

# **COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

## **COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 14 MAI 2019**

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 11 JUIN 2019

## SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Information sur les élections professionnelles nationales	13
III.	Présentation du rapport d'audit sur les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine à l'AP-HP	13
IV.	Procédure de révision des effectifs de praticiens hospitaliers	17
V.	Avis sur le plan d'équipement 2019	22
VI.	Bilan annuel du responsable du système de management de la qualité (RSMQ) de la prise en charge médicamenteuse	23
VII.	Restitution des autodiagnostic des unités de chirurgie ambulatoire de l'AP-HP : état des lieux et pistes d'amélioration	25
VIII.	Approbation du compte-rendu de la CME du 2 avril 2019	26
IX.	Questions diverses	27

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

### RÉUNION DU MARDI 14 MAI 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 professionnelles nationales (M. Olivier TRÉTON)
3. Présentation du rapport d'audit sur les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine à l'AP-HP (D<sup>r</sup> Louis LEBRUN)
4. Procédure de révision des effectifs de praticiens hospitaliers (M. François CRÉMIEUX, P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ)
5. Avis sur le plan d'équipements 2019 (M. Didier LE STUM)
6. Bilan annuel du responsable du système de management de la qualité (RSMQ) de la prise en charge médicamenteuse (D<sup>r</sup> David OSMAN)
7. Restitution des autodiagnostic des unités de chirurgie ambulatoire de l'AP-HP : état des lieux et pistes d'amélioration (M<sup>me</sup> Sophie KÉRAMBELLEC, D<sup>r</sup> Christophe MÉNIGAUX)
8. Approbation du compte rendu de la CME du 2 avril 2019
9. Questions diverses

#### SÉANCE RESTREINTE

##### **Composition A**

Avis sur les demandes de consultanat 2019-2020

## **Assistent à la séance :**

### ***– avec voix délibérative :***

P <sup>r</sup> Nelly	ACHOUR	P <sup>r</sup> Bernard	GRANGER
P <sup>r</sup> Jean-Yves	ARTIGOU	P <sup>r</sup> Bertrand	GUIDET
D <sup>r</sup> Emmanuel	BARREAU	P <sup>r</sup> Olivier	HÉLÉNON
P <sup>r</sup> Thierry	BÉGUÉ	D <sup>r</sup> Olivier	HENRY
D <sup>r</sup> Guy	BENOÎT	P <sup>r</sup> Dominique	ISRAËL BIET
P <sup>r</sup> Olivier	BENVENISTE	P <sup>r</sup> Paul	LEGMANN
P <sup>r</sup> Catherine	BOILEAU	P <sup>r</sup> Michel	LEJOYEUX
P <sup>r</sup> Francis	BONNET	D <sup>r</sup> Mariane	LERUEZ-VILLE
D <sup>r</sup> Clara	BOUCHE	P <sup>r</sup> Laurent	MANDELBROT
P <sup>r</sup> Jean-Claude	CAREL	D <sup>r</sup> Véronique	MOLINA
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> Françoise	CHARTIER-BOTTEREL	D <sup>r</sup> Patrick	PELLOUX
P <sup>r</sup> Gérard	CHÉRON	P <sup>r</sup> Michel	PEUCHMAUR
P <sup>r</sup> Bruno	CRESTANI	P <sup>r</sup> Claire	POYART
P <sup>r</sup> Yves	COHEN	P <sup>r</sup> Dominique	PRIÉ
P <sup>r</sup> Philippe	CORNU	M. Rémy	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> Jacques	DURANTEAU	M <sup>me</sup> Isabelle	RIOM
D <sup>r</sup> Alain	FAYE	P <sup>r</sup> Rémi	SALOMON
P <sup>r</sup> Marysette	FOLLIGUET	P <sup>r</sup> Thomas	SIMILOWSKI
P <sup>r</sup> Noël	GARABÉDIAN	P <sup>r</sup> Éric	THERVET
P <sup>r</sup> Pascale	GAUSSEM	P <sup>r</sup> Jean-Marc	TRÉLUYER
D <sup>r</sup> Anne	GERVAIS	D <sup>r</sup> Christophe	TRIVALLE
P <sup>r</sup> Bertrand	GODEAU	P <sup>r</sup> Michel	ZÉRAH
P <sup>r</sup> François	GOFFINET		

### ***– avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

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

- P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Diderot
- P<sup>r</sup> Nathalie CHARNAUX, directrice de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
- M<sup>me</sup> Yvette NGUYEN, représentante de la CSIRMT
- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M. François CRÉMIEUX, directeur général adjoint
- M. Didier FRANDJI, directeur 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<sup>me</sup> Hélène OPPETIT, M. Olivier TRÉTON, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- M<sup>me</sup> Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général
- D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information (DSI)
- D<sup>r</sup> Florence VEBER, déléguée aux relations internationales (DRI)

**– Secrétariat de la CME :**

- M<sup>mes</sup> Isabelle PLANTEC et Géraldine DELIOT (DOMU)

**– Représentants de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) :**

- D<sup>r</sup> Caroline SUBERBIELLE

**– Membres excusés :**

- M<sup>mes</sup> et MM. les D<sup>rs</sup> et P<sup>rs</sup> René ADAM, Yves AIGRAIN, Joël ANKRI, Jean-Louis BEAUDEUX, Sadek BELOUCIF, Lynda BENSEFA-COLAS, Catherine BERNARD, Marie BORNES, Anne-Reine BUISINE, Nicolas DANTCHEV, Patrick DASSIER, Sonia DELAPORTE-CERCEAU, Christian GUY-COICHARD, Vincent JARLIER, Louis MAMAN, Lucile MUSSET, Jean-Marc NACCACHE, Antoine PELHUCHE, Valérie PÉRUT, Élisabeth PORSMOQUER, Bruno RIOU, Namik TARIGHT, Nicolas THIOUNN, Denis TIXIER, Noël ZARH.
- MM. et M<sup>mes</sup> Victor DESPLATS, Yann FLÉCHER, Jean-Eudes FONTAN, Sophie GUILLAUME, Jean-Vincent LAQUA, Caroline RAQUIN.

*La séance est ouverte à 16 heures 30, sous la présidence du P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN.*

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

La CME rend hommage aux :

- **P<sup>r</sup> Isabelle SAGNET-PHAM**, cardiologue, responsable des explorations fonctionnelles de Jean-Verdier, décédée le 20 mars 2019 à l'âge de 57 ans ;
- **P<sup>r</sup> Georges OFFENSTADT**, ancien chef du service de réanimation médicale de l'hôpital Saint-Antoine jusqu'en 2010, décédé le 9 avril 2019 à l'âge de 74 ans.

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

### ***Statuts des personnels médicaux***

**Le président** continue de participer aux travaux du groupe de travail ministériel sur les statuts des personnels médicaux. Le groupe se consacre dans l'immédiat au statut des praticiens hospitaliers (PH) et notamment au sujet relatif au statut unique voulu par le ministère. Le point de départ des réflexions proposées est le problème de l'attractivité des carrières hospitalières. S'il estime que le problème des rémunérations doit être traité, **le président** considère que les réponses au problème de l'attractivité concernent aussi les effectifs, les difficultés de la vie quotidienne dans les services, les équipements, la qualité de vie au travail, le management, etc. L'exercice mixte proposé par le ministère suscite, quant à lui, des inquiétudes parmi les présidents de CME de CHU qui se demandent qui va assurer la continuité des soins si les médecins ne sont plus qu'à mi-temps à l'hôpital, comme c'était le cas avant la réforme Debré de 1958.

### ***Situation de l'orthopédie***

**Le président** a réuni le 25 avril 2019, en présence des doyens, les chefs de service d'orthopédie qui l'avaient saisi de leurs inquiétudes face aux problèmes d'attractivité qu'ils rencontrent du fait de la forte concurrence des établissements privés, qui a des effets tant sur le recrutement des jeunes praticiens que sur le maintien des praticiens plus âgés à l'hôpital. Ces problèmes d'attractivité du secteur public s'observent dans un nombre croissant de disciplines : gériatres, urgentistes, anesthésistes, etc. La situation est exacerbée en région parisienne, où la concurrence est forte, et où les jeunes médecins sont confrontés aux coûts du logement que subissent toutes les catégories de personnels. Force est de constater que nous n'avons pas d'interlocuteur au niveau national prêt à écouter nos messages concernant les spécificités franciliennes, et que ces enjeux cruciaux n'ont pas fait l'objet, à ce stade, de décisions fortes de la part de nos tutelles.

### ***Assistants spécialistes partagés (ASP)***

À la demande du président, le **P<sup>r</sup> Jean-Yves ARTIGOU** indique que le jury pour la sélection des assistants spécialistes partagés vient de se tenir pour la 6<sup>e</sup> année consécutive. Le nombre de candidatures augmente régulièrement chaque année : parti de 15 la 1<sup>ère</sup> année, le nombre de postes s'élève d'une vingtaine par an. Cette année, 106 candidatures ont été reçues : 73 % concernaient l'association entre un service de l'AP-HP et un centre hospitalier (CH) recruteur. Un bilan des deux premières vagues montre que, pour 2014, sur les 15 premiers assistants, 5 sont restés dans le CH, 2 sont partis hors de la région ; pour 2015, sur 34 assistants 13 sont praticiens hospitaliers (PH) ou PH contractuels (PHC). La présentation des dossiers doit être irréprochable

avec notamment la précision d'un vrai projet de stabiliser le candidat dans le CH avec un statut de PH.

