

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 5 NOVEMBRE 2019

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 2019

SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Informations du directeur général	9
III.	Programme de robotique chirurgicale	13
IV.	État des lieux des vacances de postes de personnel non médical et des départs de personnel médical	15
V.	Bilan du programme d'action pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU)	20
VI.	Approbation des comptes rendus des CME des 9 juillet, 10 septembre et 8 octobre 2019	22
VII.	Questions diverses	22

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT DE L'AP-HP
RÉUNION DU MARDI 5 NOVEMBRE 2019**

16h30 à 20h00, salle des instances, 3 avenue Victoria, Paris 4^e

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Informations du directeur général
 - Dispositif « zéro brancard » aux urgences (M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, P^r Dominique PATERON) – exposé de 5 minutes
3. État des lieux des vacances de postes de personnel non médical et des départs de personnel médical (MM. Pierre-Emmanuel LECERF et François CRÉMIEUX) – exposé de 5 minutes
4. Programme de robotique chirurgicale (P^r Morgan ROUPRET, D^r Thomas BLANC) – exposé de 5 minutes
5. Bilan du programme d'action pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) (P^r Christian RICHARD, M^{me} Christine GUÉRI, D^r Christine MANGIN) – exposé de 5 minutes
6. Approbation des comptes rendus des CME des 9 juillet, 10 septembre et 8 octobre 2019
7. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition D

- Avis sur le recrutement principal de CCA dans les établissements liés par convention avec l'AP-HP (année universitaire 2019-2020)

Assistent à la séance

avec voix délibérative :

P ^r René	ADAM	D ^r Christian	GUY-COICHARD
P ^r Thomas	APARICIO	P ^r Olivier	HÉLÉNON
P ^r Jean-Yves	ARTIGOU	P ^r Dominique	ISRAËL-BIET
P ^r Sadek	BELOUCIF	M. Jean-Vincent	LAQUA
D ^r Guy	BENOÎT	P ^r Rachel	LÉVY
P ^r Catherine	BOILEAU	P ^r Emmanuel	MARTINOD
P ^r Françoise	BOTTEREL-CHARTIER	P ^r Rémy	NIZARD
D ^r Clara	BOUCHÉ	P ^r Jean-Michel	PAWLOTSKY
P ^r Jean-Claude	CAREL	D ^r Antoine	PELHUCHE
P ^r Alain	CARIOU	D ^r Patrick	PELLOUX
P ^r Pierre	CARLI	P ^r Michel	PEUCHMAUR
P ^r Olivier	CLÉMENT	P ^r Jean-Damien	RICARD
P ^r Yves	COHEN	P ^r Christian	RICHARD
D ^r Sophie	CROZIER	D ^r Frédéric	RILLIARD
D ^r Patrick	DASSIER	M ^{me} Isabelle	RIOM
D ^r Alain	FAYE	P ^r Rémi	SALOMON
M. Julien	FLOURIOT	D ^r Georges	SEBBANE
P ^r Nelly	FRYDMANN-ACHOUR	P ^r Thomas	SIMILOWSKI
P ^r Noël	GARABÉDIAN	P ^r Laurent	TEILLET
P ^r Pascale	GAUSSEM	P ^r Éric	THERVET
D ^r Anne	GERVAIS	P ^r Nicolas	THIOUNN
P ^r François	GOFFINET	D ^r Denis	TIXIER
P ^r Bernard	GRANGER	D ^r Christophe	TRIVALLE
M ^{me} Sophie	GUILLAUME	P ^r Éric	VICAUT
		D ^r Noël	ZAHR

avec voix consultative :

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- P^r Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène

en qualité d'invités permanents :

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

les représentants de l'Administration :

- M. Patrick CHANSON, direction de la communication
- M. François CRÉMIEUX, directeur général adjoint
- M. Sylvain DUCROZ, directeur des ressources humaines
- M. Didier FRANDJI, directeur des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)

- M. Vincent HIRSCH, directeur adjoint de cabinet du directeur général
- M. Pierre-Emmanuel LECERF, directeur général adjoint
- M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, directeur général adjoint
- M^{me} Hélène OPPETIT, M. Olivier TRÉTON et M^{me} Christine Guéri, D^r Dominique BRUN-NEY direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- M^{me} Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général
- D^r Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information (DSI)

Secrétariat de la CME :

- M^{me} Sandra ROSAS (DOMU)

Membres excusés :

- D^{rs} Nathalie DE CASTRO et Valérie PÉRUT, P^r Marysette FOLLIGUET, M. Loïc MORVAN.

