aux antibiotiques a été créé, il y a vingt-six ans à l'initiative de la collégiale. Le logiciel *GLIMS* ayant été déployé dans tous les hôpitaux, sauf Robert-Debré et l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP), il est dorénavant possible de fusionner l'ensemble des fichiers.

L'étude porte sur la bactériémie. Sa gravité n'est plus à démontrer. Un peu moins de 1 million d'hémocultures ont été réalisées entre 2016 et 2017. L'indicateur de qualité idéale prévoit la mise en œuvre de 100 hémocultures pour 1 000 journées d'hospitalisation. L'AP-HP pourrait donc en accomplir davantage afin de mieux diagnostiquer les états septiques graves.

Le taux de positivité est logiquement un peu trop élevé. Il dépasse légèrement les 10 %, surtout dans certains hôpitaux. Ce chiffre s'explique aisément. Ne pas réaliser suffisamment d'hémocultures induit en effet que l'état de santé des malades s'est aggravé lorsque celles-ci sont réalisées.

Les résultats sont parfaitement stables entre 2016 et 2017. Les souillures ou staphylocoques blancs représentent plus d'un tiers des hémocultures positives. Elles ont légèrement diminué puisqu'elles atteignaient 38 % en 2016. Le P<sup>r</sup> Vincent JARLIER forme le vœu que ce taux continuera à baisser. Il existe effectivement un lien entre l'utilisation des nouveaux antiseptiques préconisés par le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), notamment la chlorhexidine à 2 %, et la diminution des souillures.

Pour 2016 et 2017, le nombre de bactériémies s'élève à 25 000 à l'AP-HP. Elles ont provoqué environ 2 000 décès. L'incidence des bactériémies varie considérablement d'un hôpital à un autre. Pour les staphylocoques dorés multirésistants, elle varie de 1 à 6 suivant les hôpitaux. Un niveau plus faible s'observe évidemment dans les établissements de soins de suite et réadaptation et de soins de longue durée (SSR-SLD).

Pour les klebsielles multirésistantes, le même écart s'observe. Les hôpitaux qui ont le plus d'incidences à staphylocoques multirésistants sont aussi ceux qui comptent le plus de klebsielles multirésistantes. Plus la bactériémie se produit tard dans l'histoire du malade à l'hôpital, plus la proportion dans chaque espèce bactérienne de souches résistantes est élevée.

L'AP-HP dispose aujourd'hui de deux types de données : *GLIMS* et *ORBIS*. Le P<sup>r</sup> Vincent JARLIER indique que, avec le D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER et M. David TRYSTRAM, il a contacté M<sup>me</sup> Christel DANIEL, responsable du pôle « données ». Ils proposent d'analyser la qualité des données bactériologiques de l'entrepôt de données de santé (EDS) en les confrontant au résultat des travaux menés à la collégiale. Ces résultats pourraient en effet ne pas être identiques.

La question est de savoir si des indicateurs de qualité sanitaire automatisables sur les infections pourraient être générés à l'AP-HP via l'EDS. La fusion des bases de données ne pose pas de problème en soi dans la mesure où M. David TRYSTRAM, affecté dorénavant à la direction des

systèmes d'information (DSI), est resté médecin biologiste en poste à la Pitié-Salpêtrière. En revanche, l'utilisation de l'EDS à cette fin n'est pas maîtrisée. Pour que cet entrepôt ne serve plus seulement à la recherche, mais permette l'établissement d'indicateurs de qualité sanitaire, il faudra qu'une aide soit prodiguée à son équipe.

**Le président** estime que l'appel du P<sup>r</sup> JARLIER doit être entendu et il soutient son projet. L'EDS doit pouvoir être utilisé pour les problématiques relatives à la qualité et à la sécurité des soins.

**Le P<sup>r</sup> Rémi SALOMON** souhaite que les données concernant les soins soient exploitées afin de lutter contre les maladies nosocomiales. Il estime que l'exploitation du système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIRAM), une base de données relative aux affections nosocomiales communautaires, permettrait de déterminer quels antibiotiques ont utilisés les patients entrant à l'AP-HP.

**Le P<sup>r</sup> Vincent JARLIER** confirme l'intérêt de la démarche. Il n'est toutefois guère aisé de relier le patient à son passé en médecine de ville. En l'état, peu de personnes exploitent l'EDS en tant qu'un indicateur de la qualité médicale. D'autres pathologies telles que le diabète pourraient potentiellement être concernées. La difficulté principale tient au fait que les champs renseignés dans GLIMS et dans l'EDS ne correspondent pas forcément. Les équipes concernées doivent donc accomplir un travail important sur ce point. Elles doivent être encouragées à le réaliser.

## **VII. Point sur les coopérations avec la médecine de ville et le projet « médecins partenaires »**

**Le D<sup>r</sup> Sophie DE CHAMBINE** explique que les actions engagées en faveur de la coopération entre la médecine de ville et l'hôpital résultent de plusieurs enquêtes menées au cours de l'année 2016. Leur développement est dû à l'ensemble des praticiens et au soutien de la vice-présidente de la CME.