Cette année a été marquée par le premier appel à candidatures pour des postes d'assistants spécialistes partagés en recherche clinique, avec le même schéma : pour une durée de 2 ans, avec le financement assuré à 60 % par l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF), 20 % par l'AP-HP et 20 % par le CH. Cela offre la possibilité de mener des études cliniques multicentriques. L'AP-HP se doit d'être particulièrement présente dans ces demandes qui devraient s'étendre dans les prochaines années en dehors du seul cadre de l'oncologie comme cela était le cas cette année où 5 candidatures ont été reçues.

#### *Gestion informatisée du temps médical*

La DOMU a mis en place un groupe de travail sur la gestion informatisée du temps de travail du personnel médical. La CME y est représentée par M. Guy BENOÎT et les P<sup>rs</sup> Thierry BÉGUÉ et Nicolas THIOUNN. Un point sera fait lors d'une prochaine CME.

#### *Départements médico-universitaires*

Les projets de départements médico-universitaires (DMU) des groupes hospitaliers (GH) universitaires « aphp.5 », Henri-Mondor, hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest (HUPIFO) et Paris-Sud (HUPS) ont été présentés au directoire et seront soumis à l'avis de la CME du 11 juin, en même temps que la création des nouveaux groupes hospitaliers. Une réflexion sera lancée à cette occasion sur l'accompagnement des responsables médicaux sur le plan managérial dans le cadre de l'école de management des médecins des hôpitaux (ÉMAMH).

**Le président** indique, par ailleurs, avoir été alerté par le P<sup>r</sup> Alain YELNIK, président de la collégiale de médecine physique et de réadaptation, sur le rattachement des rééducateurs à la coordination générale des soins dans certains GH. Le président souligne la nécessité de les laisser sous responsabilité médicale en les rattachant à un DMU. Il en va de même pour les infirmières de bloc opératoire qui doivent rester dans des DMU chirurgicaux.

**Le P<sup>r</sup> Thomas SIMIŁOWSKI** comprend l'inquiétude suscitée par le rapprochement de certaines professions aux directions des soins infirmiers, mais remarque que le système actuel, dans lequel la gestion des kinésithérapeutes est parfois captée par certaines disciplines médicales, n'est pas non plus satisfaisant.

**Le président** comprend ce point de vue, mais estime qu'il incombe à la gouvernance médicale d'éviter les travers actuels, alors que les plaintes de patients en raison du manque de rééducateurs se multiplient.

#### *Institut de l'audition*

Le projet d'institut de l'audition a été présenté au directoire. Il s'agit d'un partenariat entre l'AP-HP (Necker, pour la partie pédiatrique, Pitié-Salpêtrière, pour la partie adulte), la Fondation pour l'audition (créée par M<sup>me</sup> Françoise BETTENCOURT-MEYERS, M. Jean-Pierre MEYERS et la fondation BETTENCOURT-SCHUELLER) et l'Institut Pasteur.

#### *Structuration de la génétique*

**Le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU** indique que le directoire du 30 avril a donné son aval à la mise en place d'une structure unique, dont la forme reste à définir, pour donner de la visibilité à la génétique de

l'AP-HP et permettre une évolution concertée, portée par l'institution. L'AP-HP a d'énormes atouts dans ce domaine, mais elle doit s'organiser pour faire face à des challenges majeurs qui nécessitent la coordination de toutes ses forces et compétences. Cette réflexion doit rendre ses conclusions au directoire à la rentrée prochaine. Elles seront présentées à la CME.

**Le président** précise que toutes les options envisagées en matière de stratégie médicale doivent en effet faire l'objet d'un débat ouvert et transparent en CME afin qu'elles suscitent une adhésion éclairée.

#### *Plan stratégique 2020-2024*

**Le président** a lancé les travaux de préparation du projet médical 2020-2024 en demandant leurs contributions aux collégiales. Il rappelle qu'elles sont attendues avant le 31 mai. Toutefois, la CME arrivant en fin de mandature, il est de bon sens de laisser à la prochaine CME, qui sera élue en décembre, le soin de préparer son projet médical. Le projet d'établissement sera ensuite bâti sur la base du projet médical.

#### *Robots chirurgicaux*

Lors d'une réunion organisée le 7 mai, les 9 équipes équipées de robots chirurgicaux ont fait le point sur le début de la mise en œuvre de leur projet. Il apparaît clairement que les robots donnent comme une « bouffée d'air » aux équipes et attirent les jeunes chirurgiens. Les équipes sont pluridisciplinaires et très motivées. De plus en plus de disciplines commencent à utiliser le robot et la dimension recherche des projets est très importante, notamment en pédiatrie.

#### *ORBIS et confidentialité*

Les progrès de l'informatisation, notamment pour la bonne prise en charge des patients, ont aussi leurs revers. Il convient donc d'être extrêmement vigilant sur les enjeux de confidentialité et de garantir aux patients que ses informations médicales ne seront rendues accessibles qu'aux seuls professionnels les prenant directement en charge, tout en leur garantissant leur droit à s'opposer au partage informatique des données les concernant. Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information, et M<sup>me</sup> Armande FRANÇOIS, déléguée à la protection des données, font un gros travail sur ces sujets compliqués qu'ils viendront présenter à la CME de juin ou de juillet en même temps qu'ils proposeront une modification de la charte du bon usage du système d'information, qui fait partie du règlement intérieur de l'AP-HP.

#### *Conseil stratégique de l'ARSIF*

La dernière réunion du conseil stratégique (anciennement dénommé « conseil de tutelle) entre l'ARSIF et l'AP-HP a porté principalement sur les relations entre l'AP-HP et les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Alors que les CHU de région ont vocation à être les supports des GHT, l'AP-HP n'est qu'associée aux 15 GHT constitués en Île-de-France. Cette solution présente l'avantage de laisser aux GHT une certaine latitude, mais représente un facteur de complexité pour l'organisation des soins, mais aussi pour l'animation de la médecine en réseau et la coordination des activités de recherche. C'est la raison pour laquelle il est essentiel de mettre en place un travail collaboratif étroit avec les GHT d'Île-de-France, en évitant tout repli de l'institution sur soi, mais aussi en assurant une véritable gradation des soins avec l'e CHU.



## *Gériatrie*

La collégiale des gériatres a de nouveau alerté le président sur la disparition des internes dans les services de gériatrie et sur les problèmes de pénurie de personnel médical et non médical qu'ils rencontrent. Une réflexion de fond est en cours sur l'organisation des unités de soins de longue durée (USLD) à l'AP-HP, d'autant plus nécessaire au regard de la vétusté des locaux. Le projet devra tenir compte de l'hétérogénéité des situations, être adapté aux différents bassins de vie et prendre en compte l'ensemble de la filière gériatrique.

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

**Le directeur général** se réjouit, au vu des données du mois d'avril, d'une activité soutenue aussi bien en hospitalisation complète que partielle, en médecine comme en chirurgie, alors que le mois de mars avait été en retrait par rapport à ceux de janvier et février.

Afin de pallier les difficultés de recrutement pour le personnel infirmier, des rencontres ont été organisées dans les instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi) pour les inciter à choisir l'AP-HP à l'issue de leur formation.

### *AP-Innov*

La 16<sup>e</sup> édition d'*AP-Innov* a débuté par une table ronde consacrée aux transferts de technologies, aux innovations et à l'entrepreneuriat, en présence d'une vingtaine de cliniciens chercheurs de l'AP-HP et du D<sup>r</sup> Gilles BLOCH, président-directeur général de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Elle a été l'occasion de présenter plusieurs espaces d'innovation (institut hospitalo-universitaire [IHU] *Imagine*, MEARY, entrepôt de données de santé, COMPARE...), avant la remise des trophées de l'innovation aux soignants et aux médecins.

### *SIVIC*

L'application SIVIC a été conçue par le ministère de la Santé afin de faciliter la localisation des victimes en cas d'attentat. Elle a remplacé, à l'AP-HP, l'application *Victimes*, qui donnait lieu à la conservation de données non médicales, avec l'autorisation de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). L'outil SIVIC est déclenché uniquement par les autorités sanitaires et par les SAMU. Le ministère de la Santé a estimé que SIVIC pouvait être utilisé pour la prise en charge d'événements comme le marathon de Paris, des intoxications scolaires, des violences urbaines ou des manifestations, mais à des fins exclusivement sanitaires. Il n'a en aucun cas été utilisé par la direction de l'AP-HP, ou par celle des hôpitaux, pour renseigner la police ou pour repérer les manifestants.

Après que la suspicion a été jetée sur l'utilisation de SIVIC, une mission d'enquête a permis de mettre à jour deux dysfonctionnements. En premier lieu, des informations à caractère médical ont été portées dans certains cas minoritaires (environ 10 % des inscriptions lors d'un samedi de manifestation « gilets jaunes »). En second lieu, il a été procédé, lors d'un exercice d'entraînement dans un hôpital, à la création, sur le logiciel réel, et non sur le sur une version d'exercice, d'une vingtaine de profils fictifs de patients où ont été mentionnées des caractéristiques physiques, parfois humoristiques. Ces écarts, évidemment regrettables, ont été corrigés et leur exploration sera menée jusqu'au bout.

