

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 11 SEPTEMBRE 2018

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 9 OCTOBRE 2018

SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	7
II.	« Nouvelle AP-HP » et plan de transformation	9
III.	Positionnement de l'AP-HP dans l'activité MCO de la région Île-de-France de 2013 à 2017	16
IV.	Point d'étape sur les projets médicaux partagés de « aphp.5 » et « aphp.6 »	17
V.	Point d'étape sur le schéma de transformation des unités de soins de longue durée	23
VI.	Visites de risques	25
VII.	Questions diverses	25
VIII.	Approbation du compte rendu de la CME du 10 juillet 2018	26

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Positionnement de l'AP-HP dans l'activité MCO de la région Île-de-France (M^{me} Christine WELTY)
3. « Nouvelle AP-HP » et plan de transformation (MM. Martin HIRSCH et Jérôme MARCHAND-ARVIER)
4. Point d'étape sur les projets médicaux partagés de :
 - « ap-hp.5 » (MM. Pierre CARLI, Stanislas CHAUSSADE, Éric THERVET ET Gérard FRIEDLANDER)
 - « ap-hp.6 » (P^{rs} Philippe GRENIER, Bertrand GUIDET et Bruno RIOU)
5. Point d'étape sur le schéma de transformation des unités de soins longues durée (M^{me} Cécile BALANDIER)
6. Visites de risques (D^r Christine MANGIN)
7. Questions diverses
8. Approbation du compte rendu de la CME du 10 juillet 2018

SÉANCES RESTREINTES

Composition B

- Avis sur la titularisation d'un MCU-PH nommé stagiaire au 1^{er} septembre 2016
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière d'une MCU-PH

- Assistent à la séance

• avec voix délibérative :

- M^{me} le P^r Nelly ACHOUR-FRYDMAN
- M. le P^r René ADAM
- M. le P^r Yves AIGRAIN
- M. le P^r Joël ANKRI
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P^r Thierry BÉGUÉ
- M. le P^r Sadek BELOUCIF
- M. Guy BENOÎT
- M^{me} le D^r Clara BOUCHÉ
- M^{me} le P^r Françoise BOTTEREL CHARTIER
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^r Jean-Claude CAREL
- M. le P^r Pierre CARLI
- M. le P^r Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^r Gérard CHÉRON
- M. le P^r Bruno CRESTANI
- M. le P^r Yves COHEN
- M. le P^r Philippe CORNU
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M. le P^r Bruno CRESTANI
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le D^r Michel DRU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. le P^r Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS
- M. le D^r Laurent GILARDIN
- M. le P^r Bertrand GODEAU
- M. le P^r François GOFFINET
- M. le P^r Bernard GRANGER
- M. le P^r Bertrand GUIDET
- M^{me} Sophie GUILLAUME
- M. le D^r Christian GUY-COICHARD
- M. le P^r Olivier HÉLÉNON
- M. le D^r Olivier HENRY
- M^{me} le P^r Dominique ISRAËL-BIET
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M. le P^r Laurent MANDELBROT
- M. Michel MOÏSE
- M^{me} le D^r Véronique MOLINA
- M^{me} le D^r Isabelle NÈGRE
- M. le P^r Rémy NIZARD
- M. le D^r Antoine PELHUCHE
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Valérie PÉRUT
- M. le P^r Michel PEUCHMAUR
- M^{me} le D^r Élisabeth PORSMOQUER
- M^{me} le P^r Claire POYART
- M. le P^r Dominique PRIÉ
- M^{me} Caroline RAQUIN
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M^{me} Isabelle RIOM
- M. le P^r Rémi SALOMON
- M. le D^r NAMIK TARIGHT
- M. le P^r Éric THERVET
- M. le P^r Nicolas THIOUNN
- M. le P^r Jean-Marc TRÉLUYER
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Noël ZAHR

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P^r Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers

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

- M. le P^r Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
- M^{me} le D^r Lynda BENSEFA-COLAS, médecin coordonnateur du service central de santé au travail de l'AP-HP
- M^{me} Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
- M^{me} Sophie BENTÉGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. François CRÉMIEUX, directeur général adjoint
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M. Pierre-Emmanuel LECERF, directeur général adjoint
- M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, directeur général adjoint
- M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- M^{me} Hélène OPPETIT (DOMU)

- ***Représentante de l'ARSIF :***

- M^{me} le D^r Caroline SUBERBIELLE

- ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Bruno RIOU, Arnaud PHILIPPE, Emmanuel BARREAU, Olivier BENVENISTE, Catherine BERNARD, Catherine BOILEAU, Francis BONNET, Marie BORNES, Nathalie CHARNAUX, Patrick DASSIER, Marysette FOLLIGUET, Louis MAMAN, Lucile MUSSET, Jean-Marc NACCACHE, Christian RICHARD, Emmanuel BARREAU, Phanarom THONG, Denis TIXIER, Michel ZÉRAH, Vincent JARLIER
- MM. Alexandre ALLERA, Arthur DAUPHIN, Yann FLÉCHER, Jean-Vincent LAQUA

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

I. Informations du président de la CME

Hommage au D^r Annick ANKRI

La CME rend hommage au D^r Annick ANKRI, responsable du laboratoire d'hémostase de la Pitié-Salpêtrière, décédée le 22 juillet à l'âge de 67 ans.

La CME observe une minute de silence en sa mémoire.

Mouvements à la CME

- le P^r Bertrand GODEAU a été élu le 28 juin président de la CME locale (CMEL) du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Henri-Mondor*, en remplacement du P^r Ariane MALLAT ;
- le D^r Emmanuel BARREAU (ophtalmologie, Bicêtre) remplace le D^r Thomas SCHOUMAN nommé MCU-PH le 1^{er} septembre ;
- le P^r Philippe GRENIER a démissionné le 3 septembre de ses fonctions de président de la CMEL du GH *Hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix* ; l'élection de son successeur se tiendra le 14 septembre ;
- M. Loïc MORVAN, directeur par intérim des soins et des activités paramédicales, absent ce jour, remplace M^{me} Françoise ZANTMAN, nommée à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ; il assistera avec une voix consultative à la CME.

Nouveau directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)

M. Aurélien ROUSSEAU, a été nommé le 25 juillet en Conseil des ministres pour succéder à M. Christophe DEVYS. Membre du Conseil d'État, ancien directeur adjoint du cabinet de M. Bertrand DELANOË puis secrétaire général adjoint de la mairie de Paris, conseiller social de M. Manuel VALLS à Matignon puis de M. Bernard CAZENEUVE, il était président-directeur général de la Monnaie de Paris depuis mars 2017. La ministre, M^{me} Agnès BUZYN, l'avait chargé en mars 2018 du pilotage de la concertation sur les enjeux relatifs aux ressources humaines dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé. La CME l'invitera dans quelques temps pour échanger avec lui sur l'AP-HP.

Groupe de travail sur la démographie médicale

Un groupe de travail sur la démographie médicale a été constitué entre l'AP-HP et les groupements hospitaliers de territoire (GHT) d'Île-de-France. Il a été mis en place suite au séminaire du 31 janvier 2018 organisé sur le thème « *Territoires : nouvelle donne des partenariats hospitaliers en Île-de-France* », dont l'un des ateliers portait sur la démographie médicale. Il a été convenu de poursuivre la réflexion sous trois angles : attractivité, exercice partagé entre GH et GHT, répartition des internes. Un comité de pilotage stratégique rassemble le président de la conférence des doyens, le président de la CME de l'AP-HP, le président de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France, deux directeurs et des représentants de la DOMU, de la Fédération hospitalière de France (FHF) - section Île-de-France et de l'ARSIF. Il s'appuiera sur le groupe de travail dans lequel la CME de l'AP-HP sera représentée par le D^r Anne

GERVAIS et les P^{rs} Joël ANKRI, Thierry BEGUÉ, Olivier BENVENISTE, Jean-Claude CAREL, Yves COHEN, Jacques DURANTEAU et Bertrand GODEAU.

