

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 2 AVRIL 2019

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 14 MAI 2019

SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Projet urgences 2019-2023	8
III.	La CME et les CMEL dans la « nouvelle AP-HP »	12
IV.	QSS & CAPCU : comité qualité des SAMU de l'AP-HP	15
V.	Plan cancer 3 de l'AP-HP : bilan et perspectives	15
VI.	Recherche	18
VII.	Approbation du compte rendu de la CME du 5 mars 2019	24
VIII.	Questions diverses	24

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Projet urgences 2019-2023 (P^r Dominique PATERON)
3. La CME et les CMEL dans la « nouvelle AP-HP » (P^r Catherine BOILEAU, D^r Anne GERVAIS) :
 - Avis sur la nouvelle composition de la CME et des CMEL
 - Délégations de compétences du président de la CME aux présidents de CMEL et de la CME aux CMEL : état des réflexions en cours
4. QSS & CAPCU : comité qualité des SAMU de l'AP-HP (M^{me} Christine GUÉRI, D^r Dominique BRUN-NEY)
5. Plan cancer 3 de l'AP-HP : bilan et perspectives (P^{rs} Stéphane CULINE et Christophe TOURNIGAND, D^r Gilles GALULA)
6. Recherche :
 - Lettre de mission sur la recherche (P^{rs} Gabriel STEG et Catherine BOILEAU, M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE)
 - Point sur l'entrepôt de données de santé : structure, bilan d'activité du comité scientifique et éthique, gouvernance (P^{rs} Michel ZÉRAH, Catherine BOILEAU, Philippe LECHAT et Marie-France MAMZER, D^r Laurent TRÉLUYER, M^{mes} Florence FAVREL-FEUILLADE et Élisabeth SALAMANCA)
 - Robots chirurgicaux : le dispositif recherche (M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE)
7. Approbation du compte rendu de la CME du 5 mars 2019
8. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition A

- Avis sur des candidatures aux emplois de PU-PH des disciplines médicales offerts à la mutation (révision des effectifs 2019)

Assistaient à la séance

- Avec voix délibérative :

P ^r Nelly	ACHOUR	M ^{me} Sophie	GUILLAUME
P ^r René	ADAM	P ^r Olivier	HÉLÉNON
P ^r Joël	ANKRI	D ^r Olivier	HENRY
P ^r Jean-Yves	ARTIGOU	P ^r Dominique	ISRAËL-BIET
P ^r Thierry	BÉGUÉ	P ^r Paul	LEGMANN
P ^r Sadek	BELOUCIF	P ^r Michel	LEJOYEUX
D ^r Guy	BENOÎT	D ^r Véronique	MOLINA
P ^r Francis	BONNET	D ^r Isabelle	NÈGRE
P ^r Catherine	BOILEAU	P ^r Rémy	NIZARD
D ^r Anne-Reine	BUISINE	D ^r Antoine	PELHUCHE
P ^r Pierre	CARLI	D ^r Patrick	PELLOUX
P ^r Stanislas	CHAUSSADE	P ^r Michel	PEUCHMAUR
P ^r Françoise	CHARTIER-BOTTEREL	P ^r Claire	POYART
P ^r Bruno	CRESTANI	P ^r Dominique	PRIÉ
P ^r Yves	COHEN	M. Rémy	PIERAGOSTINI
P ^r Philippe	CORNU	M ^{me} Caroline	RAQUIN
D ^r Sophie	CROZIER-MORTREUX	P ^r Christian	RICHARD
D ^r Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	D ^r Frédéric	RILLIARD
D ^r Alain	FAYE	M ^{me} Isabelle	RIOM
P ^r Marysette	FOLLIGUET	P ^r Rémi	SALOMON
P ^r Noël	GARABÉDIAN	P ^r Éric	THERVET
D ^r Anne	GERVAIS	P ^r Nicolas	THIOUNN
P ^r Bertrand	GODEAU	P ^r Jean-Marc	TRÉLUYER
P ^r François	GOFFINET	D ^r Christophe	TRIVALLE
P ^r Bernard	GRANGER	D ^r Noël	ZAHR

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- M. le P^r Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- M. le P^r Bruno RIOU, président de la conférence des doyens d'Île-de-France

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

- P^r Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Diderot
- M^{me} Yvette NGUYEN, représentante de la CSIRMT
- D^r Lynda BENSEFA-COLAS, médecin coordonnateur du service central de santé au travail de l'AP-HP.
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

- **les représentants de l'administration :**
 - M. François CRÉMIEUX, directeur général adjoint
 - M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, directeur général adjoint
 - M^{me} Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général
 - M^{me} Hélène OPPETIT, M. Olivier TRÉTON, D^r Dominique BRUN-NEY, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
 - M^{me} Isabelle MOUNIER-ÉMEURY, direction des patients, des usagers et des associations (DPUA)
 - M^{me} Charline NICOLAS, M. Marc DUPONT, direction des affaires juridiques (DAJ)
 - M. Patrick CHANSON, M^{me} Véronique DROUET, direction de la communication

- **Secrétariat de la CME :**
 - M^{mes} Isabelle PLANTEC et Géraldine DELIOT (DOMU)

- **Représentants de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) :**
 - D^r Caroline SUBERBIELLE

- **Membres excusés :**
 - M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Yves AIGRAIN, Philippe ARNAUD, Emmanuel BARREAU, Jean-Louis BEAUDEUX, Olivier BENVENISTE, Catherine BERNARD, Marie BORNES, Clara BOUCHÉ, Jean-Claude CAREL, Nathalie CHARNAUD, Gérard CHÉRON, Nicolas DANTCHEV, Patrick DASSIER, Nathalie DE CASTRO, Louis MAMAN, Jacques DURANTEAU, Pascale GAUSSEM, Bertrand GUIDET, Christian GUY-COICHARD, Marianne LERUEZ-VILLE, Laurent MANDELBROT, Lucile MUSSET, Jean-Marc NACCACHE, Valérie PÉRUT, Élisabeth PORSMOQUER, Thomas SIMILOWSKI, Denis TIXIER, Michel ZÉRAH.
 - MM. Victor DESPLATS, Jean-Vincent LAQUA et Loïc MORVAN.

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

I. Informations du président de la CME

Statuts

Le président participera, au titre de la conférence des présidents de CME de CHU, aux réunions du groupe de travail sur les statuts des personnels médicaux que le ministère organise d'avril à juillet dans le cadre de la « stratégie de transformation du système de santé ». Deux autres groupes de travail plancheront, l'un sur le management, l'autre sur la gouvernance et la gestion des ressources humaines. Les travaux des commissions devront être finalisés avant le 23 juillet 2019. Il rendra compte régulièrement à la CME de l'évolution des discussions.

Semaine de l'éthique

Le D^r Sophie CROZIER informe que la prochaine tenue de la *semaine de l'éthique* sera organisée cette année autour du thème « l'éthique dans l'organisation et le management ». La journée d'ouverture se tiendra le 11 juin à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP).

Personnels infirmiers

La chambre régionale des comptes a rendu public un rapport sur le personnel infirmier à l'AP-HP, qui sera présenté au conseil de surveillance du 19 avril. Il montre notamment l'intensification du travail du personnel infirmier provoquée par le virage ambulatoire, l'augmentation de la sévérité des patients et la contraction des durées de séjour. L'adéquation des effectifs aux charges de travail, mais aussi la concordance des temps médicaux et paramédicaux restent des sujets sur lesquels nous devons travailler. Ce rapport pourra être présenté plus en détail lors d'une prochaine CME, en présence du directeur des ressources humaines de l'AP-HP.

Fédération des SAMU de l'AP-HP

Le P^r Pierre CARLI rappelle que l'AP-HP est le seul établissement de santé en France à être doté de 4 SAMU. Il s'agit d'une porte d'entrée majeure vers les urgences et les soins non programmés, mais aussi, avec les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR). Le projet de créer une fédération supra-GH, permettrait d'envisager l'avenir en bénéficiant d'un effet de masse critique et de force, en mettant en commun des moyens humains et matériels, mais également leurs pratiques et organisations.

Les SAMU en France sont entrés depuis l'accident de Strasbourg dans une zone de fortes turbulences. Elles se traduisent au quotidien à Paris par des relations tendues avec la brigade des sapeurs-pompiers. Le P^r Pierre CARLI propose donc d'acter ce jour le rapprochement des SAMU de l'AP-HP, non seulement au niveau des personnels et des équipements, en créant des centres plus gros, mais bientôt en matière de traitement des appels et d'utilisation de l'intelligence artificielle. De telles convergences sont possibles au niveau de l'AP-HP.

