

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 5 FÉVRIER 2019

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 5 MARS 2019

SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME	6
II. Avis sur la transformation de la fondation pour la recherche de l'AP-HP en fondation reconnue d'utilité publique (FRUP)	10
III. Départements médico-universitaires (DMU) : avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP	11
IV. Bilan annuel de la sous-commission <i>Vie hospitalière</i> (CVH) et du conciliateur médical	16
V. Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU)	19
VI. Point sur les conventions d'association hospitalo-universitaires et avis sur une nouvelle convention	20
VII. Approbation des comptes rendus des CME des 4 décembre 2018 et 8 janvier 2019	21
VIII. Questions diverses	22

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Avis sur la transformation de la fondation pour la recherche de l'AP-HP en fondation reconnue d'utilité publique (FRUP) (M. Rodolphe GOUIN)
3. Départements médico-universitaires (DMU) : avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP (P^r Jean-Claude CAREL, MM. François CRÉMIEUX et Jérôme MARCHAND-ARVIER)
4. Bilan annuel de la sous-commission *Vie hospitalière* et du conciliateur médical (D^r Nicolas DANTCHEV, P^{rs} Rémi SALOMON et Serge HERSON, M^{me} Hélène OPPETIT)
5. Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) :
 - Vaccination contre la grippe : avis sur une modification du règlement intérieur de l'AP-HP (P^r Christian RICHARD)
 - Contentions et traitements en chambres d'isolement en psychiatrie (P^r Antoine PELISSOLO)
6. Point sur les conventions d'association hospitalo-universitaires et avis sur une nouvelle convention (M^{me} Hélène OPPETIT, P^r Thierry BÉGUÉ)
7. Approbation des comptes rendus des CME des 4 décembre 2018 et 8 janvier 2019
8. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition A

- Avis sur la mobilité hospitalière de 2 PU-PH
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière interne à l'UFR d'un PU-PH

- **Assistent à la séance**

• **Avec voix délibérative :**

P ^r René	ADAM	P ^r Bertrand	GUIDET
P ^r Yves	AIGRAIN	P ^r Olivier	HÉLÉNON
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 Marianne	LERUEZ-VILLE
P ^r Olivier	BENVENISTE	P ^r Laurent	MANDELBROT
P ^r Catherine	BOILEAU	D ^r Véronique	MOLINA
D ^r Anne-Reine	BUISINE	D ^r Lucile	MUSSET
P ^r Jean-Claude	CAREL	D ^r Isabelle	NÈGRE
P ^r Stanislas	CHAUSSADE	P ^r Michel	PEUCHMAUR
P ^r Bruno	CRESTANI	P ^r Claire	POYART
P ^r Yves	COHEN	P ^r Dominique	PRIÉ
P ^r Philippe	CORNU	M. Rémy	PIERAGOSTINI
D ^r Sophie	CROZIER	P ^r Christian	RICHARD
D ^r Nicolas	DANTCHEV	D ^r Frédéric	RILLARD
D ^r Nathalie	DE CASTRO	M ^{me} Isabelle	RIOM
D ^r Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	P ^r Rémi	SALOMON
P ^r Jacques	DURANTEAU	P ^r Thomas	SIMILOWSKI
D ^r Alain	FAYE	P ^r Éric	THERVET
P ^r Noël	GARABÉDIAN	P ^r Nicolas	THIOUNN
D ^r Anne	GERVAIS	P ^r Jean-Marc	TRÉLUYER
P ^r Bertrand	GODEAU	D ^r Christophe	TRIVALLE
P ^r François	GOFFINET		

• ***avec voix consultative :***

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

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

- P^r Nathalie CHARNAUX, directrice de l'UFR de médecine de l'université Paris 13 Nord
- P^r Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Diderot
- M^{me} Yvette NGUYEN, représentante de la CSIRMT
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M^{mes} Isabelle BILGER et Hélène OPPETIT, M. Oliver TRÉTON, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M. François CRÉMIEUX, directeur général adjoint
- M^{me} Charline NICOLAS, M. Marc DUPONT, direction des affaires juridiques (DAJ)

- M. Rodolphe GOUIN, directeur de la fondation de l'AP-HP pour la recherche
 - P^r Serge HERSON, conciliateur de la direction générale et de la CME
 - M^{me} Delphine LUX, adjointe au directeur de cabinet du directeur général
 - M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, directeur général adjoint
 - M^{me} Florence VEBER, direction des relations internationales (DRI)
- **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} Nelly ACHOUR FRYDMAN, Joël ANKRI, Philippe ARNAUD, Emmanuel BARREAU, Jean-Louis BEAUDEUX, Lynda BENSEFA-COLA, Catherine BERNARD, Francis BONNET, Marie BORNES, Clara BOUCHÉ, Pierre CARLI, Françoise CHARTIER-BOTTEREL, Gérard CHÉRON, Patrick DASSIER, Marysette FOLLIGUET, Pascale GAUSSEM, Bernard GRANGER, Christian GUY-COICHARD, Olivier HENRY, Vincent JARLIER, , Louis MAMAN, Jean-Marc NACCACHE, Remy NIZARD, Antoine PELHUCHE, Patrick PELLOUX, Valérie PERUT, Élisabeth PORSMOGUER, Bruno RIOU, Namik TARIGHT, Denis TIXIER, Noël ZAHR, Michel ZÉRAH
 - M^{mes} Sophie GUILLAUME et Caroline RAQUIN, MM. Arthur DAUPHIN, Victor DESPLATS, Yann FLÉCHER et Jean-Vincent LAQUA

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

I. Informations du président de la CME

Hommages aux P^{rs} Christophe BARRAT et au D^r Florence BROSSIER

La CME rend hommage à deux praticiens disparus brutalement.

- **Le P^r Christophe BARRAT**, responsable de l'activité de chirurgie bariatrique et métabolique du groupe hospitalier *Hôpitaux universitaires de Paris Seine-Saint-Denis [HUPSSD]* décédé le 3 février à l'âge de 57 ans.
- **Le D^r Florence BROSSIER**, praticien hospitalier et chercheuse en bactériologie à la Pitié-Salpêtrière, décédée le lundi 14 janvier à l'âge de 41 ans.

La CME rend également hommage au **P^r Gilbert BÉRÉZIAT**, président honoraire de l'université Pierre et Marie Curie.

Une minute de silence est observée.

Mouvements à la CME

- **Le président** souhaite la bienvenue au D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU, anesthésiste-réanimatrice à l'hôpital Armand-Trousseau. Elle remplace le D^r Michel DRU dans le collège des praticiens hospitaliers d'anesthésie-réanimation.
- Le président a désigné le D^r Véronique MOLINA à la présidence de la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS) en remplacement du D^r Michel DRU. Le nouveau comité technique établissement central (CTEC) mis en place le 21 janvier suite aux élections professionnelles a réélu M. Yann FLÉCHER, du syndicat CGT, pour siéger à la CME avec voix consultative.