Échanges sur la réforme du système de santé

Le président et MM. Michel CLAUDON, président de la conférence nationale des présidents de CME de CHU, François-René PRUVOT, président de la CME du CHU de Lille et Jean-Emmanuel DE LA COUSSAYE président de la CME du CHU de Nîmes, ont été reçus en juillet par les conseillers santé du Président de la République et des ministères en charge de la santé et de l'enseignement supérieur. Cet entretien s'étant avéré décevant, le président a été reçu une seconde fois début septembre par MM. Guillaume COUILLARD, conseiller santé à Matignon, et Yann BUBIEN, directeur adjoint du cabinet de M^{me} BUZYN. Cet échange s'est avéré plus constructif. Il a pu y aborder les principales difficultés de nos hôpitaux. Il a insisté sur la nécessité de recentrer l'hôpital autour de l'équipe médicale et du service, de réviser en profondeur les pôles qui doivent être construits autour de projets médicaux, à l'instar de ce que souhaite faire l'AP-HP avec les nouveaux départements médicaux universitaires (DMU)

Le président a aussi fait part de son souhait que la question de l'attractivité soit posée dans toutes ses dimensions, notamment au regard de la concurrence inégale du secteur privé lucratif et des établissements privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) qui peuvent offrir des salaires sans commune mesure avec ceux du secteur public. À cela s'ajoute le fait que les jeunes sont de plus en plus nombreux à privilégier une installation en région en raison du coût de l'immobilier et de la qualité de vie en Île-de-France.

Le président estime que ces problèmes ne peuvent être résolus sans une évolution des statuts. Il se dit favorable à un statut unique au sein des CHU avec une arborescence différente en fonction des métiers exercés et de l'évolution de carrière. Aucune recette magique n'existe, mais le débat doit être ouvert, y compris dans ses aspects les plus délicats car c'est l'avenir même de l'hôpital public qui est en jeu.

Directoire du 4 septembre 2018

Le directoire a discuté de la fermeture de l'hôpital gériatrique de La Rochefoucauld en lien avec l'évolution des capacités gériatriques du GH *Hôpitaux universitaires Paris-Centre* (HUPC) et la réouverture de capacités en 2019 à Broca.

L'achat de robots a aussi été évoqué. Le président rappelle que, au départ, seuls deux à trois robots supplémentaires avaient été envisagés en vue de corriger le sous-équipement de l'AP-HP par rapport aux établissements privés et améliorer son attractivité pour les jeunes chirurgiens. Finalement, malgré les contraintes économiques, le directeur général a, décidé l'installation de neuf robots. Le groupe *Chirurgie* discutera le 2 octobre des hôpitaux où ils seront implantés en fonction des besoins et des perspectives d'utilisation.

Maltraitance

Lors de la 1^{ère} réunion de révision des effectifs hospitalo-universitaires organisée le matin même au ministère, une discussion a eu lieu sur la cellule mise en place par l'Université pour s'occuper des faits de maltraitance des étudiants hospitaliers, avec laquelle il est nécessaire que l'hôpital collabore pour éviter des situations inacceptables. Le président se déclare scandalisé par les faits

en question. Lorsque de tels faits sont avérés, il souhaite la plus grande sévérité à l'égard des chefs des équipes dans lesquelles ils ont eu lieu.

Informations du directeur général

Le directeur général annonce que l'équipe de direction a été renforcée par trois directeurs-généraux adjoints pour accompagner les évolutions institutionnelles :

- M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, jusqu'à présent secrétaire général de l'AP-HP ;
- M. François CRÉMIEUX, lequel quitte la direction des hôpitaux universitaires Paris Nord-Val-de-Seine (HUPNVS) ;
- M. Pierre-Emmanuel LECERF qui revient à l'AP-HP après avoir travaillé sur le projet « campus hospitalo-universitaire Grand Paris Nord » jusqu'en 2013.

L'idée est celle d'un fonctionnement plus collégial, préparant la déconcentration et menant les chantiers de transformation tout en assurant un fonctionnement plus transversal au sein du siège d'une part, et entre le siège et les groupes hospitaliers d'autre part.

Quelques innovations sont à souligner, notamment le partage d'un même bureau. Chacun sera le référent des directions actuelles du siège, pour la période de préfiguration du nouveau siège :

- M. Pierre-Emmanuel LECERF sera le référent de la direction des affaires économiques et financière, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP) et de la direction des ressources humaines (DRH) ;
- M. François CRÉMIEUX pour la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU), de la direction des relations internationales (DRI) et de la direction des soins (DSAP) ;
- Enfin, M. Jérôme MARCHAND-ARVIER sera celui des directions du système d'information (DSI), du pilotage et de la transformation (DPT), des affaires juridiques (DAJ) et des patients (DPUA).

De nouvelles nominations ont également eu lieu dans les groupes hospitaliers : M^{me} Édith BENMANSOUR a pris les fonctions de directrice des hôpitaux universitaires Henri-Mondor, succédant à M^{me} Martine ORIO, laquelle se voit confier deux missions spécifiques sur la biologie et en appui des hôpitaux universitaires Paris-Sud.

M. Gérard COTELLON a été nommé directeur du CHU de Pointe-à-Pitre au 1^{er} septembre et sera remplacé dans les jours à venir.

Les deux préfigureurs de « aphp.5 », M. Serge MOREL, et de « aphp.6 », M^{me} Christine WELTY, prendront leurs fonctions le 17 septembre.

La composition du directoire a été modifiée afin qu'il soit représentatif de cette nouvelle organisation et de celle à venir. Ainsi, le directoire associera l'ensemble des groupes hospitaliers de manière plus élargie. Cette composition se mettra en place dès le prochain directoire, qui se tiendra la semaine prochaine. Ce mode de fonctionnement permettra de maintenir l'unité de l'AP-HP et d'accorder plus d'autonomie et de responsabilités aux groupes hospitaliers.

II. « Nouvelle AP-HP » et plan de transformation

Le directeur général indique que le plan de transformation vers la « nouvelle AP-HP » va conduire à résoudre les problèmes structurels de l'AP-HP.

Malgré des forces médicales, soignantes et universitaires jouissant de peu d'équivalent au monde en termes de qualité d'expertise et de quantité de personnels, cet ensemble demeure chroniquement dans un état d'esprit de paralysie et de malaise qui se traduit par trois symptômes principaux.

Premièrement, des plaintes sont formulées quant au manque de moyens et de reconnaissance au regard des missions assurées et des spécificités de l'AP-HP.

Deuxièmement, des regrets visent plus précisément des lourdeurs, entravant notamment les processus décisionnels et induisant une organisation dysfonctionnelle caractérisée par une perte de sens, l'absence d'unité de service, une mauvaise concurrence en lieu et place d'une émulation.

Troisièmement, des difficultés relationnelles avec l'environnement, lequel s'avère plus complexe et atypique que pour les autres CHU (plusieurs universités, relations avec l'INSERM, etc.) génèrent une insatisfaction.

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont révélé des différences de relation avec les territoires, la médecine de ville ou encore avec des acteurs jugés parfois peu à l'écoute des enjeux et des spécificités de l'AP-HP (Ville de Paris, ARS, ministères).

Cette transformation ambitionne de conserver le meilleur et de s'affranchir de l'idée d'une AP-HP condamnée à des dysfonctionnements, où il serait difficile de s'épanouir.

Pour assurer cette transformation, un lieu de concertation, d'orientation et de décision avec les parties prenantes a été constitué fin 2016. En juillet 2017, ce groupe a pris certaines décisions qui se sont notamment traduites par la mise en chantier de « aphp.5 » et de « aphp.6 », en demandant aux acteurs de construire un projet médical avant de construire une architecture.

Ce mouvement recouvre les décisions de regroupement sur un même site des hôpitaux Ambroise-Paré et Raymond-Poincaré, de construire un nouvel équilibre entre Avicenne et Jean-Verdier, de passer de quatre à trois centres de transplantation hépatique, etc.