Le directeur général indique que ces réflexions ont abouti à un texte commun allant vers une fédération comprenant les 4 SAMU actuels. C'est le fruit de discussions centrées sur le service rendu, la performance et la formation des régulateurs. L'idée est de mettre en place une réponse globale et coordonnée, avec les mêmes standards de travail. Il s'agit aussi de développer des outils insuffisamment utilisés, comme l'intelligence artificielle, mais aussi mettre en place une

plate-forme téléphonique qui permette de réguler l'amont des urgences, d'orienter et de conseiller les patients. La réflexion sur la structuration future du SAMU a été l'occasion d'affirmer le principe selon lequel on ne doit pas disjoindre les liens entre le SAMU, les SMUR et les services d'accueil des urgences (SAU). À cet égard, il a été opté pour que les départements médico-universitaires (DMU) conservent leur implantation locale, en faisant en sorte les personnels médicaux partagés avec les SAMU puissent le rester.

Le président souligne que le projet de mutualisation des SAMU impactera l'organisation des secours et de nombreux chaînons du système hospitalier. Une présentation plus approfondie en sera faite à la CME dès qu'il aura trouvé une formalisation plus concrète.

« Grand débat » à l'AP-HP

Le D^r Anne GERVAIS présente les principaux sujets évoqués lors des 7 réunions de dialogue qui se sont tenues sur 7 sites entre le 15 et le 28 février 2019. Au moins 614 personnes ont participé à ces débats qui, de l'avis général, se sont déroulés dans le respect des règles. Un résumé des débats a été largement diffusé, portant sur :

- le manque général de temps et de personnels, notamment paramédical, qui conduit à une désorganisation des services et à une altération de la qualité de vie au travail ;
- une carence de dialogue et d'échanges, non seulement avec les patients mais aussi entre professionnels et particulièrement avec l'administration. La demande des personnels est d'être davantage associés aux décisions qui les concernent (organisation du travail) ;
- la rémunération du personnel, insuffisante en Île-de-France pour se loger, notamment pour les paramédicaux et les secrétaires. Mais les jeunes médecins peinent aussi à trouver un logement. Des différences de rémunération à l'embauche entre les GH sont constatées de même que la pérennisation de statuts précaires pour certaines fonctions ;
- la polyvalence imposée pour pallier le manque de personnel ou l'absentéisme ;
- la nécessité de mieux accueillir et accompagner les patients, en garantissant suffisamment de lits en aval des urgences ;
- une informatisation qui n'est pas une aide mais entraîne un glissement de tâches, des pertes de temps pour les soignants, par manque d'association des utilisateurs à la conception des outils ;
- un sous-financement global de l'hôpital, avec une déconnexion des tarifs et des coûts, alors que le financement de la Recherche sur les maladies rares n'est plus suffisant.

Certains ont émis le souhait que ce type de débat, réunissant toutes les fonctions, soient renouvelées une ou deux fois par an, en présence de l'administration. La restitution du grand débat sera faite au directeur général de l'AP-HP, au directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) et la ministre de la Santé a été invitée.

Informations du directeur général

Le directeur général annonce que le directoire a sollicité l'autorisation du conseil de surveillance pour signer sous quinze jours un accord avec *Peugeot société anonyme* (PSA) concernant l'acquisition d'un terrain de 4 hectares occupé actuellement par une usine, en vue d'y construire le nouveau campus hospitalo-universitaire Grand Paris Nord, dont l'ouverture est programmée en 2027. Cet accord permet de lancer dès l'été prochain le concours d'architectes, qui durera 18 mois. Les opérations de dépollution pourront commencer en 2021. L'université est épaulée par

tous les services de l'État pour pouvoir achever son implantation à proximité immédiate, une passerelle la reliant au futur hôpital. Pour elle, la maîtrise du foncier n'est pas encore acquise : des expropriations devront être réalisées. La construction des deux établissements convergera afin que les bâtiments hospitaliers et les bâtiments universitaires soient livrés à la même date.

Le président souligne l'importance de respecter l'échéance de 2027 pour l'achèvement des travaux, afin de ne pas entamer la motivation des équipes médicales et de soins de Bichat et Beaujon.

Le directeur général informe des nominations intervenues au sein de l'AP-HP : M. Didier FRANDJI a pris la direction de la direction économique, financière, des investissements et du patrimoine (DÉFIP) en remplacement de M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ. Le poste qu'il occupait à la direction des hôpitaux universitaires Paris-Seine-Saint-Denis (HUPSSD) devra être pourvu.

M. Christophe KASSEL a quitté ses fonctions de directeur général du CHU de Caen pour devenir directeur préfigurateur groupe hospitalo-universitaire réunissant les hôpitaux universitaires de Paris Île-de-France Ouest (HUPIFO) et de Paris Sud (HUPS).

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) de l'AP-HP, sur lequel la CME avait rendu un avis défavorable, a été approuvé par le Gouvernement, il s'agit d'un signe de confiance important qui facilitera des demandes d'emprunts pour financer les investissements.

Il a été convenu, avec le vice-président du directoire chargé de la recherche, le président de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et le P^r Bruno RIOU, doyen des doyens, de l'opportunité de relancer l'appel à projets des départements hospitalo-universitaires (DHU), lesquels seront renommés, comme dans le reste de la France, fédérations hospitalo-universitaires (FHU).

Enfin, grâce à la mobilisation de plusieurs membres de la CME, l'hôpital marin d'Hendaye a conservé son statut de centre de référence du syndrome de Prader-Willi et autres syndromes avec troubles du comportement alimentaire.

II. Projet urgences 2019-2023

Le P^r Dominique PATERON rappelle que le projet de relance du plan urgences intervient dans un contexte de forte tension sur le temps médical dans les services d'accueil des urgences (SAU), alors que les urgences sont marquées par une augmentation de 3 % de leur activité par an (SAU adultes ou pédiatriques). Si le taux d'hospitalisation est stable, le nombre de malades hospitalisés augmente, cette hausse atteignant 7 % par an dans les unités de soins de courte durée (UHCD) qui relèvent des urgences.

Le plan de transformation 2019-2023 se décline en six axes :

- maîtriser et réguler l'amont, avec la ville et les patients, grâce à une régulation médicale assurée par le SAMU et à des coopérations avec des maisons médicales (si l'on trouve des généralistes pour les animer) ;
- achever le déploiement d'ORBIS-urgences ;
- renouveler les modalités de gouvernance, d'animation et de contrôle ;

- une politique de ressources humaines et d'accompagnement organisationnel pour les services d'urgences, notamment auprès des SAU les plus en difficulté, avec une mise à jour des ratios en personnel médical et en personnel non-médical sur la base du nombre de passages, de la gravité des patients, etc.
- redémarrer le chantier de la gestion des lits, ce qui passe par :
 - une gestion de l'hospitalisation non programmée, laquelle est souvent balkanisée (sans pour autant opérer comme un hôtelier qui affecterait les malades indifféremment de leur pathologie) ;
 - une prise en charge spécifique des malades des urgences polyvalents qui bloquent souvent l'aval ;
 - la création « d'unités accordéons » qui pourraient être ouvertes pendant les périodes de l'année où la tension est la plus forte ;
- réussir le défi des temps de passage contractualisés par gravité et de l'accueil, ce qui suppose d'avoir relevé les défis des ressources humaines et de l'aval.

En conclusion, trois points d'attention sont essentiels :

- les ressources humaines, les ratios d'effectifs définis par la DOMU en 2015 devant être réactualisés, dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens ;
- les supports des SAU, car il faut réduire les temps d'obtention des examens radiologiques, et cela particulièrement en ce qui concerne les scanners ;
- l'aval, en définissant les besoins et par une gestion des lits et des périmètres d'hospitalisation, en créant des unités accordéons.

Le président se déclare très conscient des difficultés considérables auxquels sont confrontés les services d'urgences et affirme être vigilant à ce qu'ils soient dotés des effectifs suffisants.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE prend acte de la nécessité d'accroître le nombre de postes dans les services d'urgences, mais rappelle que l'enveloppe du personnel médical des GH est par ailleurs gelée. Il propose que l'augmentation du personnel médical des urgences se fasse par dérogation à ce gel.

Le P^r Pierre CARLI confirme que la CME et la direction générale ont été les premières en France à mettre en place une stratégie pour les urgences. Il avait été choisi alors de ne pas faire de plan, en estimant que la problématique ne se limitait pas aux besoins, mais devait prendre en compte leur utilisation coordonnée. Il s'agit de passer du stade de la stratégie à celui de l'action. L'immense majorité des médecins urgentistes adhèrent à cette démarche, sachant que l'AP-HP n'est qu'au début d'une phase extrêmement difficile de redéfinition du fonctionnement des urgences, qu'elles soient hospitalières ou pré-hospitalières.