AP-HP et groupements hospitaliers de territoire (GHT)

L'agence régionale de santé d'Île de France (ARSIF) a réuni ce jour le comité régional des GHT qui regroupe l'ensemble des directeurs d'établissement support des GHT d'Île-de-France et les présidents de collège médical des GHT. Le directeur général de l'AP-HP, le président de la CME et M. François CRÉMIEUX étaient invités pour échanger avec les GHT sur la « nouvelle AP-HP » et ses conséquences sur les coopérations territoriales. Les discussions ont porté sur la gradation des soins, le fonctionnement en réseaux, les articulations à faire, l'implication de l'AP-HP, avec un intérêt marqué des GHT pour collaborer sur les problèmes de démographie médicale. Le président a souhaité une plus grande visibilité des besoins et l'organisation d'une véritable gradation des soins en Île-de-France. Les postes d'assistant partagé ont été une grande réussite et la démarche va se poursuivre avec les postes d'assistant de recherche clinique partagé, dont le premier appel à candidatures a été lancé par l'ARS.

Le président ajoute que le ministère est en train de réfléchir au report d'un an de la date des élections des CME au niveau national en raison de la mise en place des CME de GHT, qui seraient dénommées « commissions médicales de groupe » (CMG) en janvier 2021. Le report des élections n'est pas compatible avec la « nouvelle AP-HP », car, du fait de la mise en place des nouveaux GH et des départements médico-universitaires (DMU) prévue au 1^{er} juillet 2019, le mandat du tiers

des membres la CME s'achèvera à cette date. Le directoire a donc décidé de rédiger une lettre au ministère afin de demander qu'il n'y ait pas de report des élections pour l'AP-HP.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU confirme la possibilité d'obtenir des postes de candidat d'assistant spécialiste partagé pour la recherche clinique, soulignant l'importance de projets de recherche clinique entre le CHU et les centres hospitaliers (CH).

M^{me} Isabelle RIOM précise que les informations relatives à ces postes ont bien été diffusées aux internes, dans un contexte où ceux-ci demandent une visibilité sur les postes depuis de nombreuses années. Il s'agit, en effet, d'une priorité absolue sur le plan de la démographie médicale.

Le président indique que les débats sont importants sur les parcours et la gradation de soins en Île-de-France, et souligne que l'articulation retenue devra être examinée avec soin. L'importance de l'Université dans les GHT, tant en matière d'enseignement que de recherche, a par ailleurs été réaffirmée.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI ajoute que certaines régions sont prêtes à financer des postes de professeurs associés dans les GHT, ce qui nécessite un double engagement, celui du ministère vis-à-vis du plafond d'emplois des universités et celui des régions pour financer ces postes. Une universitarisation (professeur associé, maître de conférences associé) au sein des GHT pourrait ainsi se dessiner. La constitution des DMU et leur ouverture vers les centres hospitaliers sont accueillies très favorablement car ces derniers, qui voient ainsi l'AP-HP s'ouvrir vers les territoires.

Groupe de travail sur la CME et les CMEL dans la « nouvelle AP-HP »

Comme décidé à la CME du 8 janvier, le P^r Catherine BOILEAU et le D^r Anne GERVAIS ont mis en place le groupe de travail de la CME chargé de réfléchir avec la DOMU et la direction des affaires juridiques à la composition et aux missions de la CME et des CMEL dans le cadre de la « nouvelle AP-HP ». Les propositions du groupe seront présentées à la CME du 5 mars.

Deuxième semaine de l'éthique

La commission d'orientation de la démarche éthique (CODE) que coordonne le D^r Sophie CROZIER, prépare la 2^e semaine de l'éthique de l'AP-HP, dont le thème portera sur l'éthique dans les organisations et le management. Les dates seront prochainement arrêtées.

Le D^r Sophie CROZIER précise qu'à la suite de la première journée consacrée au lancement de la semaine, chaque commission éthique de GH organisera ensuite un événement autour de cette thématique.

Cellule qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU)

Le président salue le travail réalisé par le D^r Christine MANGIN et le P^r Christian RICHARD dans le cadre de la cellule QSS & CAPCU. Une réflexion est, là aussi, en cours pour adapter l'organisation de la QSS & CAPCU à la « nouvelle AP-HP ». Les travaux pourraient être présentés à la CME d'avril.

Calendrier de constitution des nouveaux GH et des départements médico-universitaires (DMU)

Les calendriers ont été présentés lors du directoire du 29 janvier.

La création des nouveaux groupes hospitaliers (GH) sera soumise à l'avis des CMEL en mars-avril pour une présentation au bureau de la CME du 28 mai et à la CME du 11 juin. Les avis des autres instances du personnel seront recueillis parallèlement. La création des nouveaux GH sera ensuite soumise au conseil de surveillance du 28 juin. Puis le directeur général prendra un arrêté créant les nouveaux GH le 1^{er} juillet.

La création des nouveaux DMU sera, quant à elle, soumise à l'avis des CMEL et présidents de CMEL en mai, puis à la CME du 11 juin (bureau du 28 mai). Le conseil de surveillance ne se prononce pas sur les DMU. Le directeur général prendra un arrêté créant les DMU le 1^{er} juillet. Puis, les directeurs de DMU seront nommés selon la procédure prévue dans les documents soumis à l'avis de la CME de ce jour, la décision finale revenant au directeur général sur proposition conjointe du vice-président doyen du directoire et du président de la CME.

Services d'accueil des urgences (SAU)

Les conclusions rapport de la mission d'enquête sur le décès d'une patiente aux urgences de Lariboisière ont été publiées, conduisant à la rédaction de recommandations à l'attention du service des urgences de Lariboisière, mais également plus largement sur l'ensemble des services d'urgences de l'AP-HP. À la suite de ce rapport, un groupe de travail, co-animé, côté médecins, par les P^{rs} Dominique PATERON, Enrique CASALINO, Pierre CARLI, et le D^r Sébastien BEAUNE, a été mis en place pour réfléchir à la mise à jour de la stratégie d'amélioration des urgences de l'AP-HP. Les conclusions seront présentées à la CME.

Plan de transformation

La direction du pilotage de la transformation (DPT) met actuellement en place une cinquantaine de groupes de travail pour décliner le plan de transformation. Leurs travaux serviront à par construire le futur plan stratégique de l'AP-HP. La CME aura évidemment un rôle majeur à jouer en matière de projet médical. Les conclusions de ces groupes seront présentées et débattues en CME.

Rapport du Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCÉRÈS)

Le HCÉRÈS a rédigé des rapports élogieux des évaluations qu'il a conduites à l'AP-HP. Le P^r Catherine BOILEAU et M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE en présenteront les résultats globaux à la CME de mars. Dans la suite de ces évaluations, le vice-président recherche du directoire, le P^r Gabriel STEG, devrait proposer le lancement d'un nouvel appel d'offres pour la constitution de départements hospitalo-universitaires (DHU).