Ce groupe a également statué sur des orientations plus transversales telles que l'accélération du numérique et de la digitalisation, induisant de nouvelles organisations, qui ne soient pas seulement transposées sur des organisations figées, ou encore des sujets de ressources humaines dans la lignée du projet « ressources humaines – personnel médical » (RHPM) ou sur les relations avec la médecine de ville.

Ces décisions ont donné lieu à la rédaction d'une note d'une vingtaine de propositions transmise au Gouvernement visant à identifier les éléments réglementaires pouvant aider l'AP-HP à évoluer et à mieux accomplir ses missions. Cette note avait été couronnée d'un succès d'estime : si les propositions avaient été considérées comme pertinentes, elles n'avaient été suivies d'aucune traduction concrète en raison d'une attention gouvernementale accaparée par d'autres thématiques de santé. Certains éléments sont toutefois ancrés et devraient probablement se

traduire dans les faits, à l'instar du développement d'un protocole de coopération entre médecins et soignants, lequel n'est plus remis en cause.

Les résultats de l'AP-HP en 2017, après plusieurs années consécutives d'amélioration, ont conduit à étendre à des transformations plus médico-économiques.

Il est apparu essentiel de promouvoir une AP-HP qui reste une et unie mais plus fédérale, plus médicalisée, mieux différenciée dans ses différentes activités, y compris de manière juridique. Cette évolution lui permettrait de pouvoir nouer plus facilement des partenariats avec d'autres (acteurs de santé, industriels, etc.). C'est ce qui a été validé en directoire en mai 2018.

Leurs conséquences concrètes se sont cristallisées dans la préfiguration des deux premiers grands groupes hospitaliers « aphp.5 » et « aphp.6 », ainsi que dans l'organisation de la transformation du siège, concomitant avec l'annonce de son déménagement au cœur d'un GH.

Dans la continuité de ces premiers travaux, il est apparu pertinent, pour compléter le travail d'architecture du grand groupe hospitalier et de l'AP-HP, de s'intéresser au fonctionnement et à l'architecture des organisations médicales proprement dites. Ce sujet a été au cœur de discussions qui se sont tenues lors du dernier séminaire en juillet dernier, dont les principales conclusions avaient été présentées à la CME.

L'idée première était de ne pas superposer les organisations médicales, mais induire des organisations médicales différentes. Le comité a proposé la création de départements médicaux universitaires (DMU) qui s'inscrivent davantage dans une logique d'activités médicales et non de simple juxtaposition dans un but de gestion. Certains pôles ont déjà parfaitement intégré cette logique, sans difficulté. Tout cet ensemble devra cependant être revu au regard de ces nouvelles organisations hospitalières afin de s'assurer de l'absence d'émules concurrentes au sein d'un même ensemble ou de services non compatibles.

Des éléments de gouvernance ont également été actés. Ces ensembles doivent bénéficier d'une gouvernance davantage collégiale d'un point de vue médical et paramédical. Le mode de nomination sera dorénavant fondé sur des projets, avec des responsables nommés au niveau central afin de conserver une harmonie. Le processus d'appel à candidatures sera rénové, pour y inclure des personnalités extérieures, y compris étrangères.

Il semblait également essentiel d'associer des représentants de patients, à l'instar des unités de recherche, de pouvoir leur déléguer des compétences de gestion dans le cadre d'un contrat ainsi que d'éclaircir la question des cumuls. La fonction de responsable de DMU ne sera par exemple pas compatible avec celle de chef de service.

Dans le même temps, la notion de service doit être revue avec notamment une chefferie de service dont la responsabilité de nomination incombe à la gouvernance locale, sauf en cas de difficultés particulières. Les aptitudes au management constitueront désormais un critère important, avec la possibilité pour des praticiens hospitaliers d'être nommés chef de service dans l'ensemble des disciplines, dès lors qu'un environnement hospitalo-universitaire a été défini.

Pour résumer, le but de cette transformation est de faire émerger une AP-HP qui se fédéralise et qui se déconcentre, des groupes hospitaliers qui se rapprochent de leurs universités avec une taille plus importante et des organisations médicales qui renouent avec la notion de service dans

le cadre de DMU similaires aux organisations en place dans de grands hôpitaux universitaires étrangers.

Il est nécessaire d'être capable de redonner vie à la notion de site. Les besoins de simplification, de souplesse et d'autonomie doivent également être pris en compte.

Ce projet aussi ambitieux que nécessaire devra, dans les semaines et mois à venir, transformer les principes énoncés sur les DMU en éléments plus précis à définir en commun (représentation de la CME, chefs de pôle, paramédicaux, jeunes).

Le président partage les grandes lignes qui ont été tracées de concert, avec un travail sérieux réalisé au cours des différents séminaires et une représentation importante de la CME. Le diable se cache cependant dans les détails. Il insiste sur la nécessité de simplifier les processus de décision qui doivent être plus rapides. Deuxièmement, le recentrage sur l'équipe médicale et soignante est indispensable. Troisièmement, l'utilisation des plateaux techniques doit être optimisée.

Certains pôles ont été conçus autour d'un projet médical et ont permis de rompre l'aspect notarial des services, mais cela n'a pas été le cas de tous les pôles. Il faut donc corriger ce qui ne va pas en apprenant à mieux travailler en commun.

Depuis l'engagement de cette réflexion, seules les grandes lignes ont été dessinées et beaucoup reste à faire. Certains premiers éléments s'avèrent bénéfiques et parviennent à progressivement dépasser les réticences initiales. Ces premiers retours favorables ne doivent cependant pas faire relâcher notre vigilance. Certains points méritent encore d'être éclaircis, par exemple en ce qui concerne la plus grande autonomie souhaitée pour les groupes hospitaliers, qui ne doit pas conduire à favoriser les petits arrangements locaux. Nous n'ignorons pas les obstacles qui restent devant nous, mais l'immobilisme ne peut pas être de mise. Nous devons évoluer de façon saine et pertinente grâce au dialogue pour surmonter les désaccords et les contradictions.

Parmi les sujets qui mériteront d'être approfondis, on trouve notamment l'allègement du poids administratif, la médicalisation de la gouvernance qui nécessite un changement des mentalités et des organisations, ou encore le rôle de proposition que doivent acquérir les collégiales.

Concernant la crainte de l'émergence de quatre AP-HP distinctes, **le président** réaffirme son attachement à l'unicité de l'AP-HP qui lui donne un poids non-négligeable en matière de recherche au niveau international, mais aussi vis-à-vis de nos tutelles. Elle ne doit cependant pas occulter le souci de déconcentration des décisions et d'allègement des procédures, ne serait-ce que pour gagner du temps médical au profit des patients.

Concernant les chefs de DMU, **le président** pense qu'ils ne doivent pas l'être à temps plein et peuvent assurer une activité clinique, c'est même souhaitable pour rester au contact de la réalité des services et éviter le risque de devenir des sortes d'*apparatchiks* de commissions. Le jury de sélection des chefs de DMU ne constitue certes pas un gadget. Les meilleurs doivent être nommés à la tête de chaque département, car ils sont la vitrine de l'AP-HP à l'extérieur, mais ils doivent aussi être dotés de qualités managériales.

En conclusion, le président souhaite que les membres de la CME s'investissent dans le débat et fassent connaître leur avis de manière franche afin de faire avancer le projet de manière concrète.

Un chantier a été ouvert, il doit être saisi. Un canevas a été tissé et doit désormais être complété par les propositions de tous. Si le travail de fond ne peut être réalisé en assemblée de 75 personnes, l'évolution des réflexions menées par le groupe « *oikéiosis* » sera communiquée et discutée au fur et à mesure à la CME.

Le D^r Christophe TRIVALLE pressent deux écueils : la fin de l'unicité et la création d'une « *usine à gaz* ». Les GH n'ont pas fonctionné. Or, il est désormais question de créer des « supra-GH ». La base des services ne connaît pas ces instances dirigeantes. Ce projet risque d'éloigner toujours plus les services de leur hiérarchie. Par ailleurs, s'il peut paraître bénéfique pour l'AP-HP d'attirer des médecins étrangers, la question de leur rémunération se pose.