L'AP-HP n'a en aucun cas demandé à ses médecins de dénoncer les manifestants, ou fiché les manifestants pour le compte de la police. Le secret médical n'a jamais été rompu. De même, l'AP-HP n'a pas non plus détourné l'application SIVIC à d'autres fins que l'organisation des prises en charge pour lesquelles elle est en responsabilité. Rien ne saurait remettre en question l'éthique des professionnels de l'AP-HP. Conformément aux recommandations du doyen Riou et du P<sup>F</sup> Dominique PATERON, président de la collégiale des urgences, il a été proposé de diffuser une information sur SIVIC, et de ne mettre en œuvre le dispositif que lors d'un afflux effectif de victimes.

### *Intrusion de manifestants à la Pitié-Salpêtrière*

À propos de l'intrusion de manifestants dans les murs de la Pitié-Salpêtrière le 1<sup>er</sup> mai dernier, en marge d'un cortège, certains personnels ont eu peur à la fois pour les patients du service de réanimation et pour eux-mêmes. De la même manière que l'éthique de l'AP-HP impose de soigner tout le monde, sans aucune distinction, elle légitime aussi, lorsque la violence perturbe le fonctionnement de l'hôpital, qu'on la condamne sans détour.

### *Urgences*

La grève qui touche les services des urgences repose sur trois problématiques : la sécurité. À cet égard, les réponses qui y ont été apportées, ont été jugées satisfaisantes et raisonnables par les grévistes. La deuxième est celle des effectifs : conformément à l'une des recommandations du P<sup>F</sup> Dominique PATERON, il sera fait en sorte que les effectifs de chaque service d'urgence puissent augmenter proportionnellement à leur activité.

Enfin, la rémunération, avec la demande exprimée d'une prime de 300 € par mois. Concernant ce point, n'étant pas du pouvoir institutionnel de jouer sur la rémunération statutaire, il a toutefois été décidé de majorer la prime de dangerosité, et de compenser par des heures supplémentaires le surcroît de sollicitations consenti par les personnels des urgences au cours des derniers mois. Ces points font l'objet d'une négociation avec les collégiales concernées.

### *Unités de soins de longue durée (USLD)*

Concernant la gériatrie, les membres de la CME ont été destinataires d'un compte rendu sur les engagements communs pris par l'AP-HP et l'ARS. Il a été considéré que les évolutions des souhaits de prise en charge des patients, des pratiques et des parcours devaient conduire à une adaptation de l'offre de soins de la part de l'AP-HP. Ainsi, l'AP-HP concentrera son action sur les SLD les plus complexes et un renforcement de la filière, alors que la réduction du nombre de lits d'USLD sera compensée par un nombre équivalent de lits d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD). D'autre part, l'AP-HP restera partie prenante ou partenaire des ÉHPAD, soit par convention, soit en créant des groupes de coopération sanitaire et en impliquant encore plus l'hospitalisation à domicile (HAD). La réouverture du dossier des soins de suite et de rééducation (SSR), et pas seulement pour la gériatrie, figure également parmi les engagements pris, à la fois parce que l'offre est inadaptée en Île-de-France et parce que celle-ci est également insuffisante. L'offre hors AP-HP doit également être prise en compte.

## *Hôtel-Dieu*

Dans le cadre du projet de l'Hôtel-Dieu, l'AP-HP va désigner le 16 mai prochain le partenaire avec qui sera signé un bail permettant de valoriser la parcelle « parvis Notre-Dame ». C'est ainsi qu'une somme de 30 M€ va être injectée dans l'amélioration des conditions de travail et des conditions de prise en charge des patients. Un dispositif de gouvernance de ce fonds va être mis en place, dans lequel la CME aura sa place.

## *Départements médico-universitaires (DMU)*

La mise en place des DMU sera effective avant la fin du premier semestre 2019 pour permettre la nomination des directeurs médicaux de DMU. Ce nouveau mode d'organisation sera basé sur des organisations plus participatives et une délégation au plus près du terrain, le lancement de programmes sur la qualité de vie au travail...

## *Difficultés de recrutement*

Le manque d'effectifs constaté actuellement s'explique surtout par des difficultés de recrutement liées à des conditions statutaires ou de qualité de vie au travail. Même si l'on s'efforce notamment de remplacer les absences pour congé maternité, cela ne suffira pas à rendre certains métiers attractifs, parce qu'ils nécessitent une réforme plus en profondeur. Ce message a été reçu par l'ARSIF, qui a accepté de porter certaines évolutions avec l'AP-HP. Le soutien de la CME sera le bienvenu dans cette perspective.

À propos des difficultés de recrutement des élèves infirmiers, le **P<sup>r</sup> Rémi SALOMON** rappelle que lors de l'élaboration du plan de transformation de l'AP-HP, il était prévu de recruter 1 000 infirmiers de pratiques avancées. Il semble que seulement trois postes de ce type soient ouverts à Necker en 2019. La France a pris un important retard en matière de rémunération des infirmiers, alors que l'ouverture de l'hôpital sur la ville, et la mise en place de parcours de soins spécifiques nécessitent de nombreuses infirmières de coordination.

**Le directeur général** précise que le plan de transformation de l'AP-HP prévoit 1 000 infirmiers impliqués dans des protocoles de coopération, lesquels ne requièrent pas de diplôme supplémentaire. Leur nombre est depuis passé de 50 à 150, sachant que de nombreux infirmiers sont impliqués dans des protocoles de soins, mais sans que ceux-ci soient officialisés. Le mouvement est lancé, et il va s'accélérer. Un texte attribuant aux infirmiers impliqués dans un protocole de soins une rémunération complémentaire devrait être publié avant l'été. La procédure de validation des protocoles doit encore être simplifiée, sachant qu'il existe à cet égard un goulet d'étranglement au niveau de la Haute Autorité de santé (HAS). La promotion professionnelle sera utilisée pour favoriser les inscriptions en master de pratiques avancées.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** se félicite des mesures prises pour les urgences, mais souligne que le manque d'infirmières est universel (400 postes vacants à l'AP-HP). La pénurie est telle que les infirmières peuvent choisir le poste qui leur offre la meilleure qualité de vie au travail, en favorisant notamment les hôpitaux de jour.

Par ailleurs, **le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** souligne l'inquiétude de la collégiale de gériatrie auprès de la présidence de la CME sur l'absence de concertation sur les restructurations prévues en SLD. On aboutit à une situation paradoxale où l'on va réduire le nombre de lits d'hôpitaux souhaitant

dispenser des soins de longue durée, alors que l'on va imposer à d'autres d'en conserver contre leur gré.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** confirme avoir été signataire d'une tribune à propos de l'application SIVIC, dont il accepte que l'on puisse penser qu'elle était excessive. Il n'en reste pas moins que l'activation de cet outil entraîne automatiquement l'attribution aux patients concernés d'un numéro *Sinus*, qui est géré directement par le ministère de l'Intérieur.

**Le directeur général** dément ce dernier point et regrette que le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE n'ait pas interrogé l'administration avant de signer la tribune. Il rappelle en outre qu'un médecin a toujours la possibilité de saisir un comité de déontologie s'il estime être en porte-à-faux avec son éthique professionnelle.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** observe que dans son nouveau GH, alors que la plupart des DMU sont compris entre 100 et 300 lits, le sien en gériatrie en comptera 1 200, avec 174 personnels médicaux et 1 350 personnels non médicaux. Un DMU d'une telle taille sera ingérable, alors qu'il aurait pu être opportun d'en créer un pour les Hauts-de-Seine et un pour le Val-de-Marne.

**Le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU** précise que le sujet des DMU des hôpitaux universitaires Paris-Sud sera débattu lors de la prochaine CMEL.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** rappelle que le débat sur les SLD et sur la gériatrie aiguë a été ouvert il y a une quinzaine d'années. Il avait alors été décidé que l'AP-HP ne devait pas réduire son implication dans les SLD, en l'absence de partenaire public ou privé de substitution. Depuis la situation a beaucoup évolué, aussi bien à Paris qu'en Île-de-France, avec la multiplication des partenaires publics et privés, sachant que ces derniers n'offrent pas toujours de dignes conditions d'accueil des personnes âgées. En conséquence, il est tout à fait licite de réévaluer la pertinence des investissements lourds qu'assume l'AP-HP dans ce domaine, en concentrant ses efforts sur des SLD les plus médicalisés. De plus, le nombre de lits de gériatrie aiguë a fortement augmenté à l'hôpital Cochin permettant de fluidifier l'aval des urgences. Cette substitution des lits de gériatrie aiguë à des lits de SLD semble pertinente dans un contexte où l'AP-HP ne peut pas tout faire.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** affirme que ce n'est pas en cherchant à rivaliser avec le privé en matière de rémunération que l'AP-HP résoudra son problème de manque d'attractivité, car elle ne pourra jamais s'aligner sur cette concurrence. Elle préconise plutôt de comprendre, pour pallier, les motivations des personnels médicaux et non médicaux qui se laissent attirer par le privé. Elles tiennent, selon elle, à un manque d'effectifs de médecins seniors, d'infirmières et d'aides-soignants, qui renvoie lui-même à une contrainte budgétaire. On assiste donc à l'activation d'un cercle vicieux où la pénurie d'effectifs crée des difficultés de recrutement, qui à leur tour alimentent la pénurie d'effectifs. L'élaboration des nouveaux DMU a eu pour effet de réactiver des tensions, non seulement entre médecins, mais également avec les directions générales de GH. Enfin, elle pose la question de savoir si on a à ce stade une idée de l'application du principe de non-cumul entre chefferies de service et direction de DMU.