Le D^r Christophe TRIVALLE estime indispensable de prendre en compte le fait que l'augmentation des prises en charge dans les UHCD concerne des patients âgés, que l'on laisse souvent sur des brancards. Il faut prévoir des lits d'aval pour eux, avec des gériatres et des internes.

Le P^r Paul LEGMANN souligne que le temps d'attente pour l'imagerie ne dépasse pas en moyenne 30 % du temps d'attente d'un patient aux urgences et affirme que l'inflation des prescriptions en imagerie médicale n'est pas toujours justifiée. Il évoque un déficit important de personnels manipulateurs, avec de nombreux postes vacants. Selon lui, les autorisations supplémentaires

données en Île-de-France pour de nouveaux appareils dans le secteur privé ne vont faire qu'accentuer notre manque d'attractivité au profit du privé.

Le D^r Anne GERVAIS souligne l'importance de l'amont dans la prise en charge des urgences. La création de maisons de santé ou de centres de santé à proximité des SAU peut contribuer à fluidifier cet amont, comme certains exemples le prouvent. Y a-t-il une politique dans ce domaine ou des préconisations ?

Le P^r Dominique PATERON regrette que pour la première fois des SAU aient dû avoir recours à l'intérim, ce qui est regrettable pour la qualité de prise en charge et le coût. Concernant la radiologie, on constate de fortes disparités, à moyens équivalents.

Le D^r Sophie CROZIER témoigne des difficultés récurrentes liées au manque de lits dans les hôpitaux à l'AP-HP, notamment à la Pitié-Salpêtrière et dans certains services où la recherche de lits fait partie du quotidien pour les équipes. Elle espère, par ailleurs, que la notion d'hébergement disparaîtra du projet urgences 2019-2023 de l'AP-HP, car elle suppose que chaque lit est équivalent dans un hôpital, ce qui est bien sûr inexact car chaque service a un personnel formé à la prise en charge des pathologies correspondant à sa spécialité. « Héberger » un patient dans un service inadapté conduit à une perte de chance pour le patient avec une dégradation de la qualité et la sécurité des soins dispensés, tout en compliquant leur prise en charge par le personnel soignant. Enfin, si le manque de moyens des urgences est indéniable, il est aussi patent dans les services d'aval dont les moyens doivent être renforcés si l'on veut, d'une part, créer des filières d'accès direct pour les patients, d'autre part, prendre en charge dans un temps le plus court possible les patients hospitalisés afin de libérer des lits pour les suivants. Quant à la gestion de l'amont, elle passe effectivement par des maisons médicales, mais aussi l'accès direct à des consultations spécialisées.

Le D^r Patrick PELLOUX milite pour créer entre l'hôpital et la médecine de ville des centres de santé et des maisons médicales assurant des consultations entre 8 heures et 22 heures, tous les jours de la semaine. Les maisons médicales de garde financées par l'ARS ont des plages d'ouverture insuffisantes, ce qui n'est pas adapté aux besoins de la population et dissuade même les médecins d'y travailler. À cet égard, la notion de médecin traitant est périmée et doit se voir substituer le dossier médical partagé, en désignant au cas par cas, notamment pour les maladies chroniques, des médecins coordonnateurs. Il confirme que l'on fait appel pour la première fois au travail intérimaire dans les urgences. C'est selon lui la conséquence d'une spirale sociale qui conduit à ce que tous les professionnels veuillent partir. Elle s'explique par un management des SAU souvent critiquable et ne pourra être dépassée que si l'on parvient à convaincre les jeunes médecins qu'ils peuvent exercer le métier passionnant des urgences à l'AP-HP. Or ces derniers sont très inquiets par les négociations actuelles. Il va travailler, avec le soutien du P^r Pierre CARLI, sur l'anticipation de l'arrivée des personnes âgées aux urgences, en lien avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD).

Le P^r Bruno Riou constate que les mêmes échanges auraient pu avoir lieu quelques années auparavant, avec la même absence de solution. Il témoigne qu'alors qu'il dispose d'un nombre stable de chirurgiens, d'anesthésistes et de salles, on comptait le vendredi précédent 27 malades en attente de bloc aux urgences de la Pitié-Salpêtrière, ce qui n'a jamais été observé ces 20 dernières années. Il rappelle que la procédure dégradée consistant à renvoyer toute la petite chirurgie à l'extérieur a déjà dû être mise en place pendant 30 jours en 2018. Il a même fallu cesser pendant trois jours d'accueillir les traumatisés graves alors que la Pitié-Salpêtrière est un

trauma center. Cette procédure dégradée est désormais en vigueur de nombreux jours consécutifs, au risque d'avoir à annuler le programme froid pour désengorger les urgences. La réduction de la capacité à opérer en urgence des patients est générale en petite et en grande couronne et tout se reporte sur les gros centres. Plusieurs panseuses de la Pitié-Salpêtrière vont partir sans pouvoir être remplacées, ce qui conduira à une réduction problématique de la capacité de prise en charge de la chirurgie d'urgence de son GH.

Le P^r Bertrand GODEAU analyse que les urgences sont confrontées à un problème d'attractivité pour les médecins, car y travailler relève du sacerdoce. À cet égard, on peut rajouter des postes, mais le plus difficile reste de les pourvoir. Selon lui la difficulté de l'amont est un faux problème, car le vrai défi consiste à trouver des lits pour des malades polyopathologiques. Le problème de deuxième aval est aussi crucial, car les services de médecine peinent à placer leurs patients dans des services de moyen séjour. Or, ces enjeux ne vont pas disparaître bientôt, compte tenu de l'augmentation structurelle de l'activité, alors que le vieillissement des malades conduit à ce qu'ils soient de plus en plus lourds et de plus en plus souvent polyopathologiques. Sans une révolution hospitalière et une révolution dans la gestion des lits, on mettra en péril non seulement l'activité programmée, mais aussi l'activité de recours et d'expertise qui est aussi la marque de l'AP-HP. En parallèle, la pénurie d'internes qui frappe les services de médecine et de gériatrie pose de grandes difficultés de fonctionnement au quotidien, cette situation aurait pu être anticipée.

Le D^r Olivier HENRY affirme avoir anticipé la disparition des 32 internes de son hôpital (il n'en reste plus qu'un). Il explique le manque d'attractivité évoqué par le fait que les hôpitaux publics hors AP-HP recrutent de plus en plus leurs médecins à l'échelon 6, voire au-delà. Il a interpellé l'ARS à ce sujet. Il doute enfin du rôle du médecin coordinateur sachant que les personnes âgées appellent 8 fois sur 10 le SAMU 94 depuis leur domicile.

Le D^r Guy BENOÎT observe que, si le taux de transfert à partir des urgences est globalement en baisse, des évolutions existent d'un site à l'autre. Avec des ratios de personnels non médical et médical un peu plus favorables, le taux de transfert augmente très fortement à la Pitié-Salpêtrière en passant de 5,9 à 12,2 % alors qu'il baisse à Lariboisière en passant de 17,7 à 10 %.

M^{me} Isabelle RIOM affirme que certains hôpitaux périphériques sont dotés de maisons médicales de garde intra-hospitalières qui apportent un réel soulagement pour les équipes des urgences. On y trouve des généralistes de la zone, mais aussi des internes et de jeunes remplaçants. Le nombre global des internes est passé de 1 800 à 1 300 et va encore baisser de 250 au 1^{er} mai prochain, lorsque certains auront fini leur cursus.

Le président ajoute que de plus en plus d'internes choisissent la province, y compris des internes de CHU.

Le directeur général observe des situations hétérogènes liées à l'attractivité, parfois parce que les ratios d'effectifs se sont progressivement dégradés. Les renforts médicaux apportés aux urgences devront être opérés dans le cadre de l'enveloppe globale d'emplois. Cela contraindra à trouver des solutions innovantes, comme l'optimisation des parcours patients au sein des départements médico-universitaires, en veillant à préserver l'écosystème qui entoure les urgences. Il serait opportun de sanctuariser l'aval des urgences dans les hôpitaux dont l'activité est assez prévisible.

Le président recommande vivement de ne pas mettre en concurrence les urgences et les opérations programmées.

Le P^r Bruno Riou objecte que l'accumulation de patients à opérer en urgence peut contraindre à sacrifier les opérations programmées, ne serait-ce qu'en raison d'un risque vital pour les patients.

III. La CME et les CMEL dans la « nouvelle AP-HP »

1. Composition de la CME

Le D^r Anne GERVAIS présente les orientations proposées, dans l'optique des futures élections :

- le maintien des collèges et de la représentation des disciplines comme actuellement ;
- le remplacement des 10 chefs de pôle par 10 directeurs médicaux de DMU ;
- un collège des GH, composé des 6 présidents de CMEL, des 6 vice-présidents de CMEL et d'un HU élu par chacune des 6 CMEL.