Le président précise que le projet concerne l'intégration de praticiens étrangers dans les jurys.

Le D^r Patrick PELLOUX aimerait avoir des exemples de systèmes ayant déconcentré pour fédérer. En effet, les pôles, qui devaient révolutionner la mentalité hospitalière, ont brisé la cellule que constitue le service. D'autre part, cette unicité est largement remise en question par les prérogatives exorbitantes de l'ARSIF.

Le P^r Bernard GRANGER adhère au besoin de modernisation de l'AP-HP. Le projet vise à redonner une plus grande place aux services, à transformer les pôles en DMU, à supprimer les petits GH au profit de quatre grands ensembles et à maintenir l'unicité de l'institution, le siège conservant la main sur les grandes décisions. Or, ces impératifs semblent difficiles à concilier. Pour allouer une place fondamentale aux services et aux départements, des délégations de gestion ainsi que les moyens de prendre des décisions doivent leur être octroyés. Aucune garantie n'encadre cette nécessité et ce point reste actuellement dans le flou.

Le problème structurel de l'AP-HP, son éclatement et le nombre trop élevé de sites, a été souligné. La présentation des restructurations à venir donne l'impression d'un transfert de pouvoir du siège vers l'administration de ces grands GH, sans que la lourdeur du fonctionnement administratif ne soit toutefois diminuée sur le terrain. Le mot-clé semble être *subsidiarité*, c'est-à-dire identifier les efforts à réaliser à chaque niveau et pour chaque décision administrative afin d'assurer un circuit efficient, court et rapide. Il faut laisser un maximum d'autonomie aux équipes soignantes si on veut redonner du sens à leur travail et échapper à la logique comptable en cours.

Les évolutions annoncées doivent être accompagnées. Leurs principes énoncés à ce jour sont-ils par ailleurs actés définitivement ? Par exemple, le regroupement d'une même discipline au sein du même GH au sein d'un même département s'oppose à la logique de site. Le caractère systématiquement multi-site de ces départements pourrait présenter le risque de les rendre ingouvernables. Les deux repères essentiels que constituent les services et les sites doivent être mieux affirmés et confortés, afin que cette métamorphose n'échoue pas, à l'instar des transformations précédentes.

M. Guy BENOÎT constate qu'une nouvelle AP-HP est proposée sans qu'aucun bilan des dysfonctionnements des GH n'ait jamais été établi. En outre, les notions de service et de proximité sont mises en exergue sans que leur organisation concrète ne soit avancée. Les aspects de cette transformation de grande envergure demeurent flous, ce qui est inquiétant.

Le président remarque que si les GH multi-sites ont souffert d'un manque d'identification de leur décideur, plus aisée pour les GH mono-site, ils ont toutefois permis d'éviter des concurrences néfastes entre services voisins.

Le D^r Sophie CROZIER n'exprime aucune opposition particulière à ce projet intéressant, dont elle se sent éloignée au regard de la réalité du terrain. Aucun bilan de la situation actuelle, dont tout projet devrait s'inspirer, n'a été dressé. À la Pitié-Salpêtrière des économies de personnels induisent d'être chaque jour à la recherche de personnels paramédicaux. Personne n'a pour l'heure évoqué ni les personnels paramédicaux ni les patients, dont la sécurité est essentielle. Des lits sont fermés dans un objectif d'économie, entraînant un combat quotidien pour en trouver. Cette réorganisation paraît pertinente, mais elle intervient dans une situation dramatique. La qualité et la sécurité des soins, dont l'AP-HP est responsable dans son ensemble, ne sont pas assurées. Tout projet, s'il veut aboutir, doit prendre en compte cette dramatique réalité. Le recrutement de personnels semble ainsi indispensable pour assurer le bon fonctionnement des services ainsi que des conditions de travail dignes pour les salariés. La non-résolution de ces problématiques pratiques empêche toute projection dans l'avenir. En outre, le regroupement a été présenté comme exemplaire. Or, des services ont été regroupés dans des bâtiments afin d'assurer la rentabilité du projet sans que cette concentration ne présente aucun intérêt pour le parcours patient.

Le président souscrit à la nécessité de ne pas s'éloigner du quotidien. Le but n'est pas de se concentrer uniquement sur la gouvernance.

Le P^r Rémi SALOMON confirme que de nombreux collègues considèrent ce projet comme éloigné de leurs problématiques, qu'il ne permettra pas de solutionner. L'efficience apparaît inévitable au regard des contraintes budgétaires imposées, sur lesquelles l'AP-HP n'a que peu d'influence. Le but est d'agir en dépit de ces impératifs. Néanmoins, des limites s'imposent à l'action uniquement motivée par l'efficience. Les enjeux de la question des personnels paramédicaux sont importants, notamment au regard de la notion d'équipe. L'ensemble de la médecine et de la recherche pâtira de la disparition du paramédical. En outre, les craintes sont grandes que les grandes restructurations envisagées occupent beaucoup de temps et d'énergie, sans parvenir à trouver des équations qui satisfassent le plus grand nombre. De plus, il apparaît en effet essentiel de redonner tout son sens à l'unité de la structure. D'aucuns ont le sentiment que les décisions sont prises par des personnes éloignées du terrain. Quelle que soit la structure, l'organisation doit promouvoir la transparence, avec des informations communiquées au fur et à mesure des décisions prises par les directions locales et générales afin que chacun se sente plus investi par ce qui est décidé. Enfin, la création des DMU le laisse sceptique.

Le président partage le souci d'une intelligence collective, ce pour quoi il insiste sur le son souhait que les membres de la CME soient forces de proposition. Les DMU doivent être construits en fonction du parcours patient, en intégrant les préoccupations géographiques.

Le P^r Rémi SALOMON souligne que l'intérêt du DMU consiste en un rapprochement de l'Université, lequel s'avère difficile au regard du nombre et de la diversité des acteurs de la recherche.

Le D^r Nathalie DE CASTRO rappelle que des conditions de travail difficiles empêchent les personnels de se projeter alors que leur présent est entaché d'exigences intenable. Sans résolution rapide, ce projet sera inutile bien que, sur le principe, il recueille l'unanimité. Par ailleurs, des dérogations pourront-elles être accordées dans la pratique et seront-elles nombreuses ?

Le président se dit conscient des contraintes économiques et de la situation difficile à Paris, qui s'avère difficilement comparable avec d'autres CHU. Selon lui, ces préoccupations quotidiennes n'empêchent pas de se projeter dans un projet de transformation qui doit contribuer à améliorer la situation même s'il ne résoudra pas toutes les difficultés matérielles évoquées.

Le P^r Nelly FRYDMAN déplore le manque cruel d'informations relatives au projet qui touche les GH Henri-Mondor, Paris-Sud et Paris Île-de-France Ouest. Par ailleurs, les pôles de biologie ont regroupé les laboratoires dans tous les GH. L'émergence des DMU pourrait-elle entraîner l'éclatement de cette biologie ? En effet, des DMU cliniques pourraient intégrer des collègues biologistes, afin de mieux correspondre à la réalité du terrain et aux projets relatifs à l'innovation et à la recherche clinique voir fondamentale.

Le président remarque que cette question se pose aussi pour la génétique. Aucune décision n'a pour l'heure été actée à ce sujet.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI annonce que les doyens sont prêts à aider à résoudre ces difficultés en lien avec les DMU.

M^{me} Sophie GUILLAUME regrette que lors de la démarche d'élaboration du projet médical, aucun cadre de pôle n'a participé à cette réflexion. S'agissant de l'aspect universitaire, l'AP-HP a investi dans des bourses doctorales dans les domaines du paramédical ou encore de la maïeutique, ayant permis l'émergence d'un capital restreint de professionnels issus de ces disciplines ayant obtenu des doctorats. Néanmoins, ces personnels se trouvent confrontés à l'absence d'ouverture de postes ou autre possibilité. Un choix doit être réalisé : arrêter d'encourager la recherche ou bien proposer des postes universitaires à ces professionnels.