**Le président** estime que l'existence de bonnes conditions de travail au sein d'un service ne suffit pas toujours pour fidéliser les médecins, car certains sont effectivement préoccupés par leur rémunération, même qu'il est vrai que d'autres privilégient des aspects plus qualitatifs, dont les horaires et la qualité de vie au travail.

**Le directeur général** analyse que les paramédicaux souhaitent pouvoir travailler en étant rémunérés de telle sorte qu'ils puissent aussi se loger convenablement, ce que le système actuel ne permet pas. Les comparaisons internationales confirment que la situation n'est pas viable. Malheureusement, beaucoup de sujets dépassent le cadre de l'AP-HP, malgré les efforts qui peuvent être faits sur certaines primes ou sur la rémunération des personnels investis dans des protocoles de coopération.

## **II. Information sur les élections professionnelles nationales**

**M. Olivier TRÉTON** informe la CME de la tenue simultanée de trois élections professionnelles, du 25 juin au 2 juillet, sous format électronique, pour les instances suivantes :

- le conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques (CSPM) ;
- la commission statutaire nationale (CSN) ;
- le conseil de discipline (CD).

Le vote se fera par l'accès à un portail internet unique à partir duquel deux plateformes de vote électronique seront mises à la disposition du praticien, l'une pour le CSPM et l'autre pour le CSN et le CD. Toutes les informations nécessaires sont en ligne sur le site du centre national de gestion (CNG). Elles ont été communiquées à l'ensemble des GH, pour être relayées aux communautés médicales.

## **III. Présentation du rapport d'audit sur les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine à l'AP-HP**

**Le président** indique avoir reçu un courrier de M. Victor DESPLATS, président du syndicat des internes des hôpitaux de Paris, remerciant la mission pour le travail effectué.

**Le D<sup>r</sup> Louis LEBRUN** rappelle que cette mission a été confiée par le directeur général et par le président des doyens de santé d'Île-de-France. Elle s'est déroulée entre mai et octobre 2018, selon une méthode classique basée sur des questionnaires, des entretiens et des recherches bibliographiques. Une version provisoire du rapport a été remise à 40 personnes, afin de susciter des commentaires, afin de finaliser un document dont les recommandations n'engagent aucunement, à ce stade, ses commanditaires.

### **1. Objectifs et méthodologie**

Pour rappel, les objectifs de la mission étaient :

- dresser un état des lieux (modalités d'accueil semestriel, tenue des tableaux de service, suivi médical par le service ;
- évaluer la prise en compte de la qualité de vie au travail (QVT) et prévenir les risques psycho-sociaux (RPS), notamment dans le cadre des sous-commissions *Vie hospitalière* locales (CVHL) ;
- apprécier les évolutions que devra connaître l'organisation des services, notamment au regard de la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales et de la réglementation relative au temps de travail.

Bien que les données recueillies ne puissent techniquement prétendre à une représentativité, elles méritent une attention puisqu'elles incluent :

- 12 directions des affaires médicales ;
- 490 internes ;
- 339 chefs de service.

Une centaine d'entretiens a été réalisée. S'il en ressort que 89 % des internes sont très satisfaits ou satisfaits de leur spécialité, les conditions de l'internat soulèvent des réserves de leur part, tant sur le plan des conditions matérielles que des conditions d'exercice. S'agissant du contexte, il faut souligner que c'est la réforme du 3<sup>e</sup> cycle de médecine du 23 décembre 1982 qui a créé le premier nouvel internat et poser un cadre dans lequel les hospitalo-universitaires ne se reconnaissent en général pas dans les internes, et réciproquement, puisque les perspectives de carrière des internes ne sont pas les mêmes que jadis, avec des attentes en matière d'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle que leurs aînés ne comprennent pas toujours. La question des effectifs d'internes fera l'objet d'un rapport confié au doyen Benoît SCHLEMMER et à M<sup>me</sup> Isabelle RIOM, qui sera présenté lors de la prochaine séance de la CME.

## **2. Constats**

Le présent rapport propose la création d'un groupe de travail sur l'internat de médecine générale, auquel pourrait être substituée une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

S'agissant de la préparation logistique de l'arrivée des internes, un développement du système d'information pourrait permettre la préparation de l'arrivée des internes. Il est préconisé que tous les internes soient dotés de leur cartable professionnel en formation et que leur soit créé une adresse professionnelle électronique, ainsi que d'un espace de stockage numérique. Cela permettrait notamment de sécuriser leurs communications avec les médecins de ville. La DSI a d'ailleurs mis en avant le programme « adoption ORBIS » pour aider les internes à mieux connaître et utiliser cet outil.

Les réunions d'accueil gagneraient à être resserrées tant en termes de durée que de contenu, pour être recentrées sur des sujets de la vie à l'hôpital, les recommandations professionnelles étant davantage l'affaire des services.

S'agissant de l'amélioration de l'environnement matériel, il semblerait équitable aux internes que les seniors invités deviennent des hôtes payants des repas de salle de garde. Mais ceux-ci évoquent avant tout des problèmes de caution, de places de crèche et de stationnement, de logement et de qualité des repas et des chambres de garde.

Il ressort que 73 % des internes dépassent la durée réglementaire de travail de 48 heures hebdomadaires, tandis que 79 % d'entre eux effectuent plus de 9 demi-journées par semaine à l'hôpital, gardes comprises. Ils effectuent en majorité 2 à 3 gardes par mois, mais 5 % d'entre eux en effectuent plus de 6. Quant au repos de sécurité, il est toujours respecté pour 85 % des chefs de service, mais seulement pour 62 % des internes, alors même que la réglementation ne permet aucune dérogation. La survenue d'un événement indésirable ou d'un accident dans cette situation serait de la responsabilité des chefs de service. Il s'avère enfin que les tableaux de service ne reflètent pas toujours, lorsqu'ils existent, la réalité et ne font pas l'objet de contrôle alors que leur exploitation serait probablement très instructive.

Les dispositifs de suivi personnel des internes en difficulté ne pratiquement pas utilisés. Ceux-ci sont réticents à s'adresser aussi bien à un pair qu'à un senior nettement plus âgé. C'est pourquoi la mission propose la nomination d'un ou d'une référente des internes auprès du conciliateur, du directeur général et de la CME. Le président de la CME s'est déclaré favorable à cette proposition.

### 3. Questions posées

Au-delà des précédents constats, 4 grandes questions sont posées et concernent :

- les fluctuations des effectifs au sein de chaque service ;
- les facteurs de choix et les modalités d'évaluation d'un service (une évaluation publique est proposée) ;
- la formation par le « compagnonnage » ;
- le malaise et la souffrance des internes.

Il apparaît que le choix d'un service par les internes s'opère sur la base d'une combinaison des réputations en matière d'apprentissage et en matière de conditions de vie au travail, sachant que ces réputations fluctuent de plus en plus rapidement.

### 4. Conclusions et recommandations

À l'issue des nombreux entretiens réalisés, il s'avère qu'il ne suffit pas d'être de bonne volonté pour être véritablement bienveillant, et qu'il ne suffit pas d'être bienveillant. Alors que l'environnement général et les conditions d'exercice en CHU ont profondément évolué, il faut s'interroger sur la réalité de l'accueil et la considération que chacun exprime envers les internes. Cette problématique renvoie aussi à la place qui est donnée aux sciences sociales et humaines dans la formation médicale et à la mise en place des valeurs qui sont affichées au sein de l'AP-HP. Comme les internes d'aujourd'hui sont potentiellement les seniors ou les correspondants de demain, ce qu'ils seront demain est l'affaire de tous, soignants et administratifs.

Enfin, les 16 entretiens complémentaires qui ont été réalisés ont suggéré des pistes de réflexion ancrées dans le concret de la transformation de l'AP-HP et qui reposent sur une nécessaire association, tant sur le plan de la réalisation pratique que de la réflexion stratégique, des hospitaliers et des universitaires.

**Le président** rappelle que, par le passé, le choix des internes était lié à l'apprentissage, aux publications, aux patients lourds, au compagnonnage qu'ils pouvaient escompter trouver dans les services, c'est-à-dire qu'ils choisissaient les services les plus performants.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Yves ARTIGOU** souligne le caractère optimiste des conclusions du rapport, les internes apparaissant globalement satisfaits de leur sort, même si celui-ci peut et doit être amélioré. Cet audit conforte les réflexions et les enquêtes menées par le comité des internes. Si le respect du repos de sécurité s'améliore, il doit encore être amélioré. De gros progrès ont été accomplis en matière de médecine du travail. Les efforts de tous doivent converger vers la prévention des risques psycho-sociaux. Les mentalités changent et l'on voit se développer une véritable culture de l'accueil et de l'accompagnement des internes.