École de chirurgie

Le directeur général a demandé au P^r Xavier JEUNEMAITRE et à M. François CRÉMIEUX de reprendre le dossier de l'école de chirurgie. Le syndicat des chirurgiens prépare un courrier aux doyens et présidents d'université pour exprimer leur choix préférentiel pour l'installation de l'école sur le site de Broussais, en complémentarité avec le site des Saints-Pères. **Le président** réaffirme que l'école de chirurgie est l'école de l'AP-HP et qu'elle doit être trans-universitaire.

Consultanat 2019-2020

La note de cadrage pour les consultanats 2019-2020 a été signée ce jour. Les candidatures passeront devant les CMEL, qui procéderont à leur classement. Les dossiers sont à retourner à la

DOMU au plus tard le 25 février. Différentes thématiques transversales d'intérêt général sont proposées aux consultants : organisation médicale, qualité et sécurité des soins, conciliation, protocoles de coopération, dossiers médicaux ORBIS... Les candidatures seront favorisées lorsque des actions transversales seront proposées. Ces consultanats doivent se mettre en place dans un climat d'entente avec le chef de service nouvellement désigné. Le président précise qu'il ne signera pas les consultanats posant problème. Les demandes seront soumises à concertation lors de la CME du 14 mai.

Informations du directeur général

- M^{me} Charline NICOLAS, nommée en qualité de directrice des affaires juridiques (DAJ), sera en charge notamment de la finalisation du règlement intérieur et plus largement des questions juridiques liées à l'organisation de la « nouvelle AP-HP ».
- M. Vincent-Nicolas DELPECH a pris ses fonctions en tant que préfigurateur du nouvel ensemble « aphp.7 », qui inclut les hôpitaux universitaires Saint-Louis – Lariboisière – Fernand-Widal, Paris Nord Val-de-Seine (HUPNVS) et Robert-Debré, et se construit en lien avec les hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis (HUPSSD).
- La préfiguration du groupe hospitalier dans la partie sud de l'AP-HP va être également mise en place prochainement.
- Le comité de recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP) doit être renouvelé le mois prochain, il est composé de quatre membres nommés par l'AP-HP, quatre autres par les universités et enfin quatre membres nommés par l'INSERM. La nouvelle composition devrait tenir compte de la représentation de l'AP-HP dans ses nouveaux équilibres pour que le comité se positionne sur un rôle plus stratégique, en lien avec les CRMBSP locaux.
- Les performances de l'AP-HP en 2018 du point de vue du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) ont été excellentes, grâce à l'investissement de tous. Une réflexion sur la recherche sera par ailleurs engagée au directoire avec le vice-président chargé de la recherche.
- La situation de l'institut hospitalo-universitaire (IHU) installé à la Pitié-Salpêtrière, l'« Institut de cardio-métabolisme de nutrition » (ICAN), a connu des difficultés de gouvernance désormais résolues. Les trois fondateurs (INSERM, université Pierre et Marie Curie [UPMC] et AP-HP) sont d'accord pour redonner une dynamique à cet IHU, cause qu'ils ont plaidée ensemble devant les ministères et le secrétariat général pour l'investissement (SGPI).
- Des contacts ont été noués avec le centre chirurgical Marie-Lannelongue afin de proposer un projet alternatif à celui d'une fusion avec l'hôpital Saint-Joseph. Celui-ci consistait en la constitution d'un groupement de coopération sanitaire (CGS) sur le plan juridique, et d'un bâtiment situé sur l'emprise de Paul-Brousse. La communauté médicale de Marie-Lannelongue doit se prononcer rapidement sur ce projet qui a permis à l'AP-HP de travailler à plusieurs pour présenter un dossier convaincant.
- Une partie des recettes issues de la partie valorisation de l'Hôtel-Dieu, soit un budget de 30 M€, sur la durée du plan de transformation, sera consacrée à financer des opérations en faveur de la qualité de vie au travail et à la qualité de prise en charge des patients. Une politique différente de remplacement des congés maternité des infirmières devra être initiée par étapes, afin que le principe devienne le remplacement, et non plus le non-remplacement.

L'AP-HP souhaite mieux mettre en valeur le tutorat de stagiaires en valorisant les personnels *via* une rémunération supplémentaire qui permettra également d'améliorer l'attractivité de celle-ci auprès de futurs stagiaires. Il est important de dégager des marges de manœuvre pour traiter certains sujets dans un contexte où la masse salariale est maîtrisée.

- Les premiers résultats de janvier montrent que l'activité conventionnelle est en légère croissance, fortement alimentée par les urgences, s'expliquant par la période traditionnellement chargée, notamment avec la grippe. L'objectif, dans ce cadre, est de redonner un nouvel élan au plan urgences, qui a dû supporter une croissance d'activité au cours des quatre dernières années.

Fusion entre les universités Paris-Descartes et Paris-Diderot

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI indique que les conseils d'administration de Paris-Diderot et de Paris-Descartes ont voté fin janvier le projet de statuts de la nouvelle université qui résultera de leur fusion et sera créée début juillet, sous la dénomination d' « Université de Paris ». En termes budgétaires, c'est le 1^{er} janvier 2020 que l'*Université de Paris* prendra véritablement son envol. La présidente préfiguratrice est le P^r Christine CLERICI, actuellement présidente de l'université Paris-Diderot. La structuration de la nouvelle université s'effectue sous forme de trois facultés, la faculté de santé, la faculté des sciences exactes et la faculté de sciences sociales et humanités. Une seule, la faculté de santé, concerne directement l'AP-HP. Chacune de ces facultés comprendra un certain nombre d'unités de formation et de recherche (UFR). Selon les cas, un ou des directeurs préfigureurs sont déjà nommés, en l'espèce, le P^r Xavier JEUNEMAÎTRE pour la faculté de santé. Celle-ci regroupera les deux UFR de médecine de Paris-Descartes et Paris-Diderot, les deux UFR d'odontologie de Paris-Descartes et Paris-Diderot (qui sont les seules d'Île-de-France) et une UFR de pharmacie, actuellement localisée à Paris-Descartes. Les deux UFR de médecine fusionneront à la rentrée universitaire 2020. Un an plus tard, la même démarche devrait être engagée pour les deux UFR d'odontologie. En parallèle, le dossier de l'universitarisation des professions paramédicales avance et une UFR paramédicale devrait prochainement être créée. L'*Université de Paris* regroupera près d'un quart des unités INSERM du pays et devrait se situer autour de la 60^e place du classement de Shanghai.

Le P^r Nathalie CHARNAUX indique que Paris XIII se félicite de cette fusion et entend continuer à travailler en bonne entente avec la nouvelle entité.

II. Avis sur la transformation de la fondation pour la recherche de l'AP-HP en fondation reconnue d'utilité publique (FRUP)

M. Rodolphe GOUIN explique qu'il s'agit de transformer la fondation hospitalière en fondation reconnue d'utilité publique, l'enjeu étant de collecter davantage de dons. Il rappelle que l'activité de collecte et de gestion de dons et legs s'est progressivement structurée au sein de l'AP-HP. Une fondation hospitalière, dédiée à la recherche, a ainsi été créée en 2015 et la direction du mécénat et de la philanthropie a été constituée au siège afin de coordonner l'ensemble des acteurs. La modification des statuts permettra de collecter des dons pour l'ensemble des missions de l'AP-HP, au-delà du seul sujet recherche.