Le D^r Anne GERVAIS estime que la déconnexion des services au pôle ou des sites au GH a constitué l'obstacle majeur au fonctionnement actuel. L'ensemble des acteurs a l'impression de ne pas être entendus et de ne pas pouvoir signaler les dysfonctionnements quotidiens. L'AP-HP est une structure résiliente malgré les difficultés financières ou managériales rencontrées à tout niveau. Vu la criticité de la situation, il est prioritaire que la « nouvelle AP-HP » améliore le quotidien. Le diable, plus que dans les détails, se cache dans les éléments non-écrits ou dans la non application des écrits. Les espaces d'échanges dans les DMU avec les personnels seront difficiles à constituer vu les futures structures multi-sites. Dès lors, il faut permettre que l'équipe au sens large (médecins, paramédicaux, etc.) puisse donner son avis sur son fonctionnement dans les services et dans les sites. D'une façon générale les structures locales ou plus à distance (du service et site jusqu'au DMU et maxi-GH) doivent être animées de manière participative.

Le directeur général rappelle le processus de réflexion collective ayant conduit aux grandes décisions. Lorsqu'un élément ponctuel est solutionné, un problème plus large est mis en exergue. Lorsqu'une problématique globale est traitée, ce sont les statuts et les systèmes de financement qui sont remis en cause. Ces trois niveaux doivent être travaillés simultanément. Les changements généraux abordés en la présente séance ne signifient pas que les efforts réalisés pour solutionner les difficultés quotidiennes s'interrompent. La direction n'a pas non plus la naïveté de croire que ces changements balayeront ces difficultés. Le diagnostic sur certains éléments s'avère cependant suffisamment partagé pour évoluer. La méthode de travail prétendant influencer les politiques nationales au sein des groupes a été tentée. Des espaces de mouvement, malgré la persistance de difficultés, des espaces d'agilité, de souplesse et de changement doivent être aménagés à l'intérieur de l'AP-HP.

Les tensions sont fortes parfois, notamment en raison de manques cruels de personnels, cependant, certains services ne souffrent d'aucun absentéisme et/ou de *turn over* du personnel paramédical. Les efforts de chacun en matière d'animation des équipes portent leurs fruits. Un processus doit être mené pour s'assurer que les succès engrangés dans certaines équipes puissent devenir une règle générale souffrant de quelques exceptions. Ce mouvement doit être progressif et aucune solution ne peut être imposée. Globalement, l'absentéisme paramédical diminue depuis huit mois au sein de l'AP-HP. Ce résultat cache en effet que l'absentéisme continue de miner certains services, où *a contrario* il augmente. Malgré un recadrage au début de l'année, des difficultés de recrutement liées à un manque d'attractivité de nombreuses professions portent le risque d'un changement imposé.

Le directeur général s'étonne par ailleurs des craintes d'un « super GH » qui deviendrait une usine à gaz », au regard de l'implication des équipes qui ont exprimé leur volonté de construire ces ensembles. Si aucun bilan complet des GH n'a en effet été dressé, les équipes médicales ont exprimé leur souhait de construire ces ensembles, sans déconstruire les ensembles précédents.

Le directeur général dit avoir recueilli plus d'envies de s'emparer de ces espaces que de désirs de se retrancher au sein d'ensembles plus petits. En outre, le sentiment de défaitisme et le besoin de clarté exprimés par certains membres de la CME peuvent être comblés par une participation active à la concrétisation de principes écrits déterminés collectivement. Tout reste à bâtir. Le travail doit se poursuivre de manière pluridisciplinaire dans des espaces que le directoire élargi mettra en place.

S'agissant d'éventuelles exceptions, **le directeur général** précise qu'il se battra pour les éléments définis collectivement et pour se rapprocher d'un équilibre, mais qu'il ne bataillera pas pour des personnes renonçant à des principes qu'elles ont contribué à inscrire. Par ailleurs, la question du périmètre de la biologie au sein du nouveau système n'a pas encore été débattue, à l'instar d'autres points.

La transformation ne met pas en cause l'unicité de l'AP-HP, seule sa rigidité actuelle la met en péril. Le but est ainsi de mettre en œuvre le principe d'une AP-HP fédérale avec davantage de déconcentration. Plusieurs exemples appuient cet objectif d'unicité, notamment les DMU, et constituent les meilleures réponses pragmatiques à l'unité de notre institution.

Le président explique que même si les combats de tous les jours pour disposer des moyens nécessaires au bon fonctionnement des services peuvent s'avérer infructueux, ces échecs ne doivent pas décourager les acteurs de descendre dans l'arène pour s'emparer des difficultés et réinstaurer le dialogue que la loi *Hôpital, patients, santé et territoire* (HPST) a mis à mal en ayant notamment imposé un directeur seul « patron » de l'hôpital. L'AP-HP est aujourd'hui à un tournant et chacun doit essayer d'avancer de concert, et ce malgré les désaccords, afin d'améliorer la situation. Certains éléments relèvent du champ politique, par exemple, les citoyens ne cessent d'exiger une baisse des impôts tout en réclamant des moyens pour la santé. Chacun doit endosser ses responsabilités. La nouvelle AP-HP ne résoudra pas toutes les questions mais elle est l'occasion d'insuffler un nouvel élan avec un souci constant du terrain car il ne s'agit pas uniquement de questions de gouvernance, mais aussi de mesures concrètes. Un bilan sera dressé. Il n'existe aucun « cabinet noir » qui se réserverait les décisions : des grandes lignes ont été ébauchées et il appartient maintenant à chacun d'être force de propositions.

III. Positionnement de l'AP-HP dans l'activité de la région Île-de-France de 2013 à 2017

M^{me} Christine WELTY indique que l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) de l'AP-HP a progressé de manière plus importante que celle de la région entre 2013 et 2017. Pour la tranche des 75 ans et plus, l'activité hospitalière progresse plus que la population. L'AP-HP et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC), progressent tant sur l'ambulatoire que sur l'hospitalisation complète tandis que les cliniques s'inscrivent en recul.

Une bonne tenue de la chirurgie est constatée avec une progression plus importante qu'en région, notamment pour les chirurgies complexes. Concernant l'urologie, les hôpitaux de l'AP-HP occupent le haut du classement en réalisant notamment près de 50 % des séjours pour chirurgie rénale. Seule l'orthopédie observe un recul. Une domination de l'AP-HP est observée sur la neurochirurgie malgré une percée des ÉSPIC.

La progression de la médecine (+ 14,4 %) s'avère supérieure à la moyenne régionale (+ 12,2 %). L'AP-HP continue d'occuper le haut du classement pour l'activité cardio-vasculaire, mais fortement concurrencée par les cliniques. L'AP-HP continue d'assurer l'essentiel de l'activité régionale en neurologie (reculs dus aux modes de tarification de la toxine botulique). Sur l'endoscopie digestive, les hôpitaux Cochin et Saint-Antoine progressent grâce à une restructuration importante et ce, malgré une indéniable domination des cliniques.

Les résultats sont positifs concernant les séances grâce à la restructuration opérée sur la cancérologie ces cinq dernières années. La stagnation sur la radiothérapie n'est pas significative car liée à un changement d'accélérateurs sur chacun des sites.

Concernant l'obstétrique, les accouchements et les interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont progressé faiblement, mais demeurent supérieurs à la moyenne régionale, notamment grâce à une restructuration permettant une offre d'IVG 365 jours par an.

En conclusion, l'activité progresse sur la région, contrairement à l'activité nationale, ce qui profite à l'AP-HP et aux centres hospitaliers. Les ÉSPIC mènent une politique très active. Ce tendanciel peut par ailleurs masquer des évolutions infra-annuelles qui appellent au maintien de la vigilance sur la trajectoire activité/dépenses.

Le D^r Sophie CROZIER s'enquiert de la part des transferts depuis l'AP-HP vers d'autres structures.