**M<sup>me</sup> Isabelle RIOM** se réjouit que la plupart des recommandations débouchent sur des éléments très concrets, comme le fait de veiller à ce que chaque interne bénéficie d'un accueil pertinent,

d'un ordinateur avec une adresse électronique, mais aussi d'un lieu calme, d'un endroit fermé pour conserver ses affaires personnelles, et cela dès les premiers jours de stages. Elle plaide pour une exploitation des tableaux de service par les directions des affaires médicales, afin de faire le point sur les temps de travail et le respect du repos de sécurité, autant d'aspects au sujet desquels on observe une réelle dégradation. Une réflexion collective doit par ailleurs être menée à propos des salles de garde, afin sans doute de dissocier d'une part le lieu de vie et de socialisation, car des internes sont souvent très isolés, et d'autre part la salle de garde, dont la dimension est plus traditionaliste. Une réflexion doit enfin être menée sur l'évaluation de stages, sachant qu'elle a déjà été lancée sur le plan national dans le prolongement des annonces qui ont fait suite au rapport du D<sup>r</sup> Donata MARRA.

**Le D<sup>r</sup> Véronique MOLINA** informe la CME qu'un accueil spécifique de tous les internes de l'hôpital qui prennent des gardes a été mis en place à Bicêtre. Cette courte réunion, le jour de leur arrivée, permet notamment de les informer sur le positionnement des urgences et sur le code d'accès pour y accéder. Cet exemple va servir de base à l'élaboration d'un document duplicable pour l'ensemble de l'AP-HP. Les internes de médecine prenant des gardes aux urgences.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** regrette que le rapport n'évoque pas le poids des tâches administratives qui pèse sur les internes. Par ailleurs, elle doute que beaucoup de seniors prennent eux aussi leur repos de sécurité, ou travaillent moins de 70 heures par semaine.

**Le D<sup>r</sup> Olivier HENRY** convient qu'un changement de culture est en cours, mais constate que celle-ci n'a pas grand sens lorsque, comme c'est le cas dans son DMU de l'hôpital Émile-Roux, le nombre d'internes a été réduit de 70 à 2. Sans doute les internes sont-ils les seniors de demain, mais qui va devenir gériatre demain ? Il s'inquiète aussi de l'avenir de la médecine générale, particulièrement en lien avec la gériatrie, alors que la population vieillit.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** critique le fait que l'on forme les nouvelles générations à la permanence de soins et affirme qu'il n'est pas normal que celle-ci soit assurée la nuit et le week-end par le service public. Selon lui, beaucoup des internes de la nouvelle génération ne veulent pas faire des gardes et cherchent tous les moyens possibles pour y couper. C'est un vrai enjeu de santé publique, car la contrainte au temps est indissociable du métier de médecin, particulièrement quand il s'agit d'un chirurgien ou d'un anesthésiste.

**Le P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI** remarque que l'ouverture des postes doit primer sur toute autre considération, c'est-à-dire que dès lors qu'il y a besoin d'une formation et qu'un service est jugé important pour former, il faut ouvrir les postes. Par ailleurs, la soustraction d'un grand nombre d'internes de médecine générale à la prise de gardes dans les hôpitaux conduit à ce que le nombre de gardes exigé des internes devient parfois incompatible avec la réalisation des maquettes de formation, et au respect du repos de sécurité. Il faut à tout prix éviter d'entrer dans un cercle vicieux où les internes refuseront d'aller dans les services où ils savent qu'on leur demandera un nombre de gardes considérable.

**Le P<sup>r</sup> Rémy NIZARD** témoigne que de nombreux services ne disposent pas de suffisamment d'internes pour assurer les gardes. Il ajoute que les internes sont désormais obligés de ne travailler à l'hôpital que 8 demi-journées par semaine, dont 2 demi-journées consacrées à la formation. Ce sont les seniors qui en font les frais, ou le respect du repos de sécurité. D'où la nécessité absolue de procéder à des regroupements intelligents de seniors et d'internes dans les services.



**Le président** exprime son accord pour les regroupements intelligents, mais à condition que cela se fasse dans de bonnes conditions pour que les personnes s'y retrouvent et que 1 + 1 ne donnent pas 1,5.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** convient que l'on ne compte plus sur les internes pour faire fonctionner les services. Devenu un "ingénieur en formation par alternance", l'interne n'est malheureusement plus la cheville ouvrière du service depuis la réforme de 1982. Les services de chirurgie ont comme préoccupation constante le respect des 4 journées de formation (hors garde) à l'hôpital, ce qui oblige les internes à se former ailleurs pendant un voire deux jours par semaine. D'où l'importance du projet de relocalisation de l'école de chirurgie de la rue du Fer-à-Moulin. Par ailleurs, les glissements de tâches sont inévitables dans un environnement marqué par le sous-effectif en personnel infirmier et un désamour (de) pour l'encadrement des soins.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** constate que les choix qui ont été faits en médecine générale lors de la dernière répartition de postes consistent à regrouper les rares postes d'internes disponibles sur quelques services, afin qu'ils ne se trouvent pas isolés. On peut comprendre ce choix mais dans les services désormais privés d'internes, le travail repose sur les seniors et cela active la spirale infernale de la perte d'attractivité. C'est un problème crucial, qui aurait pu être anticipé. Il déplore l'absence de réaction des CHU dans le cadre de l'élaboration de la réforme du 3<sup>e</sup> cycle face à une position de la médecine générale qui a conduit à fragiliser de nombreuses disciplines.

**Le président** craint qu'il ne soit difficile de faire marche arrière et de faire sortir de l'esprit de certains que l'on n'apprend pas la médecine générale à l'hôpital.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** confirme que le déploiement d'*ORBIS* a entraîné des glissements de tâches notamment pour les internes qui font du secrétariat. Elle regrette que l'annexe 4 du rapport, relative au questionnaire, n'ait pas été fournie. La charge de travail des internes s'est intensifiée même si le nombre d'heures n'est pas accru : prendre en charge 7 entrants et 7 sortants par jour au lieu 2 auparavant entraîne une surcharge de travail qui n'est plus supportable. À noter que ce qui est vécu par les internes, l'est aussi par les seniors, accomplissant en sus de leurs tâches, celles des internes en leur absence (journée de formation, etc.).

**Le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON** se préoccupe de leur évaluation au terme de leur internat. Il rappelle que pour être formé, il faut en avoir envie et trouver un interlocuteur afin que cet échange se révèle gagnant pour chaque partie. Enfin, le repos de sécurité est aujourd'hui acquis, il faut se donner les moyens de le respecter.

**Le président** remarque que, parfois, ce sont aussi les seniors qui, plutôt que d'accompagner les internes, préfèrent faire tout seuls car c'est plus facile.

#### **IV. Procédure de révision des effectifs de praticiens hospitaliers**

**Le président** rappelle que les travaux du groupe de travail sur la CME et les CMEL dans la « nouvelle AP-HP » conduisent à préconiser de larges délégations de compétences du président de la CME aux présidents de CMEL et de la CME aux CMEL. Il rappelle aussi que les révisions d'effectifs des groupes ont beaucoup évolué ces dernières années, la CME se concentrant la répartition de l'enveloppe centrale de redéploiement et l'analyse des stratégies des groupes, ce qui a donné lieu à des discussions extrêmement enrichissantes.

La transformation de l'AP-HP avec la création des grands GH et des DMU conduit à s'interroger sur la façon de donner plus d'autonomie et de délégation de gestion afin de diminuer les délais pour répondre aux souhaits locaux de nominations sans faire attendre les candidats car il s'agit, là aussi, d'une question d'attractivité pour les jeunes praticiens. Il convient donc de réduire le nombre d'allers retours entre le Siège et les groupes hospitaliers. Mais nous tenons tous à l'unité de l'AP-HP et il convient donc aussi d'avoir une stratégie globale. C'est le rôle de la CME. Elle doit être le garant de l'équilibre entre les groupes et entre les disciplines, et avoir un rôle de recours lorsque certaines candidatures font débat.

Dans le dispositif, le rôle des collégiales consiste à juger de l'aptitude des praticiens à occuper le poste de PH auquel on les destine, fonction qui pourrait devenir cruciale si le statut unique est adopté. Il faut donc des garde-fous. L'avis des collégiales doit donc être obligatoirement sollicité au niveau local, ce qui n'est pas toujours le cas actuellement.

**M. François CRÉMIEUX** ajoute que pour donner plus de souplesse et d'autonomie aux GH dans la gestion de leurs effectifs de PH, la stratégie retenue consiste à :

- décaler le calendrier de la révision des effectifs de PH au mois de septembre ;
- supprimer la procédure visant à s'assurer, lors d'une concertation entre le siège et chacun des groupes hospitaliers, que chaque vacation est financée ;
- laisser la validation individuelle des praticiens hospitaliers exclusivement aux collégiales, sans passage par le siège, sous réserve d'une mise en cohérence entre le nombre de PH demandés et la masse salariale attribuée lors de la réunion budgétaire qui intervient au début de l'automne.

Contrairement à ce qui prévalait auparavant, les postes financés ne seront pas *de facto* validés : une liste de postes sera proposée par la gouvernance de chaque groupe, sachant qu'elle est compatible avec la masse salariale globale disponible et que les noms qui y figurent ont été validés par les collégiales. La problématique de l'équité entre les groupes hospitaliers sera traitée lors de la discussion budgétaire sur la masse salariale.