Dans cette configuration, le poids des GH passerait de 12 à 18 représentants, ce qui serait conforme à la nouvelle AP-HP, plus fédérale.

2. Composition des CMEL

Partant du principe que les sites hospitaliers doivent être représentés dans les CMEL, la proposition est la suivante :

- maintien des collèges et de la représentation des disciplines comme actuellement ;
- création d'un collège des représentants de site dans les CMEL ;
- élection du représentant médical (PU-PH ou PH) de chaque site où il existe actuellement un comité d'hygiène sécurité et des conditions de travail (CHSCT) local par l'ensemble de la communauté médicale du site : chaque praticien voterait donc dans 2 collèges (mais ne serait éligible que dans un seul) ;

La concertation au niveau de chaque site sera organisée librement par le représentant du site.

Le président souhaite que ces propositions fassent l'objet d'un avis de la CME, bien que ce ne soit pas réglementairement obligatoire. Il plaide pour le maintien de la CME centrale, qu'il considère comme un gage d'unité pour l'AP-HP, sachant qu'il y a complémentarité, et non affrontement, entre ce qui se passe localement et en central. C'est la condition d'une coopération efficace avec l'administration, dans le respect du rôle de chacun.

Le D^r Alain FAYE demande si les candidats à la CMEL dans le collège des représentants de site hospitalier sont éligibles à la CME centrale soit comme représentant du GH soit comme élu d'un collège de spécialité. Subsidièrement, il demande si ce candidat, une fois élu à la CME centrale, peut se présenter à sa présidence.

Le D^r Anne GERVAIS précise que cela implique le dépôt de deux candidatures distinctes.

Le président estime que le fait de nommer un représentant par site sera particulièrement utile pour faire circuler l'information dans les GH où l'on compte 6 ou 7 sites géographiques.

Le P^r Thierry BÉGUÉ regrette la sous-représentation des responsables de structure au sein des CMEL.

3. Délégations de compétences du président de la CME aux présidents de CMEL et de la CME aux CMEL : état des réflexions en cours

Le D^r Anne GERVAIS propose que la CME traite toujours de la stratégie médicale de l'AP-HP, du cadrage de la politique médicale qualité et sécurité des soins & conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU), plan dit « ressources humaines – personnel médical » [RHPM], qualité de vie au travail [QVT], effectifs...) et de la solidarité inter-GH. Elle préconise cependant des délégations larges de compétences de la CME et son président vers les CME locales et leurs présidents.

S'agissant des structures et des responsables de structures, les DMU et directeurs médicaux de DMU seraient désignés au niveau central, sur proposition des GH. En revanche, les services et les chefs de service seraient désignés au niveau local, avec toutefois un mécanisme de recours auprès du président de la CME, en cas de désaccord entre le directeur, le président de CMEL, le doyen, le directeur médical de DMU ou les chefs de service, ou sur saisine de la sous-commission *Vie hospitalière* (CVH) locale ou centrale.

En matière de révision des effectifs, la CME aurait un avis à donner sur la lettre de cadrage, sur la redistribution entre les GH, sur la base d'une enveloppe centrale, et proposerait la liste finale des postes au directeur général. Il est toutefois proposé un allègement de la procédure centrale, avec une délégation aux CMEL, le retour par discipline étant notifié en central.

Le président insiste sur le fait que la CME centrale doit perdurer, car elle est un gage de l'unicité de l'AP-HP. La gouvernance proposée permet de concilier le souhait que les projets puissent être concertés et mis en œuvre plus rapidement au niveau local avec la nécessité d'une stratégie supra-GH. Un juste équilibre est en cours de négociation avec la direction générale. Un consensus est en train d'être trouvé. Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) continuera à être voté en CME centrale, laquelle se prononcera aussi sur les grands investissements et les gros équipements, afin notamment d'assurer une pondération entre les GH. La DOMU devrait être au service du directeur général et du président de la CME, qui doit donc disposer d'un droit de regard sur le choix de son directeur.

Constatant que la sous-commission *Innovation, recherche, Université* (SIRU) a commencé à 15 personnes et a fini ses travaux à 3 personnes, **le président** rappelle que le fait de siéger à la CME implique de s'impliquer dans le travail des sous-commissions, afin de concevoir des actions transversales, et non pas seulement d'y représenter sa discipline ou son hôpital. En ce qui concerne la révision des effectifs, si les GH auront une totale liberté pour procéder aux nominations en leur sein, la CME pourra donner un avis sur les demandes de postes qui ne sont pas financées, afin de favoriser les disciplines en tension et garantir une bonne répartition des effectifs entre les GH et entre les disciplines. Les collégiales conserveront un rôle, pourvu qu'elles réalisent un effort important de prospective pour anticiper l'évolution des disciplines, en acceptant, lorsque c'est possible, le rôle plus difficile de retirer des postes lorsque les évolutions médicales le demandent. Il faut en effet que la communauté médicale soit unie pour œuvrer pour le secteur public, en laissant de côté les enjeux catégoriels.

Le P^r Sadek BELOUCIF se félicite que ces explications permettent à la CME de se prononcer en toute connaissance de cause sur la composition des CME et CMEL proposée.

Le P^r Rémi SALOMON constate que les délégations de gestion bénéficient essentiellement aux directeurs administratifs et que le sentiment est largement partagé que les soignants ne sont pas suffisamment associés aux décisions. Il prend acte que l'on formule le vœu d'associer davantage les médecins à la gouvernance, mais s'interroge sur la nécessité de faire évoluer le cadre législatif ou compter sur la bonne volonté des acteurs dans les différents GH.

Le président partage cet avis et recommande de prendre exemple sur les pays anglo-saxons, où le personnel soignant dans son ensemble donne son avis sur de nombreux sujets. C'est pourquoi il se déclare favorable à deux évolutions en préparation : d'une part l'incorporation des soignants dans les bureaux de DMU ; d'autre part une modification de la composition du directoire pour y accueillir des soignants.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE déclare ne pas comprendre qu'après avoir décrié pendant 25 ans la dichotomie existant entre les administrations locales et la direction générale et alors que s'amorce une déconcentration des décisions, on soit en train de construire une CME de 90 membres.

Le président répond qu'il est prêt à supprimer la CME centrale, si c'est le choix majoritaire, mais il doute que ce soit le cas.

De nombreux membres de la CME protestent contre cette éventualité.

Le P^r Rémy NIZARD reconnaît ne pas comprendre en quoi la nouvelle gouvernance proposée va résoudre les problèmes quotidiens évoqués précédemment. Il le déplore à titre personnel, car cela fait des décennies que lui et ses collègues de la CME essaient de faire fonctionner l'AP-HP.

Le président assure être pleinement conscient des difficultés du terrain, mais pense qu'une redéfinition de la gouvernance est nécessaire pour être plus efficace, même si l'on ne doit pas y passer trop de temps. Il reconnaît que le gouvernement ne donne pas de signe tangible pour accompagner le changement de paradigme proposé. Il craint aussi que la réflexion sur l'évolution des statuts ne se borne à un jeu de rôles au détriment des problèmes de fond. Il assure qu'après 40 ans de service à l'AP-HP, son seul souhait est que le secteur public ait les moyens de ses missions, ce qui n'exclut pas une évolution de la fonction publique.

Le P^r Sadek BELOUCIF rappelle que le Président de la République a promis que l'objet de la réforme institutionnelle serait de re-médicaliser la gouvernance. La proposition de composition de la CME et des CMEL est un premier élément, mais il y en a d'autres, comme le fait que la réforme des groupements hospitaliers de territoire (GHT) sur le plan national s'inscrive largement dans une logique *bottom up*. À son avis, la proposition présentée ce jour donne une large part au principe de subsidiarité entre la CME et les CMEL.

Le P^r Bruno CRESTANI souhaite que les modalités de la concertation au niveau des sites confiée aux représentants de site soient définies par la CME centrale, afin que chacun n'agisse pas à sa guise.

Par 45 voix pour, une voix contre et 6 abstentions, la CME approuve les propositions du groupe de travail concernant la nouvelle composition de la CME et des CMEL, ainsi que les délégations de compétences du président de la CME aux présidents de CMEL et de la CME aux CMEL.