Plusieurs conditions sont nécessaires pour cela. En premier lieu, il faut une dotation de 1,5 M€. Sur ce point, il a été décidé avec le directeur général et la direction économique, des finances, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP) de transférer à la fondation 4 parcelles, qui ne sont pas valorisables aujourd'hui. Des statuts doivent également être rédigés. Ceux-ci font l'objet d'une

discussion avec le ministère de l'Intérieur. Une proposition sera présentée au conseil de surveillance du 15 février. Une version provisoire des statuts, prévoyant des missions et des moyens d'action particulièrement larges, a toutefois dès à présent été adressée à la CME. La gouvernance a, par ailleurs, été fixée, avec un conseil d'administration de 9 membres incluant un représentant de l'AP-HP, 2 représentants de la fondation actuelle et 5 personnalités qualifiées. Le président de la CME a suggéré que ce conseil compte des médecins parmi ces personnalités qualifiées. La Ville de Paris devrait également être membre du conseil. Afin d'agir plus efficacement, seront créés un comité recherche et innovation, auquel participera le vice-président du directoire en charge de la recherche, et un comité accueil et soin, auquel participeront le président de la CME et un représentant des usagers.

Le processus de dotation devrait être finalisé au mois d'avril. S'agissant des statuts, un passage en conseil de surveillance est prévu le 15 février, avant un dernier passage en conseil d'administration de la fondation hospitalière début mai. Cette fondation devrait être créée par décret signé du Premier ministre et du ministre de l'Intérieur fin 2019 ou, au plus tard, en janvier 2020.

La CME émet un avis favorable à l'unanimité sur la transformation de la fondation pour la recherche de l'AP-HP en fondation reconnue d'utilité publique (FRUP).

III. Départements médico-universitaires (DMU) : avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP

Le président rappelle que si les pôles ont permis de mutualiser les moyens et de mettre en place des parcours communs pour les patients, leur gestion quotidienne s'est parfois révélée complexe. Les nouveaux DMU visent à redessiner le contour de ceux des pôles qui n'ont pas répondu aux attentes. Un deuxième objectif est de redonner du sens à la notion d'équipe et de service, avec une simplification administrative et une plus grande proximité de décision. La délégation de gestion confiée aux DMU sera un des éléments importants de leur réussite. Au total, il devrait y avoir environ 80 DMU, contre 118 pôles aujourd'hui. Les DMU devront faire sens au niveau hospitalo-universitaire. Un travail considérable a été réalisé par le groupe de réflexion sur les DMU ; toutefois, tous les problèmes ne seront évidemment pas résolus grâce à la nouvelle organisation. Le président souligne que la co-gestion médicale et administrative sera déterminante, à condition que le directeur administratif ne soit pas seulement délégué comme c'était le cas dans les pôles. La co-gestion médicale et administrative doit permettre de prendre des décisions rapides.

Le P^r Jean-Claude CAREL indique que, suite à la présentation des orientations lors de la CME du 8 janvier, les modifications du règlement intérieur ont été préparées par MM. François CRÉMIEUX, Jérôme MARCHAND-ARVIER et la direction des affaires juridiques (DAJ). Ces modifications seront présentées également au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), au comité technique central d'établissement (CTCE) et au conseil de surveillance du 15 février. Ces modifications ont trait à la section 3 du règlement intérieur relative à l'organisation des soins, ainsi qu'à l'annexe 17.

Le P^r Jean-Claude CAREL rappelle que les annexes ont la même valeur réglementaire que les articles du règlement. Deux articles sont concernés par cette modification : l'article 10, qui a trait à l'organisation interne des groupes hospitaliers, et l'article 11, qui porte sur la nomination et les missions du directeur de DMU. L'annexe 17 reprend de manière plus exhaustive les principes essentiels du fonctionnement des structures médicales à l'AP-HP, en incluant la création des

DMU. Alors que les services n'étaient pas cités dans l'ancien document, le rôle des services et unités fonctionnelles a été précisé dans le cadre de l'annexe.

Plusieurs éléments ont été modifiés suite aux échanges avec les membres du CHSCT et du CTEC :

- page 11 : « *Le directeur du DMU est nommé en fonction de ses capacités managériales : elles doivent être reconnues ou étayées par la participation à une formation spécifique* » ;
- page 18 : « *Une représentation des personnels exerçant au sein des services du DMU est organisée au sein du bureau : ces représentants sont désignés par les équipes, selon des modalités permettant la présence des principales catégories professionnelles du DMU et de l'ensemble des sites du DMU* » ;
- page 23 : « *La gestion en matière de ressources humaines non médicales du DMU s'effectue dans le respect des dispositions de droit commun du statut de la fonction publique hospitalière, et donc en lien avec la direction des ressources humaines et la coordination générale des soins du groupe hospitalier* » ;
- page 24 : « *Le directeur de DMU ne peut pas imposer une activité partagée ou une mobilité professionnelle entre deux sites de l'AP-HP* » ;
- page 24 : « *Pour l'accès aux fonctions d'encadrement, le directeur de DMU donne un avis, sur proposition du cadre paramédical de DMU, sur la promotion interne des personnels non médicaux qui lui sont affectés* » ;
- page 27 : « *C'est au sein des services que doit être conduite une démarche continue d'amélioration de la concordance des temps, entre équipes médicales, paramédicales et administratives* ».

Conformément aux dispositions légales sur l'organisation interne des établissements publics de santé telles qu'énoncées à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, le groupe hospitalier est organisé en DMU.

Le P^r Jean-Claude CAREL insiste sur cet aspect réglementaire, sachant qu'une adaptation du code de la santé publique est envisageable dans un second temps pour mieux intégrer ce concept et, en particulier, pouvoir formaliser le lien avec des structures d'autres établissements de santé (GHT).

Le deuxième point soulevé est la présence d'une personnalité qualifiée dans le jury de sélection pour les aspects managériaux. Il est proposé que ce comité puisse s'adjoindre de toute personnalité jugée nécessaire, en particulier un professionnel qualifié dans l'évaluation et l'accompagnement des aspects managériaux.

Le troisième point est la possibilité d'établir des départements ou fédérations, tant à l'intérieur d'un DMU qu'entre deux DMU du même GH ou deux GH différents. En l'espèce, l'annexe 17 prévoit le fonctionnement des fédérations. Deux niveaux sont prévus, les fédérations intra-GH et les fédérations supra-GH.

Des questions ont porté sur l'intérêt pour les DMU de compter une double direction, directeur médical et directeur administratif travaillant en binôme et les deux-co-pilotant le comité exécutif. Le point n'est pas remonté dans le cadre des groupes de travail et pourra faire l'objet d'une réévaluation, la proposition étant laissée à l'appréciation des gouvernances des GH.