Le directeur général répond que le nombre de transferts est calculé mais des difficultés persistent pour distinguer la part des transferts justifiés de ceux qui ne le sont pas. Une légère baisse des transferts a été enregistrée, avec notamment un taux de transfert des urgences qui s'établit à environ 12 %. Les difficultés observées n'ont pas entraîné un recul de l'AP-HP et du service public, comme en attestent ces données. L'année 2017 a en effet enregistré une stabilité de l'activité, mais l'AP-HP a consolidé sa position sur quatre ans. Les politiques menées portent par ailleurs leurs fruits, comme le démontre la progression en cancérologie. Ces chiffres viennent récompenser des efforts pour assurer une meilleure organisation et une plus grande visibilité et ayant permis de prendre des engagements en matière de délais de prise en charge. De la même manière, le service public est au rendez-vous des IVG. Si des sujets d'insatisfaction demeurent, les évolutions mesurées contredisent la vision d'un recul du service public en général et de l'AP-HP en particulier.

Le P^r Olivier HÉLÉNON s'enquiert de données régionales relatives aux activités en radiologie interventionnelle, notamment en oncologie.

M^{me} Christine WELTY répond que ces données sont disponibles et pourront être communiquées ultérieurement.

Le président précise que certains transferts sont opérés en raison de l'incapacité de la structure à répondre aux besoins du patient.

IV. Point d'étape sur les projets médicaux partagés de « aphp.5 » et « aphp.6 »

1. « aphp.5 »

Le P^r Éric THERVET indique que depuis septembre 2017 les trois directeurs, les trois présidents de CMEL et le doyen ont constitué un bureau, dont les propositions sont discutées et validées par un comité stratégique mensuel. Le but était d'élaborer un projet médical commun, de mettre en place des instances et d'améliorer la révision des effectifs.

20 groupes de travail composés de plusieurs centaines de médecins ont travaillé à décrire, par spécialité, leur projet médical avec des objectifs d'attractivité, de spécialisation, de complémentarité, de parcours patients, d'enjeux de succession à la chefferie de service ainsi que d'efficience et de besoin d'investissements. À partir de mars, des propositions de recouvrements d'activités ont été demandées.

Le premier objectif est d'affirmer le *leadership* de « aphp.5 » en recherche. Les doyens se sont fortement impliqués. Le but est de développer des projets communs de départements hospitalo-universitaires (DHU) au sein de « aphp.5 ». Des dispositifs communs existent déjà (site de recherche intégrée sur le cancer [SIRIC] *Cancer research for personalized medicine* [CARPEM], etc.). L'idée est de permettre des réponses conjointes à des appels d'offres, notamment pour l'intelligence artificielle.

Le P^r Pierre CARLI indique que le deuxième objectif était de spécialiser les filières et les sites de prise en charge pour réduire les doublons. Certaines activités mono-site doivent être maintenues sur un site, notamment les activités d'excellence uniques. Certaines activités multi-sites ont vocation à le rester, tels que les services d'urgence. Néanmoins, une harmonisation, une complémentarité, voire éventuellement une mise en commun des ressources humaines de ces services sont envisageables. Des activités multi-sites doivent être regroupées sur un site unique, selon le calendrier et l'évolution des parcours. Une fusion des services peut évoluer vers un regroupement opérationnel sans douleur. Les exemples sont multiples (appareil locomoteur, thorax-poumon, oncologie-soins de support ou encore hématologie). Les aspects concrets de ces éventuelles fusions n'ont pas encore été actés.

Le P^r Éric THERVET ajoute que le troisième objectif est de réorganiser les plateaux techniques pour consolider les compétences et pour réduire les coûts (exemple de la médecine nucléaire). De nombreux éléments demeurent en chantier : imagerie, pharmacie, anatomopathologie et biologie.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE estime qu'un grand travail a été fourni par les communautés médicales. Des décisions doivent désormais être prises, en suivant plusieurs impératifs, notamment ne pas

briser les cohérences de filières de soins dans les hôpitaux et prendre en compte les mutualisations possibles au regard des restrictions budgétaires.

Le D^r Christophe TRIVALLE s'enquiert de la vision de la gériatrie sur « aphp.5 ».

Le P^r Stanislas CHAUSSADE explique que la gériatrie est actuellement pratiquée sur six sites, ce qui n'est pas tenable sur le long terme. Une des pistes consiste à proposer de fermer le site de La Rochefoucauld, qui est en mauvais état. Des discussions sont en cours pour les autres structures et sur une spécialisation des sites.

Le P^r Éric THERVET ajoute avoir conscience de la nécessité de conserver la gériatrie générale tout en spécialisant certaines filières telle que l'onco-gériatrie.

Le président demande des précisions sur le sujet de l'hématologie et si la question des adultes à Necker et, au-delà, celle de la restructuration pédiatrique au niveau de l'AP-HP, a été incluse dans la réflexion.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE souligne la volonté des deux chefs de service de se regrouper. En outre, des travaux doivent être engagés sur Necker et sur Cochin afin d'assurer la mise en conformité des locaux. Deux cas de figure émergent : renforcement du pôle adulte de Necker ou le transfert de l'ensemble de l'hématologie sur Cochin. Le dossier a été transmis à M. Serge MOREL, qui doit désormais prendre sa décision.

Le P^r Pierre CARLI estime que le sujet de l'hématologie, visible, ne constitue néanmoins pas un sujet de fond. Le but est de créer une dynamique sur trois importants GH qui ne s'inscrivent pas dans la même configuration.

Le P^r Éric THERVET précise que le choix, qui ne leur appartient plus, s'avérera difficile pour une communauté ou pour l'autre. L'accompagnement sera essentiel.

Le président rappelle que la médicalisation de la gouvernance est réclamée par l'ensemble des acteurs. Le directeur n'est pas le seul à décider ; les médecins doivent également prendre des risques. Un ensemble adulte cohérent fonctionne actuellement à Necker. La réflexion doit être approfondie en précisant les avantages et les inconvénients de chaque décision possible.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE ajoute que le risque est grand de développer des inimitiés entre les deux chefs de service.

Le président invite à une réflexion partant des intérêts et de la sécurité des patients.

Le P^r Bertrand GODEAU fait remarquer que sur les quatre schémas possibles, les activités nécessaires pour l'heure absentes du périmètre n'ont que peu été évoquées. Il craint que les supra-GH entrent en compétition les uns avec les autres, ce qui empêchera des collaborations sur certaines activités manquantes.

Le P^r Pierre CARLI explique que l'exercice visait à stabiliser son propre périmètre sans perdre de vue que les manques pouvaient être comblés par des structures voisines, comme Sainte-Anne qui appartient à la même université.

Le P^r Éric THERVET souligne l'exemple de la transplantation pulmonaire et hépatique qui mobilise ce type de réseaux.

Le P^r Rémi SALOMON estime que la question doit être considérée de manière plus globale, avec un esprit large permettant d'envisager toutes les options. Si l'hématologie est transférée à Cochin, le pôle adulte pourrait rester à Necker où d'autres secteurs adultes pourraient le rejoindre. La fusion effective des services d'hématologie semble viable à Cochin ou à Necker, par contre la fusion des services de néphrologie adulte de Necker et de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) est beaucoup plus problématique, que ce soit sur le plan architectural que des personnes. Par ailleurs, il émet des réserves sur la garantie de synergies avec la recherche en cas d'éloignement des services cliniques du site Necker/Imagine. L'option d'un départ des adultes de Necker impacterait par ailleurs fortement la politique de site à Necker, et donc l'ensemble de la pédiatrie parisienne. Aussi, l'ensemble de la communauté médicale doit participer à cette discussion.

Le D^r Anne GERVAIS rappelle que la collégialité est un élément important de la construction et qu'il est nécessaire d'associer les acteurs de terrain. Elle demande si des réflexions ont été initiées sur un maxi-GH à 7 sites sur la manière de faire vivre les sites.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE indique que les conséquences de chaque décision ont été envisagées. La faisabilité des projets doit cependant être analysée.

Le P^r Éric THERVET indique qu'une réflexion a porté sur les logiques de site, la reconnaissance des sites et des antennes de gouvernance au plus près. Par ailleurs, des éléments visant à une communication unique pour tous ont été proposés.