IV. Qualité et sécurité des soins & conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) : comité qualité des SAMU de l'AP-HP

M^{me} Christine GUÉRI indique que la sollicitation croissante des SAMU, ainsi qu'une médiatisation croissante des événements indésirables graves (ÉIG) a conduit les SAMU à mettre en place une démarche qualité et sécurité. Le comité de pilotage qualité sécurité, créé à l'été 2018, a défini quatre orientations principales :

- le suivi d'indicateurs d'activité et de qualité de réponse des SAMU - centres 15 fournis par des tableaux de bord automatisés : appels entrés, appels répondus en moins de 60 secondes, abandons inférieurs à 15 secondes (ils correspondent le plus souvent à des erreurs d'appel), abandons inférieurs à 40 secondes, dossiers de régulation médicale, appels pompiers, engagements SMUR et brigade de sapeur-pompiers de Paris (BSPP) ;
- la déclaration et l'analyse des événements indésirables (ÉI) et des ÉIG : décès inattendus, hospitalisations en réanimation, impact en termes de handicap, deux appels au SAMU en moins de 6 heures, appels non transmis à la régulation médicale conjugués à des facteurs de gravité... Cette approche nécessite de former les professionnels à l'analyse des ÉIG (on en a compté 2 en 2017, puis 8 en 2018, dont 5 ont été portés à la connaissance de l'ARS), sachant qu'un médecin est responsable de leur suivi et de leur analyse dans chaque SAMU ;
- les moyens et performances des organisations : cet axe, à propos duquel un audit régional est en cours sur ce sujet, sera pris en charge par la fédération des SAMU ;
- la professionnalisation des métiers, avec un focus sur les agents chargés de la régulation médicale, pour lesquels il n'existait pas formation spécifique : la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) a lancé un projet de formation des assistants de régulation médicale (ARM) dont la déclinaison à l'AP-HP durera un an, avec 21 semaines de théorie et 21 semaines de pratiques et 4 blocs de compétences : la réponse aux appels, la mobilisation des moyens, les crises sanitaires, la qualité et la sécurité des soins.

Le P^r Pierre CARLI se réjouit de constater que la CME consacre, pour la première fois depuis qu'il y siège, trois points de l'ordre du jour aux urgences et au SAMU. Il y voit une prise de conscience de la communauté médicale. Selon lui, le travail entamé par M^{me} Christine GUÉRI et son équipe, qu'il remercie vivement, vise à sortir d'une situation où que l'on ne savait pas très bien ce qui se passait au SAMU sur le plan de la qualité et de la sécurité. C'est la conséquence de l'accident survenu à Strasbourg et de la réaction très rapide et positive de la ministre, M^{me} Agnès BUZYN, après que le Président de la République ait affirmé qu'il fallait protéger les professionnels de santé, ce qui constitue un élément majeur de leur qualité de vie au travail. Les orientations qui ont été présentées posent l'AP-HP en pionnière, son modèle ayant vocation à être décliné partout en France. Elles sont nécessaires pour apporter de la sécurité et de la qualité aux SAMU, où l'on est tous les jours au contact de ceux qui meurent (la survie de l'arrêt cardiaque représente 7,2 % des interventions). Cette mobilisation majeure est très consensuelle auprès de l'ensemble des médecins urgentistes et des personnels paramédicaux qui les assistent.

Le président confirme la prise de conscience au sujet de la qualité et de la sécurité dans les SAMU. Il rappelle aussi la problématique des lits d'aval et de la gériatrie.

Le D^r Patrick PELLOUX souligne l'importance de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), c'est-à-dire la participation des libéraux aux urgences, car il ne faudrait pas, selon lui, que l'exigence de qualité ne pèse que sur les personnels hospitaliers.

V. Plan cancer 3 de l'AP-HP : bilan et perspectives

Le D^r Gilles GALULA rappelle que le plan cancer 3 a été rédigé en 2014 par le doyen Serge UZAN et des oncologues. Il s'inscrit dans un contexte d'augmentation de l'activité, avec 61 844 patients enregistrés en 2018, dont 38 975 nouveaux patients, avec une hausse de 7,5 % des patients, de 6,3 % des nouveaux patients et de 7,9 % des patients opérés, l'AP-HP prenant en charge 31 % des patients atteints de cancer d'Île-de-France.

Sur la période 2013-2017, le gain de part d'activité de la chimiothérapie a atteint 1,8 % à l'AP-HP, contre 1,7 % pour les établissements de santé privé d'intérêt collectif (ÉSPIC) et 4,3 % pour les cliniques. En tant que CHU, l'AP-HP assure la prise en charge de tous les types de cancers, à tous les stades et à tous les âges. On assiste au développement de nouvelles thérapies, comme l'immunothérapie, les thérapies ciblées ou les *cart-T cells*, ainsi qu'à la croissance des onco-spécialités prenant en charge les effets secondaires des thérapies, dont la cardiologie. Les soins de réanimation sont davantage sollicités, ainsi que les plateformes de biologie, d'anatomopathologie et d'imagerie.

Le P^r Stéphane CULINE indique que le groupe pluridisciplinaire qui s'est constitué autour du P^r Serge UZAN pour élaborer le plan cancer 3 a défini 4 territoires cancer en Île-de-France, ainsi que 5 axes d'action.

- Axe 1 : améliorer la visibilité, la lisibilité et l'attractivité de la cancérologie à l'AP-HP

Cet axe a été décliné au niveau de GH, avec la poursuite de la labellisation des centres experts AP-HP, en les incitant à acquérir la labellisation européenne. Des rencontres ont en outre été organisées une fois par an au niveau des 4 territoires pour s'assurer de la déclinaison du plan cancer. Enfin, au niveau de l'institution il a été procédé à la mise en place de la plateforme de préservation de la fertilité AP-HP et du réseau sarcome. En matière de communication, des *journées cancer innovation* ont été organisées en 2017 et 2018. Un logo « cancer AP-HP » a également été créé.

- Axe 2 : le parcours patient global et personnalisé

Les délais de prise en charge ont été réduits grâce à des centres de diagnostic rapide, avec une médiane pour premier rendez-vous en consultation d'oncologie de 7,28 jours en 2018. La chirurgie a progressé sur l'ambulatoire, notamment pour la prise en charge du cancer du sein, grâce à l'acquisition de 9 robots. Le parc de radiothérapie et d'accélérateurs a été mis à niveau. Les thérapies orales et les immunothérapies, qui nécessitent un parcours de soins et un environnement de prise en charge sécurisé pour les patients, ont été développées, avec la mise en place de centres multidisciplinaires. S'agissant enfin de la qualité de vie pendant et après le cancer, l'accent a été mis sur la préservation de la fertilité, la chirurgie reconstructrice mammaire, les soins de support et les soins palliatifs (ceux-ci interviennent plus tôt, mais les moyens qui leur sont dédiés n'ont pas augmenté de manière significative).

- Axe 3 : la recherche clinique et translationnelle

Deux centres labélisés INCA de phase précoce (CLIP) ont été re-labélisés (Saint-Louis pour le territoire Nord et Galilée Pitié-Salpêtrière/Henri-Mondor pour le territoire Est), ainsi qu'un deuxième site de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC). Un effort a aussi porté sur la réduction

du délai d'ouverture des essais cliniques (il est de 80 jours à l'AP-HP contre 133 jours en moyenne en France).

- Axe 4 : l'accès aux innovations diagnostiques et thérapeutiques

Le P^r Christophe TOURNIGAND rend compte, en matière de biologie moléculaire :

- d'une croissance de 16,75 % en 2017 des tests réalisés par la plateforme de biologie moléculaire de l'AP-HP ;
- de la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) moléculaire, qui permet d'adapter les médicaments en fonction de la cible moléculaire et des mutations ;
- du développement de la plateforme SÉQOIA (*sequencing omix information analysis*), pour le séquençage de l'acide désoxyribonucléique (ADN) et l'analyse bio-informatique.

Dans le domaine de l'oncogénétique somatique et constitutionnelle, on a constaté :

- l'augmentation du nombre de consultations et d'analyses ;
- l'activité croissante des réseaux à risques de l'Institut national du cancer (INCA) sein/ovaire, colon/rectum ;
- la création d'une clinique du risque à la Pitié-Salpêtrière ;
- l'évolution de la stratégie de l'AP-HP avec l'INCA, pour adapter l'offre au nombre croissant de demandes.

L'imagerie fonctionnelle et l'oncologie interventionnelle ont été marquées par l'acquisition de 2 tomographes par émission de positons (TEP)-imagerie par résonance magnétique (IRM) et le développement des centres de radiologie et d'endoscopie.

Enfin, on assiste à la montée en charge de nouvelles thérapies, parfois très onéreuses, comme les *cart-T cells*.

- Axe 5 : la formation des professionnels

Des formations ont été mises en place en 2018 sur les thèmes de la fertilité et de l'annonce en radiologie. Des protocoles de coopération ont été déposés à la Haute Autorité de santé (HAS) pour les transferts de compétences. Un master a été créé en Île-de-France pour les infirmières de pratique avancée (IPA), ainsi que des programmes d'éducation thérapeutique.

Un bilan du plan cancer 3 va être réalisé par l'INCA afin de déterminer s'il sera poursuivi par une feuille de route ou par un nouveau plan cancer. À l'AP-HP, un sondage réalisé auprès des médecins en oncologie ayant recueilli 200 réponses a permis d'analyser leur perception sur ce qui avait été engagé au cours des cinq dernières années..