Les coopérations avec les structures de ville sont passées de 17 à 50. Elles ont donc fortement augmenté. Les centres de santé demeurent les premiers partenaires. Les maisons de santé ne sont cependant pas en reste. Les futures communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui commencent à apparaître sur le territoire, sont également concernées. Quant aux postes d'assistants partagés ville-hôpital, une première campagne est intervenue en 2018 avec 12 postes sur 14 accordés par l'ARS. Pour 2019, 36 postes ont été obtenus. Il s'agit de praticiens hospitaliers à temps partiel. Des coopérations peuvent ainsi se développer, non seulement avec des centres de santé, mais aussi avec des cabinets libéraux, des maisons de santé et d'autres types de structures. Les spécialités des candidats sont extrêmement variées.

**M<sup>me</sup> Pascaline VILLIÉ** rappelle que le programme « médecins partenaires » existe depuis trois ans. Il rassemble 2 000 praticiens. En lien avec cette démarche, l'AP-HP avait pris trois engagements. Le premier consistait à pouvoir prendre rendez-vous en ligne. Le service existe depuis un an et demi, mais est relativement peu utilisé. Seuls 200 rendez-vous sont réservés chaque mois. Le deuxième engagement, relatif au compte-rendu d'hospitalisation à J0, est difficile à mettre en œuvre. Seuls 50 % ont été atteints contre 80 % initialement prévus. Le troisième engagement visait à assurer un accès téléphonique à un médecin senior dans les services d'hospitalisation. L'avancée la plus importante a été accomplie dans ce domaine. Plus de 200 services sont proposés. Ils sont disponibles au travers de l'application *Direct* AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Sophie DE CHAMBINE** indique qu'avant l'été, les différents partenaires ont réfléchi aux diverses façons de faciliter l'intervention des médecins de ville auprès des services d'accueil des urgences (SAU) pour la prise en charge de certains soins non programmés relevant des soins primaires. Il pouvait s'agir de postes partagés, de téléconsultations, de contrats avec les médecins libéraux, de la réorientation en dehors de l'hôpital, etc. Des médecins de ville pourraient également contribuer sous la forme de consultations avancées d'une structure de ville. Il pourrait s'agir d'un exercice secondaire pour un médecin de ville, mais aussi de l'implantation d'une structure de ville, telle qu'une maison médicale de garde, une maison de santé ou un centre de santé. Les médecins de ville qui viendraient à l'AP-HP occuperaient le domaine public hospitalier. À cette fin, il faudrait prévoir un appel à candidatures par site avec les outils mis à disposition par la direction des affaires juridiques (DAJ). Il est également important de discuter avec les partenaires de ville dans le territoire. Ces nouvelles organisations posent un certain nombre de problèmes relatifs notamment au cadrage juridique.

**Le président** rappelle que les relations ville-hôpital sont indispensables. Les comptes rendus opératoires doivent notamment être rapidement transmis.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** remarque que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constitueront un enjeu important dans les prochains mois. Les unions régionales de professionnels de santé (URPS) essaient de prendre la main sur cette activité qui représente des millions d'euros. Il convient de rappeler aux différents partenaires leurs droits, mais aussi leurs devoirs. Il déplore que l'établissement des certificats de décès, depuis qu'il est associé à un forfait de 100 €, n'intéresse plus les médecins libéraux. Les SMUR sont en conséquence contraints de se déplacer pour les réaliser.

**La vice-présidente** souligne l'importance des référents par site et invite les directeurs de DMU à s'intéresser de près au sujet vu l'hétérogénéité que l'on constate aujourd'hui d'un site à l'autre. Cela représente indéniablement du temps médical mais c'est un investissement utile. Elle précise que la lettre de liaison n'est pas le compte rendu d'hospitalisation et que les maisons ou centres de santé associés à l'hôpital doivent relever évidemment du secteur 1 pour pouvoir participer au service public de santé.

## **VIII. Questions diverses**

### ***Plan relatif aux unités de soins de longue durée (USLD)***

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** s'interroge sur l'état du plan de l'AP-HP relatif aux USLD.

**Le président** indique que ce sujet sera inscrit à l'ordre du jour de la prochaine CME.

### ***L'AP-HP sous la Commune***

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** rappelle l'existence, avant le bureau du directeur général, d'un mur rassemblant les portraits de tous ces prédécesseurs. L'un d'entre eux est manquant. Il s'agit de M. Camille TREILLARD. Alors que la Commune de Paris avait lieu, il prit la direction de l'Assistance Publique. Il mourut en protégeant les 4 000 francs or qui étaient conservés dans le coffre-fort de l'institution. M<sup>me</sup> Hélène SERVANT a retrouvé son jeton de présence. Il conviendrait de lui rendre hommage et en affichant son portrait sur ce mur.

**Le directeur général** propose d'examiner cette proposition à l'occasion du déménagement prochain de la direction générale.

***Incendie de Notre-Dame et risque de contamination au plomb***

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** s'interroge sur les mesures envisagées en lien avec le risque de contamination au plomb consécutif à l'incendie de la cathédrale Notre-Dame.

**Le directeur général** indique que les prélèvements environnementaux après nettoyage ont mis en évidence que très peu de zones étaient contaminées. Fin août, une centaine de plombémies a été réalisée. Une seule dépasse les 50 µg. Une enquête est en cours afin de déterminer si ce niveau est dû aux conditions environnementales. Des contaminations au plomb peuvent intervenir dans Paris et ne pas être liées à cet événement.

*L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 19 heures 45.*