Le président interroge les intervenants sur la façon dont ils envisagent les relations entre la CME locale et la CME de l'AP-HP dans le cadre des nouveaux GH.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE estime que la gouvernance de ces groupes doit être déterminée avant d'envisager de telles relations. Le siège de l'AP-HP doit avoir un rôle stratégique global, une mission d'aide et de conseil, ainsi que de coordination en matière de règles communes (juridiques, etc.).

2. « aphp.6 »

Le P^r Bertrand GUIDET indique que les propositions doivent être évaluées à l'aune de la valeur ajoutée en matière de parcours patient, de l'adhésion essentielle des acteurs au projet ainsi que de l'investissement nécessaire pour certaines réorganisations.

La première proposition porte sur la neurologie, dont la composante neuro-vasculaire peut être regroupée sur le site de la Pitié-Salpêtrière, à l'instar de la neurologie inflammatoire et de l'activité de recherche avec l'institut hospitalo-universitaire (IHU) de neurologie. Ce regroupement ne sera possible qu'avec un accompagnement financier, le projet *Nouveau Castaigne*, et entraînera une réduction de 8 lits.

La deuxième proposition consiste à regrouper la transplantation rénale sur la Pitié-Salpêtrière, ce qui paraît logique pour le parcours patient. À l'inverse, l'ensemble de la néphrologie serait regroupée sur le site de Tenon. Cette réorganisation peut s'opérer pratiquement sans investissement supplémentaire.

La troisième proposition consiste à transférer la pédopsychiatrie de la Pitié-Salpêtrière sur le site d'Armand-Trousseau.

La quatrième proposition vise à renforcer les complémentarités entre les deux centres s'occupant de la cardiologie à la Pitié-Salpêtrière et à Saint-Antoine. Des malades pourront être évalués et suivis en post-greffe sur le site de Saint-Antoine, qui arrêtera à terme son activité de coronographie diagnostique simple.

La diabétologie, l'endocrinologie, la nutrition et la médecine de la reproduction représentent quatre sites sur la Pitié-Salpêtrière et un service sur Saint-Antoine. Les fortes réticences des leaders médicaux de Saint-Antoine empêchent cependant d'envisager tout regroupement.

Les deux chefs des services onco-digestifs, activité importante sur les deux sites, acceptent d'être regroupés.

La répartition des activités en hématologie clinique adulte est bien définie. Des synergies peuvent être envisagées entre les deux services. Un éventuel regroupement aurait des impacts majeurs sur la biologie, la réanimation ou encore les activités de recherche.

Il est également proposé de renforcer la visibilité de la médecine de réadaptation. Le projet consiste à transférer les soins de suite et de réadaptation (SSR) neurologiques de la Pitié-Salpêtrière sur Rothschild et de transférer les lits de soins de longue durée (SLD) de ce dernier sur le site de Charles-Foix, ce qui permettrait d'assurer toute une filière de prise en charge.

Une réflexion a été entamée sur la prise en charge gériatrique, avec une réorganisation sur le site de Charles-Foix des activités de SLD pour libérer des SSR gériatriques.

Les propositions se traduisent par une réduction du capacitaire.

Le président remarque qu'un important travail a été réalisé sur la cohérence et la pertinence des projets médicaux. Cette structuration, avec des masses hospitalo-universitaires suffisamment cohérentes et fortes, permettra une meilleure visibilité sur le plan international. Il sait que la communauté hospitalière de Tenon est inquiète sur le devenir du site et interroge le P^r Bertrand GUIDET sur ce sujet.

Le P^r Bertrand GUIDET répond que plusieurs éléments interviennent pour Tenon. L'activité d'urgence ne concerne pas le même bassin de population que Saint-Antoine. Le nombre de passages aux urgences tend à augmenter (plus de 45 000 passages). De plus, le pôle de maternité et gynécologie fonctionne parfaitement, avec des investissements importants. Les activités de néphrologie et d'urologie fonctionnent également très bien. Tenon possède ainsi de forts domaines d'expertise à valoriser.

Le D^r Christophe TRIVALLE souligne les incohérences du projet gériatrique selon lequel les patients en SLD à Rothschild n'auraient pas besoin de rééducation. Les 32 lits de SLD de l'hôpital sont donc transférés à Charles-Foix, créant un *packaging* de 100 lits, transférés à un opérateur extérieur. Par ailleurs, l'impact capacitaire laisse supposer que l'objectif final du projet est l'efficacité : 107 lits, dont 102 de SLD, seraient supprimés.

Le P^r Bertrand GUIDET dément. Rothschild est un hôpital avec une forte activité de SSR gériatriques et de SLD. Actuellement, les malades ayant besoin de SSR attendent, notamment en neurologie.

Le regroupement sur un hôpital possédant un plateau de rééducation ne constitue pas une aberration. Le transfert de malades de SLD sur Charles-Foix, où cette spécialité est déjà prise en charge, ne pose pas non plus de difficultés.

Le P^r Michel PEUCHMAUR demande si, la formation des internes a été intégrée à la réflexion, comme le partage éventuel de stages d'internes afin qu'ils assistent à plus de types de prise en charge.

Le P^r Bertrand GUIDET répond qu'à ce stade, la réflexion a porté exclusivement sur la formation des chefs de clinique.

Le D^r Patrick PELLOUX s'inquiète des conséquences des fermetures de lits pour l'aval des urgences, ainsi que du coût global de ces déménagements.

Le P^r Bertrand GUIDET indique que des estimations ont été menées et varient selon les projets.

Le D^r Sophie CROZIER s'inquiète de la réduction du nombre de lits, notamment aux urgences. En outre, si les regroupements peuvent être bénéfiques, aucune réflexion n'a été conduite sur les avis spécialisés qui s'avéreront nécessaires. Ces désagréments doivent être anticipés car ils compliqueront le quotidien des soignants. S'agissant des SSR, les patients ayant fait un accident vasculaire cérébral ont besoin de rééducation. Or, les services sont surchargés.

Le P^r Bertrand GUIDET dément et précise qu'une réorganisation des filières est proposée pour réduire les pertes de chances pour les malades. Ces projets ne sont pas conduits au détriment des malades.

V. Point d'étape sur le schéma de transformation des unités de soins de longue durée

M^{me} Cécile BALANDIER rappelle en préambule, que les réflexions engagées depuis mars sur les unités de soins de longue durée (USLD) concernent l'équivalent de 2 700 lits à l'AP-HP.

Le contexte national des USLD a évolué. La ministre de la Santé, M^{me} Agnès BUZYN, les a notamment évoquées lors de la présentation du plan « *Grand âge et autonomie* ». Le paysage a changé, avec environ 700 000 places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD), lesquels se sont médicalisés et proposent une offre médico-sociale renouvelée et médicalisée, comprenant notamment des médecins coordinateurs, des équipes mobiles gériatriques ou encore la télémédecine.

Par ailleurs, les patients mourraient presque systématiquement en USLD, unités qui constituaient une ultime étape. Aujourd'hui, 38 % des patients sortent des USLD. L'activité des SLD se dégrade néanmoins en raison de lits laissés vides, ce qui était impensable voilà quelques années. Une baisse significative d'activité de 4 % a été enregistrée en 2017. L'offre s'avère plutôt concentrée, avec 2 700 lits répartis sur trois sites, Sainte-Périne, Broca et Émile-Roux représentant un tiers de l'offre de soins de la région.

Le recrutement s'avère par ailleurs peu diversifié, principalement nourri par la filière interne. De nouvelles tendances se dessinent. Environ 20 % des patients sont transférés vers des ÉHPAD. Selon les évaluations régulières, le profil de soins des patients n'est pas satisfaisant puisque le taux de

patients sanitaires n'est pas suffisant (34 %, contrairement à un engagement pris de 80 %). De nombreux patients ont un profil médico-social.