Les priorités mises en avant par le groupe de pilotage du plan cancer 3 (GPK3) pour le prochain plan cancer sont :

- la prévention, le dépistage ;
- le parcours de soins, afin d'améliorer les interactions entre les domaines d'expertise, avec la mise en place d'une démarche qualité basée sur un patient traceur ;
- l'attractivité et la valorisation des personnels impliqués en cancérologie (internes, infirmières diplômées d'État coordinatrices [IDEC], IPA, manipulateurs radio) ;

- l'innovation et la recherche, en s'appuyant sur l'entrepôt de données de santé (EDS), la biologie moléculaire et l'intelligence artificielle.

Le président remercie le groupe cancer pour le travail effectué. Il contribue à renforcer la visibilité et la structuration géographique de l'offre de soins en cancérologie de l'AP-HP. Il regrette que les centres anti-cancéreux fassent une publicité plus efficace de leurs réalisations que l'AP-HP, qui traite pourtant davantage de patients atteints de cancers, dont ceux que les autres établissements lui transfèrent en cas de complications.

Le P^r René ADAM estime que la visibilité de l'AP-HP en cancérologie laisse encore à désirer, malgré de réels efforts. Il craint que le choix qui a été fait de répartir en quatre secteurs les soins pour le cancer ne conduise, malgré l'avantage de la proximité des soins, à une mise en concurrence de structures au sein de la même institution. Il suggère de créer des centres référents par spécialité, par exemple pour le cancer du sein.

Le P^r Christophe TOURNIGAND donne acte que le choix a été fait de faire en sorte que toutes les spécialités soient représentées sur les différents territoires. Des centres experts ont cependant été créés pour le cancer du sein, la chirurgie réparatrice, l'onco-fertilité et l'hématologie.

Le directeur général souligne que la création de 4 territoires a permis de mettre en place une organisation qui améliore la lisibilité de cette activité au sein de l'AP-HP. Les territoires sont organisés autour d'outils communs que sont les plateformes génomiques ou l'entrepôt de données de santé (EDS).

Le P^r Rémi SALOMON signale que le coût des traitements ciblés en cancérologie notamment va être pour l'AP-HP un enjeu central de soutenabilité financière, comme partout dans le monde occidental.

Le P^r Catherine BOILEAU rend hommage au travail qui est mené dans le cadre du plan cancer et souhaite que la structuration de l'AP-HP en cancérologie se prolonge. Elle souligne que le travail des laboratoires de génétique et oncogénétique moléculaires et d'anatomie pathologique sur le génome constitutif pose des problèmes d'éthique et d'autorisation des praticiens face auxquels l'AP-HP se retrouve en position de force vis-à-vis des centres de lutte contre le cancer. Elle doit en profiter pour faire valoir son savoir-faire et son expertise dans l'interprétation de génomes. Enfin, les laboratoires ont pu accompagner le progrès en cancérologie grâce, en partie, à des crédits fléchés. Or, ces financements, qui demeurent, ne sont plus disponibles pour les laboratoires. Si la situation perdure, les laboratoires ne pourront continuer à assurer les études indispensables au choix des protocoles à mettre en route pour le traitement des malades.

Le P^r Paul LEGMANN plaide pour que des appareils d'imagerie, en particulier des scanners, soient dédiés à l'oncologie interventionnelle, afin d'éviter la concurrence avec les demandes émanant des urgences ou des autres spécialités.

VI. Recherche

1. Lettre de mission « Orienter et dynamiser la recherche »

Le P^r Gabriel STEG présente les propositions issues des premières propositions faites dans le cadre de la lettre de mission « *Orienter et dynamiser la recherche* » lui a été confiée ainsi qu'au

P^r Catherine BOILEAU et à M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE, à laquelle participera aussi le P^r Tabassome SIMON :

- améliorer les usages et l'utilité des données massives, ce qui passera par l'EDS, les bases d'essais cliniques et l'appariement avec les bases nationales ;
- stimuler la présence et le *leadership* d'équipes de recherche de l'AP-HP au niveau international, dans le cadre du programme *Horizon Europe*, de l'alliance unité hébergement et accompagnement éducatif (UHAE), des appels à projets académiques et industriels, et cela non seulement dans le domaine de la santé, mais aussi pour l'intelligence artificielle et le numérique ;
- favoriser l'identification et la labellisation de plateformes de recherche et d'innovation supra-GH ;
- encourager l'implication des disciplines dans des réseaux d'investigation, afin de bénéficier d'un effet de taille dans la compétition pour l'inclusion dans les essais, mais aussi pour le *leadership* national et européen, afin de diffuser les innovations et d'attirer les financements privés et publics ;
- encourager la validation médico-économique des solutions innovantes de prise en charge des patients sous condition de non-infériorité clinique ;
- stimuler les études organisationnelles permettant d'améliorer la prise en charge avec l'ensemble du territoire régional et la médecine de ville ;
- encourager la recherche paramédicale et les études pluridisciplinaires et pluri-professionnelles.

Afin de structurer et animer la recherche et l'innovation, il préconise de :

- simplifier et rendre plus efficaces les instances d'animation de la recherche et de l'innovation, que ce soit au niveau central de l'AP-HP, au sein des futurs GH ou au sein des départements médico-universitaires (DMU) ;
- développer et pérenniser l'intéressement et la délégation de gestion au titre des activités de recherche des professionnels dans le cadre des DMU, dans la transparence ;
- encourager les collaborations et partenariats entre les instituts hospitalo-universitaires (IHU), les plateformes supra-GH de l'AP-HP et les disciplines pertinentes au sein de l'AP-HP ;
- susciter l'émergence de structures de type départements médico-universitaires (DHU) (devenus fédérations hospitalo-universitaires [FHU]) ;
- animer le nouvel appel à projets avec les universités et l'INSERM ;
- évaluer l'efficacité et la cohérence des dispositifs de soutien à la recherche existants ;
- faciliter la mise en œuvre des projets de recherche et des innovations en santé sur les plans suivants :
 - ingénierie administrative ;
 - financement ;
 - politique de ressources humaines « recherche » concernant les personnels de soutien à la recherche et professionnels de santé (expérimentation du « temps protégé ») ;
 - diffusion de l'information sur les modalités de soutien et de mise en œuvre de la recherche.

- valoriser l'implication et la participation de l'ensemble des professionnels, au travers d'une communication renforcée sur les réussites individuelles et collectives (communiqués de presse, remise de prix, journée de la recherche).

Le président souligne le caractère fondamental de la recherche à l'AP-HP, premier CHU d'Europe, qui réalise 40 % de la recherche médicale française.

Le P^r Catherine BOILEAU explique que la réorganisation de l'AP-HP doit tenir compte du rendez-vous que constitue les évaluations tous les 5 ans du CHU par le Haut Conseil de l'évaluation, de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCÉRES) pour remettre la recherche au cœur de la gouvernance centrale et locale, en mettant en place des indicateurs de suivi à ces deux niveaux. La sous-commission *Stratégie, innovation, recherche, université* (SIRU) de la CME, qui est quelque peu désertée en cette fin de mandat, doit jouer un rôle clé à cet égard.

Le président prévoit de réfléchir à une nouvelle structuration de la SIRU avec la direction générale de l'AP-HP et la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI).

Le P^r René ADAM affirme que le dynamisme de la recherche clinique au sein des unités se heurte à la pénurie des techniciens et attachés de recherche clinique (TEC et ARC) pour saisir les données. Il suggère de mutualiser ces personnels entre les différents services fortement pourvoyeurs de travaux de recherche clinique et les unités de recherche clinique (URC).

Le P^r Gabriel STEG confirme que le degré de technicité de la recherche médicale ne permet plus de demander aux cliniciens, même internes, de saisir des données au terme d'une journée de travail harassante. Le financement des TEC et des ARC doit donc être intégré dès le départ aux projets de recherche.

Le P^r René ADAM souhaite que l'on évite aux chercheurs le parcours du combattant que constitue la recherche de financements, avec la constitution de multiples dossiers similaires pour les différents organismes financeurs. Il témoigne avoir mis trois ans et demi et deux ans, entre l'acceptation du projet et le début de l'étude, pour obtenir le financement de deux projets dans le cadre du précédent programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). Une centralisation de l'étude des dossiers dans un seul organisme serait souhaitable.

Le P^r Gabriel STEG souhaite que l'on puisse trouver sur le site de la DRCI une description claire du parcours allant du dépôt des projets de recherche à leur mise en œuvre. Il estime également que la conférence des directeurs de CHU et l'AP-HP elle-même devraient faire du *lobbying* auprès des ministères pour obtenir une simplification des démarches éthiques et de la réglementation, notamment en matière d'accès aux données.