Enfin, une question a été soulevée sur la dénomination du « responsable » de DMU. Plusieurs options sont proposées : « chef », « coordinateur », « directeur », « directeur médical » et « responsable ». La CME pourrait voter sur ce point.

Le D^r Christophe TRIVALLE suggère de prévoir dans le règlement intérieur un adjoint au directeur de DMU et un adjoint au cadre paramédical, au regard de la taille des structures.

Le président reconnaît que les adjoints sont utiles, notamment dans une configuration multi-site. Si leur désignation n'est pas explicitement prévue, elle n'est pas non plus interdite.

Le directeur général rappelle que l'esprit du groupe de travail est de mettre en place une direction collégiale. Les adjoints sont, de fait, les membres du comité exécutif. Un principe de collégialité a en tout cas été adopté, charge au DMU de s'organiser comme il l'entend.

Le président estime pertinent de laisser les DMU toute liberté pour s'organiser en leur sein.

Le D^r Nathalie DE CASTRO s'étonne qu'un pourcentage de femmes ne soit pas précisé dans le cadre de l'article relatif à l'égalité homme-femme.

Le P^r Sadek BELOUCIF souhaite faire part des remarques sur l'annexe 17 adressées au P^r Jean-Claude CAREL et à M. François CRÉMIEUX par la collégiale d'anesthésie-réanimation. S'agissant du contrat de DMU, le verbe « *pouvoir* » revient à deux reprises « *Le contrat de DMU peut prévoir la délégation d'une enveloppe de surprime* » ; « *Le contrat de DMU peut prévoir une délégation de crédits et de recherche* ». Une obligation devrait être prévue. Les recettes des futurs DMU sur l'anesthésie ne sont, par ailleurs, jamais identifiées en tant que telles. Or, il est difficile de gérer les dépenses lorsque deux tiers des recettes sont invisibles.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI se félicite qu'un directeur médical soit nommé, mais craint que les paramédicaux ne descendent d'un cran au niveau de l'exécutif du fait de la mise en place d'une codirection. Un trinôme devrait être prévu.

Le P^r Michel LEJOYEUX salue le travail réalisé par la commission, mais s'interroge sur la place des responsables d'unité fonctionnelle (UF) et des chefs de service dans la gouvernance.

Le président précise qu'ils sont membres du bureau.

Le P^r Jean-Claude CAREL explique que, à la différence du comité exécutif, le bureau compte l'ensemble des chefs de service, et si possible un membre de chaque service.

Le P^r Michel LEJOYEUX s'interroge également sur la représentation des collégiales et des disciplines médicales, biologiques et odontologiques, et demande si leur avis sera retenu dans le cadre des situations complexes.

Le P^r Rémi SALOMON estime que la codirection n'est pas une collégialité, mais une gouvernance partagée. Dans le cadre de la « nouvelle AP-HP », l'objectif est d'améliorer la rapidité et la proximité entre décision et action. Le DMU doit ainsi être un lieu de décision. Le directeur médical doit conseiller le soin, mais n'a pas la capacité de gestionnaire. Un directeur doit ainsi l'assister dans le cadre d'une gouvernance partagée. Pour répondre au P^r Thomas SIMIŁOWSKI, il précise que la ligne managériale du paramédical est administrative. Si l'objectif est de renforcer le management des équipes médicales, notamment dans le cadre des mobilités choisies, un administratif doit cependant l'assister.

Le président rappelle que les sujets d'organisation restent humainement dépendants. Il s'agit d'évaluer les personnes sur leur capacité de management et d'écarter celles qui ne donnent pas

satisfaction, quelle que soit leur position. Au-delà du directeur médical et du directeur administratif, les représentants des personnels paramédicaux doivent avoir le droit à la parole.

Le P^r Catherine BOILEAU estime que, du fait de la charge administrative, il faut un directeur dédié, et non un simple directeur référent. Par ailleurs, ce directeur ne doit pas avoir de conflit éthique et donc être un membre loyal de la direction du DMU. Si les DMU des spécialistes chirurgicales et médicales sont souvent évoqués avec un vrai projet médical, elle s'interroge sur la logique des DMU des biologistes où il n'y a aucune ou presque communauté des intérêts de recherche. Elle tient à souligner qu'il n'y a pas de consensus dans la communauté des spécialités biologiques pour constituer des pôles uniquement de biologie. Enfin, les DHU doivent, par essence même, du fait du décloisonnement, pouvoir être inter-DMU. Ce point doit être ajouté dans le règlement intérieur.

Le P^r Claire POYART insiste sur l'importance de la parité, et regrette qu'aucune dénomination proposée pour le directeur de DMU ne soit déclinée au féminin.

Le D^r Sophie CROZIER s'interroge sur l'information des équipes et souhaite faire part, sur ce point, du témoignage d'une cadre qui estime qu'il n'y a pas de différence avec les pôles et regrette l'absence de collégialité des décisions et d'autonomie de gestion, si ce n'est dans la répartition de moyens prédéfinis. Cette cadre relève par ailleurs l'absence de reconnaissance universitaire pour les personnels paramédicaux. Il faut souligner qu'à ce stade de nombreux soignants, cadres et médecins ne sont pas informés des projets de DMU et ne se sont donc pas emparés du projet.

Le président assure que les personnels paramédicaux ont évidemment toute leur importance dans le projet. Ce sujet a d'ailleurs longuement été évoqué au sein des commissions. Le président estime que la scission entre personnels paramédicaux et médicaux observée ces dernières années a été dommageable et souligne qu'un rapprochement est nécessaire pour ressouder les équipes.

Le P^r Thierry BÉGUÉ se satisfait d'apprendre que le bureau comptera un représentant de l'ensemble des chefs de service, mais craint que le nombre de participants ne soit excessif. Il s'étonne par ailleurs qu'il ne soit pas prévu de notion de mobilités inter-sites.

Le directeur général explique que le règlement intérieur prévoit que l'affectation du personnel paramédical s'effectuera bien par site. Les personnels des DMU gériatriques au sein d' « aphp.6 » ne seront, par exemple, pas affectés sur différents sites. Il rappelle avoir pris cet engagement il y a plusieurs mois. La fluidité sera, en revanche, plus importante pour les équipes médicales.

Le P^r Jean-Marc TRÉLUYER estime que des cibles doivent être fixées en matière de parité et qu'il faut refuser le cumul de mandats entre directeur de DMU et chef de service.

Le président reconnaît qu'il faut développer la parité, même il n'est pas certain de la pertinence d'inscrire une cible précise.

Le directeur général rappelle que ce débat s'est également tenu en directoire. Les membres ont finalement préféré ne pas retenir de pourcentage. Si un pourcentage devait être fixé, il ne devrait pas concerner uniquement les directeurs ou responsables de DMU, mais également les chefs de service, car un tel objectif ne serait plus atteignable.

Le P^r Sadek BELOUCIF note que le président directeur général d'une multinationale française a proposé une parité des candidatures.

Le président observe qu'il est en tout cas bien indiqué que la parité est un objectif à atteindre. Le principe de non-cumul est également bien prévu.