L'AP-HP, l'un des plus importants opérateurs européens d'USLD, se doit de mener une réflexion sur son rôle dans le parcours de soin des personnes dépendantes. Une équipe composée de deux médecins et d'une chargée de mission a été constituée afin de mener une réflexion sur le devenir des soins de longue durée de l'AP-HP. Après un diagnostic, des entretiens et des visites, la mission SLD propose dix principes pour imaginer les USLD de demain :

- des unités recentrées sur leurs missions sanitaires ;
- des unités plus intégrées ;
- des publics accueillis différenciés ;
- une allocation de ressources plus médicalisée ;
- des unités intégrées dans l'offre gériatrique interne de l'établissement ;
- une organisation fonctionnelle rénovée ;
- une recherche clinique et paramédicale favorisée ;
- une architecture repensée ;
- des règles tarifaires en matière d'hébergement assouplies ;
- une action à mener pour améliorer le parcours des patients hébergés pour des raisons sociales.

Cette mission en collaboration avec la collégiale de gériatrie a par ailleurs mené une enquête auprès des collègues pour recueillir leur ressenti sur les USLD actuelles et les perspectives d'évolution des USLD redéfinies.

Le président souligne une réalité plus complexe, avec notamment le renvoi des personnes hébergées en ÉHPAD vers les urgences de l'hôpital lorsque survient le moindre problème. Le problème du circuit des patients gériatriques aux urgences doit donc également être abordé, de même que la capacité d'accueil et de médicalisation des ÉHPAD.

Le D^r Olivier HENRY estime que l'AP-HP doit recentrer son rôle sur les activités de soin, allant de pair avec une réduction du capacitaire. Trois points essentiels concernent néanmoins l'ensemble des acteurs :

- la réduction du nombre de lits et les difficultés de recrutement ;
- la non-adéquation de malades ne relevant pas de la prise en charge sanitaire ;
- les sous-effectifs chroniques des soignants (taux d'absentéisme).

Les USLD constituent un maillon essentiel de la filière de soins comme le montrent les taux de sortie des patients qui n'y meurent plus. La plupart des patients sont renvoyés vers un ÉHPAD, seuls 10 % retournent à leur domicile. La réduction importante de ce maillon risque de compromettre la fluidité de la filière.

L'institution s'avère maltraitante car elle n'a pas tenu ses engagements. De nombreuses unités n'ont pas été rénovées depuis plus de 30 ans. Des USLD ont été regroupées dans des bâtiments uniques, créant ainsi des ghettos où plus personne ne veut travailler. Le D^r HENRY rappelle que la collégiale a recommandé la promotion de services de gériatrie comprenant les trois composantes.

Le D^r HENRY conclut en disant que les ÉHPAD n'assurent pas les soins et transfèrent leurs résidents au moindre problème vers l'hôpital. En outre, l'hôpital garde les patients dont les ÉHPAD ne

souhaitent pas s'encombrer. Si les capacités doivent être réduites, une vigilance s'impose sur les mesures prises pour ne pas mettre en péril la fluidité de la filière.

Le P^r Zahir AMOURA indique que des patients ont une pathologie nécessitant des soins complexes, pour lesquels la qualité des plateaux techniques des USLD peut être importante. La réponse sanitaire des USLD n'est pas à niveau. D'autres patients, nombreux, ne justifient pas de soins actifs et seraient mieux pris en charge dans les ÉHPAD.

Le D^r Christophe TRIVALLE souligne que les USLD, où la prise en charge n'est pas satisfaisante, sont laissées en désuétude depuis trente ans (manque d'infirmiers, d'aides-soignants, de psychologues, etc.). Une CME en 2013 avait examiné un avenant signé avec l'agence régionale de santé (ARS) qui listait, hôpital par hôpital, les besoins et les moyens nécessaires pour les humaniser, pour un engagement financier de 200 M€. Aucune mesure ne s'est cependant concrétisée. Dès qu'il y a des déficits, on s'en prend aux personnes âgées. Les ÉHPAD ne constituent pas une panacée. C'est parce que les délais d'attente pour placer les personnes âgées dans les ÉHPAD publics sont très importants qu'on les garde en USLD. Si on diminue le nombre de places dans les USLD, elles resteront en SSR.

M^{me} Cécile BALANDIER estime que cette réforme ne sera pas aisée, mais elle est inévitable. Des travaux ont été réalisés mais l'ensemble des locaux ne peut être rénové. Par ailleurs, les patients accueillis dans les USLD de l'AP-HP correspondent insuffisamment aux prises en charge sanitaires définies en 2007. Une nouvelle attention sera portée aux USLD, qui n'attirent pas les professionnels de santé. Un choix doit être assumé : faire moins mais mieux en renforçant la gériatrie avec l'accord de l'ARS, qui est responsable de l'organisation des soins en Île de France.

VI. Visites de risques

M^{me} Christine GUÉRI indique que les visites de risques, outil développé par la Société hospitalière d'assurances mutuelles (SHAM) mais adapté aux contraintes et à la sinistralité observée à l'AP-HP, permet d'évaluer des risques cliniques liés à l'organisation de la prise en charge médicale des patients. Il sera mis à disposition de différents services au cours des deux prochaines années.

Un dispositif spécifique d'accompagnement des sites gériatriques, nommé *GériaMed AP*, est mis en place actuellement. Il a été développé à la suite de la déclaration par l'hôpital Sainte-Périne d'erreurs d'administration de médicaments sans prescription. Il vise à compléter les actions locales en la matière. Il est composé de deux actions complémentaires : une visite de risque spécialisée sur la prise en charge médicamenteuse en SSR et SLD, d'une part, et une formation interactive de 2 heures animée par un gériatre. Les équipes médicales et paramédicales de jour et de nuit sont impliquées. *GériaMed AP* se déroulera jusqu'au 15 février sur les 20 sites concernés.

Les membres de la CME seront destinataires d'une note du cabinet relative à ce dispositif et à son déploiement et d'un diaporama de présentation de la démarche leur permettant de communiquer à ce sujet.

Le D^r Nathalie DE CASTRO estime que la sécurité du médicament commence par la prescription sécurisée, soit une prescription informatisée. Cette dernière n'est pas déployée sur tous les sites de l'AP-HP. Or, le projet *Orbis* doit être finalisé en 2021-2022. Cette date pourrait être avancée via un plan d'investissement spécifique pour assurer la mise à disposition rapide du module de prescription.

M. Jérôme MARCHAND-ARVIER indique que le module *Prescription d'Orbis* ne peut être déployé qu'en articulation avec le déploiement des autres modules d'*Orbis*, ce qui rend difficile d'accélérer le processus.

VII. Questions diverses

1. Recrutement des attachés

Le **D^r Olivier HENRY** évoque la concurrence déloyale entre structures publiques que constitue la pratique de certains hôpitaux qui recrutent des attachés à des échelons plus élevés que le niveau réel du poste, afin de se rendre plus attractifs. Ce processus est notamment permis par le contrôleur financier. Un pouvoir de négociation est nécessaire, au risque d'une profonde désorganisation des services.

Le **président** remarque que cette question confirme ses inquiétudes sur l'attractivité de l'AP-HP si l'on continue à refuser de s'interroger sur les statuts.

2. Enseignement de l'homéopathie, acupuncture, médecine chinoise, auriculothérapie et autres

Le **D^r Christophe TRIVALLE** s'enquiert de la position de l'AP-HP et des doyens sur l'enseignement de l'homéopathie, acupuncture, médecine chinoise, auriculothérapie, etc.

Le **P^r Philippe RUSZNIEWSKI** indique qu'aucune instruction n'a été donnée par le ministère ou l'ARS, induisant une poursuite de ces enseignements. Les situations s'avèrent hétérogènes. Certains abordent le sujet en formation initiale, en soulignant notamment l'absence de preuve scientifique, au moment d'un travail sur l'effet placebo. D'autres proposent des diplômes universitaires en formation continue sur ces matières. Aucune position tranchée n'a émergé.

VIII. Approbation du compte rendu de la CME du 10 juillet 2018

Le compte rendu de la CME du 10 juillet 2018 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 20 heures 10.

* *
*
*

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

mardi 9 octobre 2018 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

mardi 25 septembre 2018 à 16 heures 30