Le soutien des disciplines en difficulté, auquel la CME s'est montrée très attentive par le passé, notamment pour les anesthésistes ou les urgences, sera débattu dans le cadre de réunion consacrée à la révision des effectifs sur le plan global. Enfin, afin de pallier le fait que des disciplines n'arrivent pas à recruter, la CME et la direction générale devront se saisir des outils de différenciation de l'activité des praticiens sur les différents sites, dont la prime d'engagement de carrière hospitalière (PECH).

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** souligne que le nouveau mode de révision des effectifs aura pour effet de porter davantage d'attention sur les créations de postes qui sont le reflet des orientations stratégiques des GH.

**Le président** estime qu'une seule révision des effectifs par an n'est pas suffisante, car les délais d'attente qui en découlent découragent les jeunes. À défaut de pouvoir procéder au fil de l'eau, il en faudrait au moins deux par an. La CME doit aussi recentrer son rôle sur la stratégie et pourrait intervenir en préparation des conférences stratégiques de chacun des 6 GH pour discuter, notamment avec la DOMU, de la stratégie globale du GH en fonction des besoins des différentes disciplines (génétique, cancérologie, urgences, gériatrie, psychiatrie...).

**Le P<sup>r</sup> Thomas SIMIŁOWSKI** s'étonne qu'il ne soit pas question du mécanisme de redéploiement auquel était consacrée l'enveloppe de 0,4 % de la masse salariale.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** répond que le 0,4 % est intégré dans la masse salariale globale qui est prise en considération pour donner l'aval aux créations de postes, indépendamment de la vérification des aptitudes chaque postulant.

**M. François CRÉMIEUX** ajoute qu'il incombera aux GH de solliciter une augmentation de leur masse salariale s'ils estiment qu'il y a iniquité.

**Le P<sup>r</sup> Thomas SIMIŁOWSKI** regrette que ce critère devienne le seul levier d'accroissement de la masse salariale et donc d'augmentation de leur population médicale. En effet, des projets médicaux ou des mesures nouvelles pourraient également le justifier.

**M. François CRÉMIEUX** précise que ces projets ne font pas l'objet de discussions à l'occasion des révisions d'effectifs, mais dans le cadre de la discussion budgétaire avec la gouvernance de chaque GH. Cela peut donner lieu à un redéploiement, ou à l'affectation d'effectifs supplémentaires lors d'une péréquation réalisée sur la base d'un référentiel, comme pour les urgences. La direction des finances devra s'assurer que tous les postes d'urgentistes supplémentaires sont financés.

**Le P<sup>r</sup> Thomas SIMIŁOWSKI** constate l'existence d'un effet plafond sur la masse salariale depuis plusieurs années et analyse qu'il a eu pour effet un transfert de la masse salariale du personnel non médical au profit de la masse salariale médicale. On ne peut que regretter que les médecins n'aient pas suffisamment réclamé une augmentation parallèle de la masse salariale des personnels non médicaux.

**M. François CRÉMIEUX** précise que la masse salariale du personnel médical a continué à croître au fil des années, ce qui n'a pas été le cas de la masse salariale des personnels non médicaux.

**Le président** convient qu'il faut un moyen pratique remplaçant l'enveloppe de 0,4 % pour que la CME puisse assumer son rôle de garante des équilibres entre les GH et continuer à aider les disciplines en difficulté.

**Le directeur général** explique que le choix consiste soit à maintenir le prélèvement de 0,4 %, soit à distribuer d'emblée les 100 % de la masse salariale en les répartissant en fonction des équilibres à préserver entre les GH et les disciplines. Dans les deux cas, la somme à répartir sera identique.

**Le P<sup>r</sup> Francis BONNET** estime que le processus proposé va conduire à la disparition complète de la CME centrale.

**Le directeur général** objecte qu'il s'agit au contraire d'étendre le rôle de la CME à 100 % de la masse salariale au lieu de 0,4 %, au travers de stratégie des GH.

**Le P<sup>r</sup> Francis BONNET** plaide pour une révision des effectifs de PH au fil de l'eau, au moins pour les grosses équipes, afin de se mettre en situation de mieux concurrencer les hôpitaux hors AP-HP.

**Le président** estime que la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (CTEM) centrale, qui se réunit tous le mois, pourrait remplir ce rôle.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** se déclare favorable à l'augmentation de la fréquence des révisions d'effectifs, mais il regrette que l'on parle désormais à cette occasion davantage de masse salariale à respecter que de malades à prendre en charge ou de PH identifiés individuellement que l'on envisage de recruter. Il affirme que l'affectation des 0,4 %, pour fastidieuse qu'elle soit, permettait une affectation fine des postes, à l'occasion d'une discussion nominative au cas par cas, d'autant que 3 postes ont été ajoutés en plus des 0,4 % lors de la dernière révision des effectifs.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** remarque, à propos de la préoccupation exprimée de ne pas faire trop attendre les jeunes médecins, que certains praticiens hospitaliers contractuels (PHC) attendent leur nomination de PH plusieurs années, en passant du statut de PHC à celui d'attaché avant de redevenir PHC.

**Le président** affirme que l'on ne peut pas être PHC pendant plus de deux ans. Au sujet d'une révision des effectifs opérée au fil de l'eau, il craint qu'elle conduise à titulariser trop rapidement des personnes avec lesquelles les chefs de service n'ont pas l'habitude de travailler, avec les risques de conflits de personnes que cela peut impliquer. L'année probatoire va donc être très importante.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** ajoute que le Centre national de gestion (CNG) n'est pas très bienveillant vis-à-vis de l'AP-HP dans ce type de situation, estimant qu'il existe suffisamment de services pour pouvoir déplacer un PH concerné par un conflit interpersonnel.

**Le P<sup>r</sup> Michel LEJOYEUX** se félicite que l'on confie pour la première fois une mission précise et institutionnalisée aux collégiales, à savoir la validation des compétences des candidats. Il s'interroge d'autre part sur la nature de la « stratégie centrale » évoquée par certains.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** réaffirme que le point important porte sur les créations de postes, y compris avec autofinancement, car elles témoignent d'une stratégie globale du GH ou de la structure. Il estime donc que ces créations doivent rester discutées au niveau central.

**Le président** en déduit qu'il y aura toujours besoin d'une commission des effectifs centrale, dont le rôle sera de donner des avis sur les créations de postes et de veiller aux équilibres globaux entre GHT et entre disciplines.

**Le P<sup>r</sup> Dominique ISRAËL-BIET** met fortement en cause l'utilisation du sentiment d'iniquité entre les GH comme levier d'augmentation de la masse salariale, car l'iniquité renvoie à ses yeux à une valeur morale totalement étrangère au domaine financier et managérial. De plus, cela supposerait pour chacun une excellente connaissance de la situation des autres GH, ce qui est très rarement le cas. Une telle approche risquerait enfin de dresser les GH les uns contre les autres dans l'accès à une plus grosse part de la masse salariale à répartir. La seule instance capable de réaliser ce type d'arbitrage et parfaitement légitime à la faire est la CME centrale et sa commission des effectifs.

**Le président** souhaite que la CME ne renonce pas à aider ponctuellement un GH ou à corriger des déséquilibres d'effectifs entre les disciplines. C'est pourquoi il estime indispensable le maintien de la commission des effectifs, quitte à améliorer son fonctionnement.

**Le D<sup>r</sup> Sophie CROZIER** justifie les délais de titularisation de PHC en PH par un souci d'économie. Le risque de se tromper dans leur choix est assez réduit, car la plupart des PHC ont été précédemment chef de clinique dans leur hôpital.

**M. Guy BENOÎT** estime que la supervision de la CME centrale peut éviter que l'on crée à 2 kilomètres de distance deux postes de chirurgien en cardiologie équivalents, comme cela s'est vu. Il rappelle aussi qu'on ne peut pas traiter comme des inconnus des médecins de 34 ans qui ont achevé leur internat et leur clinicat, sous peine de perdre toute attractivité, car c'est un âge où il est légitime d'accéder à un statut stable.

**Le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH** explique que l'approche des 0,4 % n'est pertinente que dans un monde peu évolutif. Tel n'est pas le cas, puisqu'il faut prendre en charge l'évolution des pathologies, les modifications de traitement, le vieillissement, la prise en charge des migrants... Il n'est pas possible de prendre en compte ces évolutions au niveau local. Le rôle du niveau central n'est pas simplement de donner une masse salariale, il est aussi d'orienter la politique. Le rôle des collégiales consiste non seulement à juger des compétences individuelles, mais à assumer pour chaque discipline une fonction d'anticipation. En neurochirurgie, en 15 ans, on a vu le nombre de titulaires dans les établissements privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) devenir supérieur à celui de l'AP-HP. On doit donc débattre de ce que l'on veut : supprimer la neurochirurgie à l'AP-HP et laisser faire ailleurs ? De telles discussions ne peuvent pas avoir lieu au niveau local, il faut des injonctions centrales.

**Le président** propose de retenir le principe de deux révisions d'effectifs par an, afin de pouvoir traiter les urgences et l'évolution des situations locales, et de préserver le rôle de la CTEM en le faisant évoluer vers une approche plus stratégique, en lui laissant la main sur la création des postes.