Le P^r Thierry BÉGUÉ propose que les futurs référents recherche des DMU disposent d'un temps dédié à leur mission. Il constate que l'on ne met sans doute pas suffisamment à contribution les assistants médico-administratifs pour la constitution des dossiers de recherche.

Le P^r Gabriel STEG plaide pour la formation à la recherche de l'ensemble des personnels soignants, car la recherche clinique moderne se traduit par une augmentation du degré d'exigence procédural dont tous n'ont pas pris la mesure. Il y a là un facteur de vulnérabilité de l'institution et de ses chercheurs compte tenu de la lourdeur des engagements qu'impliquent les études cliniques, qu'elles soient industrielles ou académiques.

Le D^r Sophie CROZIER ajoute qu'un récent rapport de la chambre régionale des comptes a constaté que l'AP-HP n'était pas au niveau international en matière de recherche paramédicale, alors qu'il s'agit d'un important facteur d'attractivité. Une action volontariste doit être menée dans ce domaine, avec l'attribution de temps dédié à la recherche aux personnels paramédicaux. En matière d'éthique, des progrès doivent être accomplis sur le plan du recueil du consentement. Enfin, la gestion des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) n'a pas été bonne (voir l'enquête faite il y a 2 ans), avec un manque de transparence sur l'allocation des moyens attribués.

Le P^r Gabriel STEG annonce que des expérimentations vont être menées sur l'attribution du « temps protégé » pour les travaux de recherche, une pratique commune dans les pays anglo-saxons. Il affirme que des efforts ont déjà été accomplis par l'AP-HP en faveur de la recherche paramédicale, mais constate que les personnels qui en ont bénéficié avec succès sont bien souvent affectés à d'autres missions dans la suite de leur carrière, dont des missions d'encadrement.

2. Robots chirurgicaux : le dispositif de recherche

Le P^r Éric VICAUT rappelle que l'AP-HP a fait l'acquisition de 9 robots, en complément des 4 dont elle disposait auparavant. Comme tout dispositif médical, les robots sont marqués « conformité européenne » (CE) par discipline chirurgicale. Le champ de la recherche autorisée dépend donc de ce marquage. En cas d'absence de marquage CE dans la discipline (*off label*), l'institution est mise en risque. D'où la mise en place d'un protocole de recherche « clés en main » déposé au comité technique paritaire et à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), avec un *fast track* technico-réglementaire permettant une mise en conformité rapide. Dans le cas où un marquage CE adapté existe (*on label*) un protocole d'accompagnement est proposé pour permettre une évaluation plus en profondeur des robots, en s'appuyant sur l'EDS et des personnels dédiés.

Le président estime que les robots constituent une avancée majeure, pourvu qu'on les utilise de manière réglementaire et contrôlée.

Le directeur général ajoute que les nouveaux robots installés par l'AP-HP depuis novembre 2018 ont été acquis sur la base de conditions établies contractuellement avec leur fabricant. Il confirme que des protocoles ont été mis en place pour les utiliser dans le cadre des indications reconnues et pour réduire le délai d'obtention des autorisations pour les indications non reconnues.

3. Point sur l'entrepôt de données de santé (EDS) : structure, bilan d'activité du comité scientifique et éthique, gouvernance

a. Les étapes du déploiement de l'EDS

M^{me} Élisabeth SALAMANCA rappelle que l'EDS a été lancé en 2016 sur le périmètre de la recherche sur les données « équipe de soins ». L'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) obtenue en janvier 2017 a permis de lancer deux nouveaux usages : le pilotage et la recherche sur données multicentriques, avec la possibilité de partager les données et de conduire des études sur l'ensemble de l'AP-HP. Une nouvelle étape a été franchie en 2018 avec la mise en place de la plateforme de *data science Jupyter*. Elle offre aux équipes de recherche des espaces sécurisés hébergeant les données avec les outils analytiques (*R, Python Spark...*) et la

puissance de calcul requise pour le traitement des données, y compris, le développement d'algorithmes d'intelligence artificielle (IA).

Depuis 2018 également, au travers de la création d'interfaces d'accès aux données, l'EDS accompagne des projets de transformation numérique : alimentation en comptes rendus médicaux du portail patients et du projet *Infomed* de l'AP-HP portant sur le contrôle des atypies de codage. Il est prévu d'intégrer l'AP-HP dès 2019 dans des réseaux de recherche majeurs : la *health data hub*, au niveau national, et des plateformes européennes. Enfin, l'outil *Cohort360*, destiné aux professionnels de l'AP-HP, est en cours de développement. Il a vocation à remplacer *i2b2*, en permettant la création de cohortes de recherche (critères structurés, recherche textuelle...) et leur visualisation au travers d'une interface ergonomique. Le déploiement du pilote est prévu en septembre.

Les données présentes dans l'EDS concernent à ce jour 8 M de patients avec plus de 20 M de dossiers et 13 M d'actes, les données de biologie, les comptes rendus médicaux... L'AP-HP est un des seuls établissements au monde à avoir mis en place un accès standardisé pour la recherche aux données d'imagerie. Afin de compléter ce périmètre, l'accent est mis en 2019 sur l'accélération et l'industrialisation de l'intégration de données. Les données d'ORBIS seront ainsi complétées par des données historiques, dont celles du médicament (*Phedra, Actipidos...*) et de la cancérologie (*Chimio...*). Cela répond à une demande forte de la part de la communauté médicale.

Le processus d'accès aux données est désormais bien cadré. Des efforts sont encore en cours pour fluidifier au maximum le parcours des investigateurs au vu de l'implication de plusieurs acteurs à chaque étape. La méthodologie d'anonymisation des données est également optimisée.

b). Le conseil scientifique et éthique (CSÉ)

Le P^r Marie-France MAMZER indique que le conseil scientifique et éthique mis en place le 17 janvier 2017 n'a commencé à rendre des avis que six mois plus tard, parallèlement à la mise place du dispositif d'information des patients. Il a obtenu le statut de « *institutional review board* (IRB). 39 projets ont été soumis à l'avis du CSÉ depuis fin juillet 2017, dont 30 ont reçu un avis favorable, 8 sont en attente de compléments d'information, et 1 a reçu un avis défavorable, faute de la fourniture de compléments d'information par les chercheurs concernés.

On trouve parmi projets reçus 10 projets d'intelligence artificielle, avec pour objet le développement d'algorithmes d'aide à la décision médicale par apprentissage machine ou le développement de méthodes de traitement automatique du langage naturel pour l'extraction d'informations à partir de données non structurées. 10 projets sont conduits dans le cadre de partenariats externes, dont 3 avec l'Institut national de la recherche en informatique et en automatique (INRIA), 3 avec l'INSERM, 1 avec respectivement l'Institut du cerveau et de la moelle épinière (ICM), *Sanofi*, *Therapixel* et *Zebra medical vision*. Aucun de ces partenariats n'a donné lieu à des sorties de données de l'EDS. Seuls des accès ont été concédés via les espaces publics sécurisés.

c. Évolution de la gouvernance

Compte tenu de la très grande attractivité de l'EDS, il apparaît nécessaire de renforcer la dynamique, l'agilité et la médicalisation de la gouvernance de l'EDS, ce qui correspond à une recommandation de la DRCI. Cela a consisté à :

- élargir les compétences, notamment en intelligence artificielle (IA), des membres du comité scientifique et éthique dont les membres sont désignés conjointement par le président de la CME et le directeur général ;
- associer des experts hors AP-HP, à participer en tant qu'invités au CSÉ ;
- renforcer les missions du comité scientifique et éthique, notamment en matière de propositions et d'instruction des décisions pour le comité stratégique ;
- renforcer la médicalisation du comité stratégique dont la finalité est de définir les priorités pour accroître les capacités et usages de l'EDS par la communauté.

L'objectif est d'engager plus largement la communauté hospitalière et universitaire, tous en veillant à ce que les règles d'accès à l'EDS soient mises en œuvre de manière suffisamment agile pour permettre de développer les usages en interne à l'AP-HP, faciliter les projets de recherche en partenariat. En effet, il apparaît que des demandes sont formulées au CSÉ pour lesquelles les données existent, mais pas les outils de calcul requis. Cela conduit à des partenariats avec des partenaires extérieurs et l'entrée dans des consortiums internationaux.

Les propositions d'évolution des règles d'accès aux données de l'EDS portent sur les points suivants :

- autoriser l'export de données, sous réserve d'un cadrage technico-réglementaire irréprochable et d'une information des patients, dans le cadre d'une convention avec des partenaires académiques ou industriels, sous la supervision systématique d'un chercheur médecin de l'AP-HP ;
- diffuser une présentation synthétique et lisible des règles de fonctionnement de l'EDS, des données disponibles et des conditions d'accès, d'utilisation et d'accompagnement des équipes par les *data scientists* ;
- améliorer la visibilité sur l'utilisation de l'entrepôt dans le cadre des périmètres équipe de soin, en facilitant les moyens qui permettent de rendre compte de l'obligation d'information individuelle projet par projet pour les professionnels.