M. Guy BENOÎT précise que le directeur médical de DMU aura pour objectif la maîtrise des dépenses et évaluera l'adéquation de l'organisation et des moyens de prise en charge. Il s'interroge toutefois sur les modalités d'arbitrage en cas de moyens insuffisants. Il demande des précisions sur la désignation du comité exécutif, qui est restreint afin de prendre des décisions rapidement. Quant aux pharmacies à usage intérieur (PUI), le groupe de travail avait proposé qu'il n'y ait pas de DMU constitué uniquement de PUI. L'Université et la collégiale y sont également favorables.

Le P^r Jean-Claude CAREL note, s'agissant des PUI, que la composition des DMU n'est pas totalement précisée par le règlement intérieur, car il a été considéré qu'elle était de la responsabilité des groupes hospitaliers. S'agissant du comité exécutif, il appartient au candidat à la responsabilité d'un DMU de définir son équipe. Des équilibres devront, à cet égard, être respectés. Les comptes inter-DMU et l'arbitrage des moyens ne sont pas explicités dans le règlement intérieur. Le P^r Jean-Claude CAREL estime qu'il ne faut pas aller trop loin dans les refacturations.

M. Guy BENOÎT juge préférable d'explicitier les règles.

Le P^r Paul LEGMANN s'interroge sur la place du cadre paramédical de DMU et souligne qu'il devra s'appuyer sur des adjoints sur chaque site. Enfin, l'équipe exécutive devra se réunir à intervalles réguliers avec les chefs de service avant de prendre des décisions.

Le P^r Sadek BELOUCIF interroge sur les précisions qui pourront être disponibles en matière de comptabilité analytique, afin de savoir si une activité est bénéficiaire ou non.

M. François CRÉMIEUX rappelle que le règlement intérieur n'est pas l'outil qui permet de répondre à ce genre de question. Le dialogue de gestion qui sera mené au sein de chaque GH le permettra en revanche.

Le président invite la CME à voter sur la dénomination du responsable de DMU.

Le vote a lieu à main levée.

Les résultats sont les suivants :

- « chef » : 0 voix ;
- « coordinateur » : 10 voix ;
- « directeur » : 0 voix ;
- « directeur médical » : 15 voix ;
- « responsable » : 7 voix ;
- 8 abstentions.

La CME retient à la majorité la dénomination « directeur médical ».

Les membres de la CME demandent un vote à bulletins secrets sur le projet de règlement intérieur intégrant les modifications proposées.

Il est procédé à un vote à bulletins secrets.

Sur 45 votants comptabilisés, les résultats sont les suivants :

- 19 voix favorables ;
- 13 voix défavorables ;
- 9 bulletins blancs ;
- 4 abstentions.

La CME émet un avis favorable sur la modification du règlement intérieur.

IV. Bilan annuel de la sous-commission *Vie hospitalière* (CVH) et du conciliateur médical

Le P^r Rémi SALOMON indique que les réunions du réseau des CVH locales (CVHL) ont permis un partage d'expériences entre 15 à 20 personnes tous les 2 mois. Plusieurs présentations ont été effectuées (addiction, médecine du travail, *stress* au travail des médecins, enquête entretiens individuels et conseils de service).

Au-delà du cycle complet de la formation de l'école de management des médecins des hôpitaux (ÉMAMH), une offre de formation en format court a été proposée :

- 3 sessions de formation au management en 2018 (105 médecins formés) ;
- 2 sessions sur la gestion des situations individuelles complexes (37 présidents de CVHL et directeurs des affaires médicales [DAM]) ;
- en lien avec la direction des ressources humaines (DRH), une offre de co-développement et de *coaching* proposée aux médecins et équipes médicales.

Le bilan des CVH locales a été communiqué. Le nombre de situations individuelles traitées est en moyenne de 10. Toutes les CVH ont participé à des journées d'accueil. Elles se sont réunies généralement entre 2 et 4 fois. Le lien avec les DAM a été fort. Des comités de suivi des situations complexes ont parfois été mis en place. Certaines CVHL ont participé aux CHSCT et aux CTE. S'il n'y a pas eu de recensement exhaustif du nombre d'entretiens individuels et de la pratique des conseils de service, ces dispositifs sont bien en cours de déploiement.

Le dispositif dit « ressources humaines – personnel médical » (RHPM) a été organisé au niveau central, avec des réunions mensuelles entre CVH, conciliateur et Domu. Deux réunions se sont tenues en 2018. Le comité central RHPM a défini les principes d'une politique de suivi de la santé des internes au travail. Il a, au total, traité 39 dossiers et géré 15 mobilités.

Plusieurs projets sont en cours :

- démarche qualité de vie au travail (QVT), en lien avec la DRH ;
- alliance européenne ;
- numéro vert (projet DRH, service central de santé au travail) ;
- offre de formation sur la conciliation.

Les CVH dans la « nouvelle AP-HP » devraient répondre aux principes suivants :

- CVH locale selon une logique de site pour des raisons de proximité ;
- CVH centrale pour la définition de la politique et la coordination.

Une information claire et une appropriation du changement sont nécessaires dans le cadre des restructurations, qui constituent une période à risques.

En conclusion, le passage du texte à la réalité en matière de RHPM dépend de la volonté des gouvernances et des moyens. La réflexion doit être poursuivie sur les problématiques d'égalité homme-femme et les parcours professionnels au sein de l'AP-HP.

Le P^r Serge HERSON rappelle que sa mission de conciliation lui a été confiée à la fois par le directeur général et le président de la CME, avec deux objectifs : l'analyse et la résolution des « situations individuelles complexes » et l'accompagnement de la prise de responsabilités managériales des responsables de service ou de structure. Les interrelations ont, pour cela, été fortes entre l'ensemble des acteurs.

58 situations ont été analysées en 16 mois. Parmi elles, 32 ont été conclues avec un rapport et 26 sont encore en cours d'examen. La méthode est fondée sur l'analyse du contexte et l'instruction de la situation. Les missions comprennent généralement 1 à 3 membres. Au total, 576 entretiens ont été effectués. Les solutions et leur mise en place effective sont élaborées en lien avec les gouvernances hospitalières, les collégiales et les doyens. Un suivi de la mise en œuvre est assuré.

Parmi ces 58 dossiers, 17 ont un retentissement systémique sur le service, 20 sont des conflits interpersonnels graves débordant sur l'équipe. Seuls 21 ont un retentissement circonscrit à quelques personnes. Dans 10 dossiers, un risque suicidaire a été relevé. Un retentissement psychologique majeur est constaté dans 20 dossiers. Dans 18 dossiers, un avocat avait déjà été sollicité. Enfin, 6 dossiers ont été traités en commun avec le médiateur national.

Les solutions proposées incluent des modifications de l'organisation de la structure et de son management, des mutations négociées, autant pour des hospitaliers purs que des hospitalo-universitaires (15 effectuées et 6 en cours) et des modifications personnelles profondes de l'activité (10 situations).