**Le P<sup>r</sup> Rémi SALOMON** rappelle que la discussion en cours sur les statuts pourrait modifier les termes du présent débat. Il regrette que l'on ne prenne pas assez en considération la gestion de la carrière de PH dans le temps, ce qui les amène à prendre un poste de PH à 35 ans et à rester dans le même hôpital jusqu'à leur retraite. Il faudrait profiter de la taille de l'institution pour éviter des carrières aussi linéaires.

**Le P<sup>r</sup> Philippe CORNU** affirme que la possibilité d'une mobilité ne peut être discutée qu'en central, avec une vision globale et objective de la situation.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** déclare qu'au cours des six années qu'elle a passées à la commission statutaire avec le président, aucun dossier de PH en probatoire n'a été proposé à la commission, alors qu'il a été procédé à des licenciements ou des prolongations de probatoire pour des établissements en région : chaque année pour 4 à 6 PH dont les qualités professionnelles étaient jugées insuffisantes. D'autre part, elle signale que le changement de procédure proposé par M. François CRÉMIEUX et le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ aboutira à l'absence d'évolution de la masse salariale globale dédiée aux PH (donc à la baisse des effectifs, car vu les primes et le glissement vieillesse technicité [GVT], la masse salariale croit pour rester à effectif constant). Elle demande s'il est prévu de fusionner les masses salariales des personnels médicaux (PM) et des personnels non médicaux (PNM), avec des possibilités de bascule d'un côté ou de l'autre. Elle souhaite enfin savoir si les non-consommations de budget constatées en fin d'année seront récupérées.

**Le président** appuie le propose de la vice-présidente : le changement de procédure ne doit pas conduire à diminuer la masse salariale du personnel médical, ce qui serait une faute stratégique dans le contexte actuel où les médecins de l'AP-HP ont besoin d'être remotivés. Il réaffirme la volonté de la CME de maintenir le rôle de la CTEM.

**M. François CRÉMIEUX** confirme l'existence d'une contrainte financière, et souligne qu'elle n'est pas nouvelle et qu'elle permet de préserver l'investissement. Il s'agit donc de la répartir de manière équitable et transparente.

**Le président** souhaite que la stratégie de la révision des effectifs et la masse salariale qui est consacrée soient discutées avec la CTEM.

En réponse au D<sup>r</sup> Anne GERVAIS, **M. François CRÉMIEUX** confirme qu'il n'est pas question de fusionner masse salariale des personnels médicaux non médicaux. L'augmentation tendancielle de la masse salariale des personnels médicaux a été acquise au détriment de celle des personnels non médicaux, grâce à des non-remplacements de postes vacants qui pénalisent les services. Lorsqu'une enveloppe budgétaire n'est pas dépensée, le budget suivant est établi sur la base de celui de l'année précédente.

## **V. Avis sur le plan d'équipement 2019**

### *a. Bilan 2018*

En complément des supports d'information fournis, M. Didier LE STUM retient du bilan du plan d'équipement 2018, que la qualité du dialogue entre la DOMU, le Siège et les hôpitaux a été bonne. Cela a permis de valider les projets qui ont des chances majeures de pouvoir se réaliser. La totalité du budget alloué dans le cadre du plan global de financement pluriannuel (PGFP) a été consommée. L'effet report d'une année sur l'autre est pénalisant, mais il est moindre que lors des exercices précédents, ce qui permet de lancer plus d'opérations. Il a été procédé à l'accompagnement d'opérations de restructuration, à des mesures nouvelles (30 M€) et à des suites à travaux, mais aussi à des remplacements et compléments de parc en équipements lourds ou coûteux (35 M€), ainsi qu'à des opérations transversales (2 M€) et à des dotations de remplacement (37 M€).

### *b. Plan 2019*

**M. Didier LE STUM** indique que les ressources inscrites au PGFP 2019 sont stables (104 M€ en crédits de paiement), sachant qu'elles n'intègrent pas encore les opérations d'équipement liées aux grandes opérations immobilières (Henri-Mondor, Lariboisière, hôpital Nord). On constate une accélération de la mise en œuvre des projets permettant de lancer des opérations à hauteur de 110 M€, contre 108 M€ en 2018 et 100 M€ en 2017.

Le plan d'équipement mobilier 2019 a été construit en accord et en relation très étroite avec les directions des hôpitaux, elles étant en relation très étroite avec les commissions locales d'équipement. Quatre types d'investissements ont été programmés :

- des opérations d'accompagnement, de mesures nouvelles et de suites à travaux : 22 M€, en légère baisse ;

- des équipements lourds/coûteux (34 M€, autant qu'en 2018), dont un tiers de compléments et deux tiers de remplacements ;
- des opérations transversales consacrées notamment à la fin de l'opération de mise à niveau des fauteuils dentaires débutée en 2018 : 2 M€ ;
- des dotations de remplacement : 40 M€.

Les dépenses hors GH sont prévues à 4 M€, notamment pour les remplacements des ambulances du service mobile d'urgence et de réanimation du SAMU et l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS).

Pour rappel, 528 M€ ont été consacrés au cours des cinq dernières années aux équipements en investissement, alors que la valeur du parc à neuf atteint 1,774 kM€. Le taux de vétusté a été légèrement réduit de manière régulière entre 2014 et 2018. Quelques points restent plus sensibles, notamment en ce qui concerne la partie hôtelière.

**Le président** juge que le taux de vétusté, qui a atteint 72,9 % en 2018, reste anormalement élevé.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** convient que des efforts ont été consentis pour les équipements de matériels lourds, mais suggère que des opérations d'achat en *leasing* pourraient être plus rentables pour l'AP-HP. Il alerte d'autre part sur la grave pénurie de personnel manipulateur, avec de nombreux postes vacants. Les autorisations données en Île-de-France vers le privé ont accentué cette dynamique néfaste, alors que le nombre de sorties d'écoles sont rares. Il est à noter que les manipulateurs qui se sont formés pour bénéficier de délégation de tâches ne perçoivent à ce titre aucune prime.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** signale la situation catastrophique de l'endoscopie, à propos de laquelle le président de la collégiale concerné a écrit un courrier au président de la CME et au directeur général de l'AP-HP. Elle est liée au fait que le marché de réparation des endoscopes de gastro-entérologie a été confié, sans concertation de la communauté médicale, à deux entreprises qui n'en sont pas fabricants et qui réalisent mal leur travail puisque les appareils reviennent infectés et doivent repartir en décontamination, non sans que des pénalités importantes soient appliquées. Le gastroscopie des urgences de la Pitié-Salpêtrière étant tombé en panne il a fallu le remplacer par celui de la grande garde de Saint-Antoine, qui s'en trouve donc dépourvu. À cela s'ajoute le fait que l'aide consentie trois ou quatre ans auparavant pour renouveler les appareils d'endoscopie interventionnelle, dont la valeur atteint 80 000 €, a été consommée, alors que ceux-ci n'ont, du fait de leur soumission à des procédés de décontamination itérative, qu'une durée de vie de 5 ans. En conséquence, les hôpitaux Saint-Antoine, la Pitié-Salpêtrière et l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) sont confrontés à une grave pénurie de ces appareils qui permettent notamment d'éviter des opérations de chirurgie lourde.

*La CME approuve à l'unanimité et 6 absentions le plan d'équipement mobilier 2019.*

## **VI. Bilan annuel du responsable du système de management de la qualité (RSMQ) de la prise en charge médicamenteuse**

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** rappelle que le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse porte sur un champ d'action large et multidisciplinaire autour du médicament. Il concerne aussi bien l'amont des unités de soins (approvisionnement, stockage, transport, dispensation) que les unités de soins elles-mêmes (prescription, information patient,

administration, surveillance). Il met en œuvre les outils classiques d'une démarche qualité : outils documentaires, (procédures, formations), d'observation, audit, visite de risque, bilan des événements indésirables), d'outils d'analyse (revue de morbi-mortalité [RMM] et outils de partage (retour d'expérience). La démarche implique de nombreux acteurs autour de la sécurisation (parmi lesquels les usagers ont été impliqués), du bon usage (commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles [COMÉDIMS], agence générale des équipements et produits de santé [AGEPS], contrat pour l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins [CAQES]), de la politique (CME, cellule d'appui de la CME pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers [QSS & CAPCU], DOMU) et de l'administration (direction des soins, vigilances, système d'information). Une cellule d'appui est animée par M<sup>me</sup> Véronique BINET-DECAMPS, alors qu'un réseau de correspondants a été stabilisé sur le terrain (il sera adapté à l'occasion de la transformation de l'AP-HP). Le succès de la démarche dépend étroitement du développement et du déploiement du système d'information. Son bilan 2018 peut être synthétisé en six points marquants :

- la réactivation du groupe spécifique *ORBIS*, un outil informatique dont une fonctionnalité permet de limiter les risques liés à la prise en charge médicamenteuse, mais dont l'implémentation expose à de nouveaux risques ;
- l'accent mis sur la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé, à la suite d'un événement indésirable survenu lors de l'administration sans prescription d'une benzodiazépine dans un service de gériatrie, une pratique qui s'est avérée récurrente, avec la mise en place d'un plan d'action en soins de suite et de réadaptation (SSR) et soins de longue durée (SLD) avec des visites de risques et des sessions de formation ;
- la réalisation d'un audit sur la bonne identification des médicaments, ce qui a permis de détecter un problème de conformité aux critères dans 72 % pour les formes injectables de médicament ;
- l'organisation de formations et d'une journée consacrée aux facteurs organisationnels et humains en juin 2018 à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) ; une autre journée sera consacrée le 27 juin 2019 aux démarches de retour d'expérience ;
- la préparation de l'extension de la réglementation aux dispositifs médicaux (DM), ce qui a donné lieu à :
  - l'identification de référents DM dans les GH ;
  - la rédaction d'un manuel qualité pour les organisations au sein des GH ;
  - la réalisation de cartographie des risques.
- les progrès effectués en matière de retour d'expérience, au travers de la déclaration des événements indésirables graves (ÉIG).