La séance est ouverte à 16 heures 30, sous la présidence du P^r Noël GARABÉDIAN.

Le président remercie les membres de la CME pour leur présence nombreuse à cette avant-dernière séance de la mandature. Il espère que tous les membres de la CME ont profité de la séance de vaccination organisée avant la CME pour se faire vacciner contre la grippe et montrer ainsi l'exemple à tous les personnels hospitaliers.

La CME rend hommage au **D^r Jacques LEBAS**, fondateur de la consultation *Baudelaire* à l'hôpital Saint-Antoine et ancien président de *Médecins du monde*, décédé le 18 octobre à l'âge de 70 ans.

La commission médicale d'établissement observe une minute de silence.

I. Informations du président de la CME

Le président rappelle que la dernière séance de la mandature se tiendra le 3 décembre. Il a invité à cette occasion tous les membres qui ont participé aux travaux de la CME pendant les quatre années de la mandature.

Le président évoque le mouvement social actuel porté par le collectif inter-hospitalier qui a rejoint le collectif inter-urgences. Ce mouvement témoigne d'un malaise qui n'est pas propre au secteur hospitalier mais s'inscrit dans une crise générale du secteur public, dont les agents s'interrogent sur leur avenir, sur leurs missions et sur les moyens qui leur sont alloués. Le président juge erroné le raisonnement qui consisterait à dire que le secteur privé est capable d'apporter une réponse à tous les besoins. L'enjeu ne porte pas sur la lutte entre le secteur public et le secteur privé. Il consiste à faire vivre le secteur public de façon à bien répondre aux besoins de santé publique. C'est cet enjeu qui est partagé par l'ensemble de la CME, dont le rôle est d'être le porte-parole de l'ensemble de la communauté médicale, en dehors de toute position syndicale ou politique.

La communauté médicale constitue une collectivité d'individus, à l'image de la société. La CME a toutefois pour rôle d'essayer de construire un consensus fort sur l'avenir de l'AP-HP. Il est primordial que la CME reste représentative de la communauté médicale et continue de porter sa parole. C'est la raison pour laquelle le président a tenu à être présent le jour de l'assemblée générale du 10 octobre à la Pitié-Salpêtrière, pour partager les constats et faire part de son fort attachement au secteur public. La CME doit par ailleurs être capable d'émettre des propositions. Le président se dit déçu que peu de CHU de région suivent le mouvement des hôpitaux parisiens, car il existe bien aussi un problème spécifique des CHU. Le président invite les membres de la CME à réfléchir aux solutions qui permettraient d'assurer l'avenir du secteur public.

Le président de la CME et les présidents de CME locale (CMEL) de l'AP-HP ont rencontré le ministre le 17 octobre et l'ont alerté sur la crise profonde du service public hospitalier et sur les problèmes spécifiques de l'Île-de-France. Le manque de personnel entraîne également des fermetures de lits. L'impossibilité d'accéder à un bloc opératoire par manque d'infirmières participe au malaise des médecins. Les infirmières quittent Paris pour les autres régions parce que leur salaire ne leur permet plus de vivre en Île-de-France. Il est déplorable qu'un mouvement social soit nécessaire pour que les tutelles prennent conscience de cette crise.

C'est maintenant que se joue la sauvegarde de l'hôpital public. Il n'est plus possible d'attribuer toutes ses difficultés à des problèmes d'organisation. L'hôpital adapte ses organisations et continuera de les adapter. Néanmoins, même si la poursuite des réorganisations est nécessaire,

l'hôpital public ne survivra pas sans moyens supplémentaires et sans une prise en compte du décrochage complet des métiers de la santé, notamment d'infirmier et d'aide-soignant, par rapport au niveau de vie moyen des Français.

Le président n'a cessé d'alerter les tutelles depuis le début de son mandat sur la nécessité de revoir les moyens à la hausse. Il est essentiel de poursuivre le combat car, sans une réaction immédiate, l'hôpital public disparaîtra. Le président attend donc une réponse forte de la ministre. Les premières mesures annoncées en réponse aux problématiques parisiennes ne sont pas suffisantes. Le président souhaite donc que les autres hôpitaux rejoignent le mouvement initié à Paris pour défendre le secteur public. Même si les problématiques s'exacerbent en région parisienne, elles sont partagées par l'ensemble des hôpitaux de France.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI signale que ce sujet a été débattu par la conférence nationale des doyens, qui considère également que les problèmes rencontrés ne sont pas propres à Paris ou à l'Île-de-France. Par conséquent, toutes les facultés de médecine françaises suspendront leurs cours le 14 novembre et aucun étudiant hospitalier ne sera reçu en stage.