Des circonstances favorisantes sont souvent observées. Les praticiens ou les services peuvent être déstabilisés par des conflits interpersonnels et des problèmes de management, ou des restructurations de services ou d'activités. Des dysfonctionnements systémiques d'un service et du management sont également parfois constatés. Les problèmes personnels de santé, d'aptitude ou de réorientation méritent une réflexion particulière.

À 16 mois, plusieurs avancées ont été enregistrées :

- signalements sans filtre et croissants, et suivi des situations ;
- évolution culturelle avec 21 mutations négociées ;
- crédibilité de l'institution sur sa volonté de résolution des difficultés ;
- respect de la confidentialité et de la subsidiarité.

L'acculturation doit toutefois être poursuivie. Les signalements précoces doivent être suivis comme des événements indésirables graves (ÉIG). Des analyses systémiques sont nécessaires (comme pour une revue de morbi-mortalité [RMM]), ainsi que des prises de décision précoces. Il faut par ailleurs stigmatiser le coût humain et institutionnel de ces dysfonctionnements et faciliter les mutations concertées et solidaires entre GH. Une culture de la mobilité précoce doit également être promue.

Enfin, des réflexions doivent être poursuivies sur les thèmes suivants:

- recours à des psychiatres du réseau AP-HP ;
- recours à des *coaching* individuels ou collectifs au sein de l'AP-HP ;

- renforcer l'implication locale dans ces conciliations de praticiens jeunes en pleine activité, hospitaliers comme hospitalo-universitaires ;
- volet *management* des projets de service ;
- subsidiarités et complémentarités locales et centrales ;
- renforcement des liens avec les services de santé au travail.

Le D^r Nicolas DANTCHEV souligne la qualité du travail commun entre le conciliateur, la CVH de la CME et la DOMU en la personne de M^{me} Hélène OPPETIT. Environ 150 dossiers de situations individuelles complexes sont traités chaque année à l'AP-HP, dont une centaine reste au niveau des GH et une cinquantaine remonte au niveau de la CVH centrale. Ce traitement est très consommateur de temps, tant au niveau central qu'au niveau local, et les GH devraient être dotés des moyens supplémentaires pour effectuer ce travail. Il est nécessaire à l'avenir de maintenir un dispositif transversal afin de réaliser des arbitrages inter-GH et de mettre en œuvre des mobilités si nécessaire.

Le président souligne le travail réalisé par la CME pour changer les mentalités, bien qu'il reste évidemment encore beaucoup à faire. De nombreux CHU de région prennent exemple sur la démarche de l'AP-HP. Le président tient ainsi à remercier la CVH centrale, l'ensemble des CVH locales et tous ceux qui participent aux audits.

Le P^r Michel LEJOYEUX se félicite que la mise en place de la CVH au niveau local ait permis la levée des tabous et une vraie communication bienveillante.

Le directeur général demande si des situations inextricables nécessitant d'autres leviers ont été identifiées.

Le P^r Serge HERSON reconnaît que certaines situations nécessiteraient une inspection.

Le P^r Christian RICHARD demande si l'organisation en pôles a pu constituer une circonstance favorisante dans certaines situations. Il ajoute que le conseil de service doit jouer un rôle de prévention, voire d'analyse. Des indicateurs pourraient être mis en place.

Le P^r Serge HERSON reconnaît que les modifications de structure constituent un facteur de déstabilisation. La situation est notamment extrêmement difficile lorsque la future structure n'a pas été annoncée et que plusieurs promesses de postes ont été faites à des personnes sans être tenues. S'agissant des conseils de service, il faut être incitatif, mais également contrôler certains éléments, comme la bonne tenue des entretiens.

Le D^r Nicolas DANTCHEV rappelle que la bonne tenue des conseils de service et des entretiens est normalement examinée dans le cadre du renouvellement des chefferies de service.

Le D^r Nathalie DE CASTRO souhaite que la dénomination de « *situations individuelles complexes* » soit remplacée par celle de « *situations complexes* », afin de ne pas focaliser sur un individu. Elle appelle à développer la médecine du travail en matière de prévention et suggère de prévoir une personne spécifiquement dédiée à la qualité de vie au travail dans les DMU.

Le président estime que la qualité de vie au travail est l'affaire de tous et ajoute que le directeur médical de DMU et les chefs de service doivent donner l'exemple.

Le D^r Nathalie DE CASTRO rappelle que la qualité de vie au travail ne se limite pas aux situations complexes, mais a trait aux modalités globales d'exercice du travail dans le DMU.

M. Guy BENOÎT insiste sur la mémoire à conserver des services qui contribuent à apporter une solution, notamment en accueillant un praticien. Ils ne doivent pas être pénalisés budgétairement.

Le président partage cette position et ajoute que cette situation est d'ores et déjà, si possible, prise en compte dans le cadre de la révision des effectifs.

V. Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU)

1. Vaccination contre la grippe : avis sur une modification du règlement intérieur de l'AP-HP

Le P^r Christian RICHARD rappelle que seuls 10 % des personnels paramédicaux et 28 % des médecins sont vaccinés contre la grippe. En CME plénière, le directeur général et M. François CRÉMIEUX s'étaient interrogés sur les possibilités de rendre obligatoire cette vaccination. Pour pallier une impossibilité juridique, il est proposé aujourd'hui de modifier le règlement intérieur pour inciter aux mesures d'hygiène en l'absence de vaccination.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si le port du masque peut être rendu obligatoire pour les personnes non vaccinées, comme dans certains pays.

Le P^r Christian RICHARD juge ceci complexe, la vaccination étant déclarative.

Le D^r Christophe TRIVALLE précise qu'un bon peut être distribué à la médecine du travail.

Le directeur général rappelle que le débat a été mené avant le début de l'épidémie et regrette que le port du masque ne puisse être imposé, alors que d'autres hôpitaux le font. Il juge en effet anormal qu'il puisse y avoir des transmissions de grippe de soignants vers des patients.

Le P^r Sadek BELOUCIF propose de remplacer par « *ils ont l'obligation de participer* » par « *ils participent aux mesures de prévention prises* ». Les campagnes de distribution de badges « je suis vacciné » dans les hôpitaux sont très incitatives. Il pourrait être utile d'étudier les déterminants subjectifs des réticences à la vaccination, ce travail pouvant d'ailleurs être utile plus largement.

La CME émet un avis favorable à l'unanimité des votants sur l'ajout proposé au règlement intérieur.

2. Contentions et traitements en chambres d'isolement en psychiatrie

Le P^r Antoine PELISSOLO rappelle que les soins sans consentement répondent à des objectifs de protection de patients lorsqu'ils représentent un danger pour eux-mêmes ou autrui. Il s'agit d'un objectif noble, même si les enjeux éthiques de respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes sont complexes. À l'AP-HP, sont concernés quatre services de psychiatre sectorisés, qui peuvent recevoir les patients sous un mode d'hospitalisation en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) en cas de péril imminent et en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRÉ), à savoir Albert-Chenevier, Paul-Brousse, Louis-Mourier et Corentin-Celton. Ce sont des services qui ont une obligation d'accueil. Les contrôles sont aujourd'hui plus importants, avec un contrôle au niveau européen et, au niveau national, le juge des libertés et de la détention, des commissions départementales et un suivi par la CME.