Le D^r Anne GERVAIS souligne l'importance de s'assurer que les professionnels qui fournissent des données dans le cadre d'un partenariat soient toujours associés à leur exploitation. Elle rappelle que le règlement intérieur prévoit une publicité des études acceptées par le CSÉ, et que les clauses des contrats passés avec les partenaires externes (actuellement type INRIA ou THALÈS) soient transparentes, ce qui n'est pour l'instant pas le cas, qu'elles veillent à ne pénaliser ni les professionnels ni les patients ni l'institution. Elle souhaite que le comité de pilotage stratégique soit composé de médecins ayant une vision *big data* ou santé publique. Enfin les éventuelles modifications apportées au règlement intérieur de l'EDS adopté en 2016 par la CME devront toutes soumises à nouveau au vote de la CME.

Le directeur général déclare qu'après avoir beaucoup investi en moyens humains et matériels, l'AP-HP dispose désormais avec l'EDS d'un outil de recherche qui la place désormais dans les meilleurs niveaux mondiaux.

Le D^r Patrick PELLOUX demande si les sécurités informatiques entourant l'EDS sont à la hauteur des convoitises qu'il suscite.

M^{me} Élixa SALAMANCA assure que l'audit de sécurité qui a été réalisé quelques semaines auparavant a attesté que c'était le cas.

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que les données sont considérées comme « le pétrole du 21^e siècle ». À cet égard, l'EDS est un outil particulièrement prometteur. Il demande que les médecins soient associés de manière étroite à toutes les décisions impliquant une exportation ou un partage des données, et qu'un droit de regard soit donné au conseil scientifique et aux équipes médicales impliquées sur les contrats passés avec les partenaires extérieurs. Enfin, il insiste sur la nécessité d'avoir des données fiables et de qualité, notamment dans les comptes rendus d'hospitalisation ou de consultation, pour que les travaux de recherche menés à partir de ces données soient robustes.

M^{me} Élisabeth SALAMANCA assure que l'enjeu de la qualité des données à l'entrée dans l'EDS fait désormais l'objet d'un examen systématique. Elle souhaite que les chercheurs qui utilisent l'entrepôt lui fassent remonter les failles qu'ils ont détectées dans ce domaine.

Le P^r Rémi SALOMON souligne que l'EDS permet d'envisager des grands programmes de santé publique avec des partenaires publics (État, Région, Ville de Paris...).

Le P^r Marie-France MAMZER considère la préoccupation éthique très forte de l'institution comme une chance de promouvoir des règles d'éthique « à la française ». Cette dimension est l'un des atouts principaux de l'EDS.

Le P^r Bruno CRESTANI se déclare enthousiasmé par les débats de la CME de ce jour, car ils ont permis de mettre en avant les outils d'excellence que sont le SAMU, le plan cancer et l'EDS. Ce dernier place l'AP-HP au niveau de Boston et d'Harvard.

Le président donne acte qu'à trop se focaliser sur ce qui ne va pas, on en oublie les très belles réussites à mettre au crédit de l'institution et de ses équipes.

VII. Approbation du compte rendu de la CME du 5 mars 2019

Le compte rendu de la CME du 5 mars 2019 est adopté à l'unanimité.

VIII. Questions diverses

1. Réforme des études médicales

Le D^r Anne GERVAIS se fait le relai des infectiologues inquiets car plus aucun service d'infectiologie à l'AP-HP ne dispose aujourd'hui d'internes de médecine générale. Si la formation des internes à la médecine de ville est importante, il n'en demeure pas moins que l'on a retiré de leur formation des pans entiers de spécialités utiles à la pratique de ville, et cela sans aucune concertation. Cette situation perturbe la formation des internes, l'organisation des services et la prise en charge des patients. Si la situation actuelle devait être considérée comme définitive, est-il prévu de créer des postes d'internes de spécialité pour les remplacer, ou de créer des postes de seniors.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU précise que si le nombre d'internes a considérablement augmenté en dix ans au niveau national, celui des internes de médecine générale a baissé fortement en Île-de-France, passant de 660 en 2016, puis 387 en 2017 et 440 en 2018. En conséquence, la région accuse un fort retard, le nombre total d'internes de médecine générale est passé de 1800 à 1300 actuellement, dont on va subir les conséquences pendant au moins un an et demi, si le niveau actuel d'attractivité est préservé, ce qui n'est pas acquis.

Le recentrage de la maquette de médecine générale vers l'ambulatoire est une autre explication à cette diminution massive des internes de médecine générale car il conduit à ce qu'il n'y ait plus qu'un seul stage en CHU, sauf dérogation. La maquette prévoit en phase socle un stage en médecine d'urgence et un stage en médecine ambulatoire. Ainsi, parmi les postes qui seront proposés au choix des internes en mai prochain, 513 feront un stage chez le praticien, dont 232 en socle et 281 pour les internes « ancien régime ». Ce sont autant d'internes perdus pour le système hospitalier. De plus, les stages libres disparaissent de la maquette de médecine générale. Il en résulte le retrait de 200 postes au choix dans les hôpitaux

La répartition des postes se fait pour 40 % à l'AP-HP et 60 % dans les hôpitaux généraux et le retrait se fait proportionnellement : les centres hospitaliers subissent les mêmes conséquences que l'AP-HP dans ce processus. Les services particulièrement impactés sont évidemment ceux qui ont essentiellement des internes de médecine générale, mais aussi les spécialités qui ont des connexions très fortes au niveau transversal, comme les maladies infectieuses ou la gériatrie. En l'absence de stages libres, le seul recours passe par les stages de médecine polyvalente, à condition que les services obtiennent un agrément de la part de la coordination du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale d'Île-de-France.

Les coordonnateurs de médecine générale ont adressé en 2016 un courrier à l'ensemble des chefs de service hospitaliers pour les avertir que les internes en médecine générale allaient disparaître et les inciter à préparer leur remplacement.

Le **P^r Jean-Yves ARTIGOU** prévoit une stabilisation de la situation actuelle, tablant sur une attractivité moyenne stable de l'Île-de-France. Des éléments sont toutefois porteurs d'espoir, comme la mise en place des formations spécialisées transversales (FST) qui pourrait faire réapparaître les stages libres, mais aussi une hypothétique augmentation de la durée du DES de médecine générale à 4 ans, sachant qu'elle coûterait 160 M€.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU estime inutile de vouloir s'opposer au virage ambulatoire de la maquette de médecine générale, car les internes et les coordinateurs y sont très favorables et la ministre a récemment conforté cette orientation en souhaitant l'étendre aux autres spécialités.

Le président s'inquiète des dysfonctionnements des services qui vont en résulter, non sans rappeler que les internes sont avant tout présents dans les hôpitaux pour être formés.

M^{me} Isabelle RIOM, 1^{ère} vice-présidente de l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI), explique qu'il n'est pas possible de répartir des internes dont on ne dispose pas, et qu'il en résulte la fermeture de 220 postes. Tant que l'on conservera un tirage au sort dans les sept facultés d'Île-de-France, les externes franciliens partiront dans les subdivisions à proximité de l'Île de France. Non seulement on est passé de trois stages possibles en médecine polyvalente à un seul, mais les stages libres sont appelés à disparaître complètement à partir de 2020, avec la fin de l'apport des internes « ancien régime ». De plus, la suppression de l'obligation de stage en CHU ne rend plus leur priorisation possible.

M^{me} Isabelle RIOM indique qu'aucune cellule n'a été constituée par l'ARS pour gérer la période de crise actuelle. Celle-ci s'est bornée à gérer des situations particulièrement critiques au téléphone, ce qui a donné lieu à une réouverture de 10 postes, au détriment des hôpitaux publics, ce qui consiste à répartir la pénurie.

Le P^r Bertrand GODEAU constate que les internes vont progressivement disparaître des services. En conséquence il faut mener une réflexion sur le financement de postes médicaux afin que les hôpitaux puissent fonctionner. Il en va de la préservation de l'attractivité de l'hôpital public.

Le D^r Caroline SUBERBIELLE, conseillère médicale auprès du directeur de l'offre de soins de l'ARSIF, précise que le département ressources humaines de l'ARSIF est totalement mobilisé pour assurer les choix des internes et résoudre les difficultés en temps réel. Elle rappelle la mise en place d'une « mission internat », confiée conjointement au P^r Benoît SCHLEMMER et à M^{me} Isabelle RIOM, visant à mieux cibler les problèmes de fond.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 19 heures 55.