Les ÉIG doivent donner lieu à un retour d'expérience (REX), certains feront l'objet d'une publication dans une *Lettre REX* de l'AP-HP aux fins d'enseignement.

**Le président** souligne que la prise en charge médicamenteuse est un facteur de risque majeur d'ÉIG auquel tous les personnels doivent être sensibilisés.

**M. Guy BENOÎT** signale l'absence de système informatisé permettant une traçabilité patient des prothèses mammaires, malgré l'insistance de la collégiale et de la Commission européenne. Ce sujet doit évoluer rapidement.



**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** partage cette préoccupation et souligne qu'une prochaine réglementation en matière de traçabilité des dispositifs médicaux pourra sans doute aider à faire progresser ce sujet.

**Le président** ajoute que le manque de traçabilité s'avère très coûteux ; dans son hôpital il a été estimé à 700 000 € par an.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** souligne qu'en effet le sujet de la traçabilité financière est intimement lié à celui de la traçabilité sanitaire et que ces deux sujets doivent évoluer ensemble.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** préconise d'associer les collégiales à la mise en place d'une traçabilité, et notamment celle de chirurgie orthopédique.

**Le P<sup>r</sup> Philippe CORNU** recommande de mettre aussi l'accent sur la clarification de l'affichage sur les boîtes de produits dangereux, par exemple, grâce à l'adoption d'un code couleur spécifique.

**Le D<sup>r</sup> David OSMAN** indique que les retours d'expérience fait au sein de l'institution peuvent effectivement avoir des conséquences sur la politique d'achat du médicament en privilégiant les médicaments les plus sécurisés en matière d'identification.

## **VII. Restitution des autodiagnostic des unités de chirurgie ambulatoire de l'AP-HP : état des lieux et pistes d'amélioration**

**M<sup>me</sup> Sophie KÉRAMBELLEC** indique que le taux de chirurgie ambulatoire a atteint 38,3 % en 2018 soit 1,6 % de plus qu'en 2017 et 6 % de plus qu'en 2018. Ce taux atteint 71 % pour les 55 gestes marqueurs. La progression est nette, mais elle reste insuffisante, puisque l'objectif est de 50 % de chirurgie ambulatoire à fin 2019.

La direction du pilotage et de la transformation (DPT) a coordonné en 2018 un autodiagnostic afin d'identifier les freins à la chirurgie ambulatoire et de valider les priorités d'action dans les GH. Les principaux freins mis à jour par cette enquête concernent :

- la conviction des équipes médicales ;
- l'accès au bloc, en raison de la saturation du bloc ambulatoire, de la pénurie de personnels de bloc et de freins architecturaux ;
- l'organisation des circuits ambulatoires, la programmation d'un patient à l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) étant complexe.

Il s'agit d'installer le parcours de chirurgie ambulatoire comme un parcours de droit commun. L'enquête a montré qu'il existe, en matière de gouvernance et de pilotage, une représentation médicale systématique de cette activité, en lien avec une ressource paramédicale. Les anesthésistes sont plus souvent mobilisés que les chirurgiens. Toutefois, malgré l'existence de chartes dédiées, le suivi ou le pilotage de l'activité ambulatoire et de son niveau de performance reste à renforcer, en l'absence de comité dédié.

L'analyse des indicateurs classiques et l'identification d'actions visant à les améliorer restent à systématiser, en mettant davantage l'accent sur l'analyse de la satisfaction du patient.

En matière d'organisation des prises en charge et des parcours, des bonnes pratiques existent, comme l'information au patient, l'existence d'un passeport ambulatoire ou l'anticipation des démarches administratives. Cependant, des progrès restent à réaliser lors des étapes pré-

ambulatoires, avec l'anticipation de certaines prescriptions, l'harmonisation des sorties des patients avec l'utilisation d'un *score de Chung* et la remise de documents de sortie, ou lors des étapes post-opératoires afin de sécuriser le passage de relais vers la ville.

L'enquête a montré qu'un levier de plus forte implication des médecins pourrait consister à faire des unités de chirurgie ambulatoire des plateformes d'innovations, pour la recherche et l'enseignement. Un effort de communication devra être réalisé vers la médecine de ville pour améliorer la visibilité et la lisibilité de l'offre ambulatoire de l'AP-HP et sécuriser les filières d'adressage.

En synthèse, les recommandations qui ressortent de l'enquête et qui ont été validées par le club de chirurgie ambulatoire sont les suivantes :

- proposer une restitution ciblée dans les collégiales chirurgicales ;
- mettre en œuvre des actions de sensibilisation, à l'occasion de séminaires et avec des sponsors médicaux par spécialité ;
- la formation des équipes paramédicales ;
- une action de communication grand public ;
- un effort de protocolisation, avec la constitution d'un thesaurus de chemins cliniques, la diffusion d'une démarche type de protocolisation ;
- la formalisation d'un circuit court type ;
- formaliser des ordonnances types accessibles dans ORBIS ;
- formaliser une *check-list* d'éligibilité du patient.

La gouvernance de la chirurgie ambulatoire fait l'objet d'une lettre de mission dans le cadre de la démarche dite « *oïkeiosis* » du groupe stratégique et pluridisciplinaire « virage ambulatoire et récupération améliorée après chirurgie (RAAC) ». Les pistes de travail prioritaires pour 2019 sont :

- remettre à jour les cibles pour la chirurgie ambulatoire ;
- accompagner les sites qui en auraient besoin ;
- finir le déploiement des outils numériques.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** souligne l'importance de la consultation qui doit suivre toute intervention en chirurgie ambulatoire, laquelle ne peut être assurée par un médecin généraliste. Or, il s'avère souvent très difficile d'obtenir une telle consultation dans un délai de deux ou trois jours.

**Le président** se déclare favorable à ce que l'on augmente le taux d'ambulatoire, notamment afin d'éviter des infections nosocomiales, pourvu que le péri-ambulatoire soit correctement assuré. Toutefois, c'est bien la qualité et la sécurité des soins qui doivent guider le développement de l'ambulatoire et non pas le critère économique. On doit, par exemple, tenir compte du nombre de malades précaires que nous prenons en charge. Si l'ambulatoire doit progresser, ce n'est pas à marche forcée.

**Le D<sup>r</sup> Sophie CROZIER** s'interroge sur le fait de savoir si le profil des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire à l'AP-HP et dans les autres structures. L'augmentation du taux de chirurgie ambulatoire ne constitue pas un critère d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins en soi. Concernant l'évaluation de cette pratique, il serait souhaitable que l'on comptabilise les retours aux urgences pour complications des patients. Selon elle, il est évident que l'objectif principal de la chirurgie ambulatoire est la rentabilité.

**Le président** estime que le sens de la responsabilité des équipes de soins des hôpitaux de jour doit empêcher que ce soit le cas, et donner lieu lorsque cela s'impose à des réorientations vers la chirurgie conventionnelle.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** souligne que le développement de la chirurgie ambulatoire a un impact non seulement sur les circuits chirurgicaux et anesthésiques, mais aussi les autres services de l'hôpital. Or, ils ne sont pas associés à la réflexion sur ce mode de prise en charge.

## **VIII. Approbation du compte rendu de la CME du 2 avril 2019**

*Le compte rendu de la CME du 2 avril 2019 est approuvé à l'unanimité.*

## **IX. Questions diverses**

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** signale avoir reçu à tort une facture à son nom, celle-ci étant destinée probablement à un homonyme. Il regrette que la démarche de recouvrement des impayés lancée par l'administration soit parfois trop active.

**M. Jérôme MARCHAND-ARVIER** regrette que l'administration n'ait pas été saisie avant que cette mésaventure ne soit publiée sur *Twitter* et avant qu'il n'en soit fait part à la CME. Il s'avère effectivement qu'un autre M. TRIVALLE faisait l'objet de la consultation facturée. Il fait part, au nom de l'administration, de ses excuses à ces deux personnes. Cette erreur relève d'une problématique d'identitovigilance, qui est une problématique bien connue et pour laquelle des actions sont mises en œuvre, avec notamment un comité d'identitovigilance au niveau central et au niveau de chaque GH, et qui fait l'objet de formations des agents. Comme il s'agit d'un sujet humain, on ne parviendra jamais à 0 % d'erreur.

**M. François CRÉMIEUX** convient que l'AP-HP, qui a su développer une culture de la déclaration des incidents graves et des retours d'expérience en matière médicale, pourrait faire le même effort en matière d'erreurs administratives. Il assure que les équipes font du mieux qu'elles peuvent pour progresser dans ce sens.

*L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 20 heures 05.*