Des chiffres sont ainsi, pour la première fois, présentés de manière systématique. Albert-Chenevier regroupe par exemple 100 lits de secteur, dont 40 en unité protégée. En 2017,

128 patients ont fait l'objet d'un isolement et 17 d'une contention, ce qui représente moins de 5 % des journées d'hospitalisation du service de psychiatrie. Des éléments de comparaison entre les services sectorisés de l'AP-HP ont été communiqués.

Plusieurs axes d'amélioration ont été définis pour réduire le recours à l'isolement et à la contention :

- prévention des crises : soins ambulatoires (centre médico-psychiatrique, hôpitaux de jour, équipes mobiles, etc.) ;
- pendant l'hospitalisation : personnels auprès des patients, stabilité des équipes, temps de transmission, formations, évaluation des pratiques professionnelles (ÉPP), etc.

Plusieurs obstacles ont toutefois été relevés :

- sur-occupation des unités, en particulier à Louis-Mourier, Paul-Brousse et Albert-Chenevier ;
- pénurie de personnels soignants (IDE, aides-soignants), surtout à Louis-Mourier et Albert-Chenevier du fait d'effectifs insuffisants et de postes vacants ou d'arrêts-maladie sur de très longues périodes.

Le président insiste sur les manques de personnel, dans un contexte où la psychiatrie est une priorité de santé publique.

Le P^r Bruno CRESTANI rappelle que la situation de la psychiatrie à Louis-Mourier est dramatique. Seuls 2 postes de praticien hospitalier (PH) ont été ouverts, alors qu'il y avait 4 candidats et que la psychiatrie bénéficie de dotations spécifiques.

Le président indique qu'un point sur la dotation annuelle de financement (DAF) de la psychiatrie sera effectué lors de la prochaine CME.

Le P^r Michel LEJOYEUX confirme les difficultés rencontrées sur le terrain pour titulariser les personnels.

Le D^r Sophie CROZIER déplore le manque de moyens humains en psychiatrie mais aussi dans d'autres services où les patients peuvent être agités et confus, qui conduit les personnels à mettre en place des contentions pour les patients faute de pouvoir les surveiller correctement. Cette situation pose de graves problèmes éthiques. Le recrutement de personnels soignants est donc indispensable et urgent. Elle souligne à ce sujet la situation très préoccupante des effectifs soignants en pédopsychiatrie à la Pitié-Salpêtrière, malgré de nombreuses demandes du chef de service, et qui a conduit à fermer 15 lits pendant plusieurs mois, alors même que les lits de pédopsychiatrie manquent terriblement en Île-de-France. Plus de 400 jeunes patients, en grande souffrance psychique, ont été refusés ces derniers mois dans le service.

Le P^r Antoine PELUSSO explique qu'il existe en réalité un cercle vicieux, les candidats étant peu nombreux lorsque les conditions de travail sont dégradées.

VI. Point sur les conventions d'association hospitalo-universitaires et avis sur une nouvelle convention

M^{me} Hélène OPPÉTTIT rappelle que selon l'article L. 6142-5 du code de la santé publique, des conventions peuvent être conclues entre le CHU et des établissements de santé ou autres organismes publics ou privés afin d'assurer leurs missions. Les conventions sont nécessaires pour

que des personnels hospitalo-universitaires soient nommés dans ces structures hors CHU. La convention lie trois signataires : l'organisme extérieur, l'AP-HP et l'unité de formation et de recherche (UFR) de rattachement. Depuis 1965, l'AP-HP a signé majoritairement des conventions avec les UFR de médecine, dans une moindre proportion avec la pharmacie et l'odontologie, pour 227 personnels HU :

- 109 PU-PH ;
- 27 MCU-PH ;
- 88 chefs de clinique assistants (CCA) ;
- 3 assistants hospitalo-universitaires (AHU).

Une forte concentration en petite couronne est observée.

Le conventionnement répond à des objectifs complémentaires :

- doter de la ressource universitaire des services identifiés comme performants en matière de recherche ;
- tenir compte de spécificités dans l'organisation du système français de santé, avec notamment l'organisation de la cancérologie ;
- conforter le rôle territorial de certains gros centres hospitaliers de périphérie et augmenter les cohortes de patients susceptibles d'être inclus dans les protocoles de recherche.

La répartition des hospitalo-universitaires par discipline montre une forte représentation de la gynécologie-obstétrique, de l'ophtalmologie et de la psychiatrie.

La CME est sollicitée sur une nouvelle convention avec l'hôpital des Diaconesses, en lien avec l'UFR Paris 13, une convention ayant déjà été signée entre la Croix-Saint-Simon et Paris 6. Cette convention prévoit l'affectation d'un MCU-PH en anesthésiologie-réanimation à compter du 7 janvier 2019.

Le D^r Nathalie DE CASTRO note que l'AP-HP met à disposition une ressource auprès d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ÉSPIC).

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI estime qu'il faut accepter l'idée que les doyens des UFR aient intérêt, sur le plan universitaire, à établir des partenariats avec des ÉSPIC.

Le D^r Christophe TRIVALLE précise que cette convention permet de résoudre un problème local, de type CVH.

La CME approuve la nouvelle convention par 34 voix pour, 1 voix contre et 10 abstentions.

VII. Approbation des comptes rendus des CME des 4 décembre 2018 et 8 janvier 2019

Les comptes rendus des CME des 4 décembre 2018 et 8 janvier 2019 sont approuvés à l'unanimité, sous réserve d'une modification dans la liste des présents pour la séance du 8 janvier 2019.

VIII. Questions diverses

Stages hospitaliers des étudiants en médecine

Le D^r Christophe TRIVALLE estime qu'un travail doit être mené sur l'accueil des externes dans le cadre des stages hospitaliers. Les externes ont en effet unanimement le sentiment d'être peu valorisés et surtout de ne pas bénéficier de l'enseignement au lit des malades.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI souligne que les évaluations reportées dans le logiciel d'évaluation des stages par les externes restent globalement bonnes.

Le président observe que le doyen a toute latitude pour prendre les mesures nécessaires en cas de difficulté.

Primes de départ volontaire

Le D^r Nathalie DE CASTRO souhaite connaître les conditions dans lesquelles il est possible de verser des indemnités dans le cadre de la prime de départ de la fonction publique et combien de personnes cela a concerné en 2018.

Le directeur général explique que cette possibilité a été utilisée dans 82 cas en 2018 pour l'ensemble de l'AP-HP. Il s'agit d'accompagner le départ de personnels, en particulier dans le cadre des fermetures de sites comme Adélaïde-Hautval ou Joffre, lorsque les possibilités de reclassement sont épuisées. Cette prime est également utilisée pour les agents très proches de la retraite et les infirmières qui ne sont plus dans le soin.

La séance est levée à 19 heures 40.