Le D^r Patrick DASSIER observe qu'entre 2007 et 2020, le nombre de praticiens hospitaliers (PH) titulaires inscrits aux élections de la CME est passé de 668 à 463, soit une baisse de 205, alors que l'activité a progressé. En revanche, le nombre de PH non titulaires s'est accru. Il n'est donc pas étonnant que le personnel médical préfère s'orienter vers le privé. Par ailleurs, au-delà de l'augmentation du salaire d'infirmière, il convient aussi d'accroître la rémunération des PH au niveau de leur échelon dès l'embauche. Sans une augmentation significative de la rémunération des jeunes PH, plus aucun jeune ne souhaitera rejoindre l'hôpital public. C'est pourquoi la mobilisation du 14 novembre est essentielle pour éviter la pérennisation des postes précaires dans les établissements publics de santé.

Le président précise que la rémunération des jeunes PH a également été abordée avec la ministre.

Le D^r Alain FAYE signale que la commission hospitalière de l'intersyndicale des médecins chirurgiens et spécialistes de l'assistance publique s'est réunie le 4 novembre et a appelé à la mobilisation pour la journée d'action unitaire du 14 novembre, comportant la grève des soins non urgents et la participation à la manifestation. L'intersyndicale appelle de ses vœux la généralisation et l'amplification des mesures récentes et positives prises par le directeur général pour attirer et fidéliser les personnels dans les hôpitaux universitaires de la région Île-de-France, la plus riche d'Europe mais également celle qui présente le coût de la vie le plus élevé.

La vice-présidente ajoute que les internes de médecine générale et les internes de spécialité rejoignent également la grève du 14 novembre. Par conséquent, le préavis de grève les couvre. Ceux qui le souhaitent doivent se déclarer grévistes avant le mardi 12. Les chefs de service signaleront ensuite le nombre de médecins seniors à assigner avant d'assigner éventuellement des internes pour le fonctionnement de leur service.

Le D^r Patrick PELLOUX juge particulièrement inquiétant que les députés aient approuvé une progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) limitée à 2,1 % alors qu'ils indiquent partager le constat des membres de la CME sur la crise de l'hôpital public, quel que soit leur appartenance politique. Par ailleurs, le directeur général et les directeurs d'agence régionale de santé (ARS) ne sont pas entendus lorsqu'ils avancent des propositions innovantes telles que la renégociation de la dette. Le D^r Patrick PELLOUX estime que les dirigeants n'écoutent

plus les représentants de l'hôpital public et organisent sciemment son déclin. Il considère donc comme le président de la CME que le mouvement en cours représente une ultime chance de l'empêcher. C'est pourquoi il se réjouit de l'unité formée autour de ce mouvement, tout en soulignant que la grève du 14 novembre ne constitue pas une fin en soi. L'objectif doit être d'obtenir une grande négociation, comparable à un « Grenelle » de l'hôpital public. Il doute néanmoins de l'existence d'une volonté politique en ce sens.

Le président se demande si, plutôt que d'un « Grenelle », ce n'est pas d'un plan Marshall dont l'hôpital public a besoin. Le temps des discussions a suffisamment duré. Il convient désormais de prendre les mesures qui s'imposent.

Le P^r René ADAM souscrit à la nécessité de mesures urgentes et en particulier à la revalorisation des rémunérations du personnel non médical. Il est par ailleurs temps pour la communauté médicale de s'interroger sur l'offre de service que la population est en droit d'attendre de l'AP-HP. Si les problèmes de l'hôpital public sont amplifiés au sein de l'AP-HP, c'est parce qu'il est beaucoup plus facile d'effectuer des restructurations à une grande échelle à l'hôpital de Lille ou de Bordeaux qu'au sein de l'AP-HP. Il estime que l'institution comporte un trop grand nombre de structures, notamment dans les disciplines de chirurgie digestive ou de gastro-entéro-hépatologie, voire de cancérologie. L'AP-HP améliorerait son efficacité en regroupant ses 80 000 personnels au sein d'une trentaine d'hôpitaux possédant des services de masse critique. Néanmoins, ces regroupements doivent être opérés non dans l'objectif de réduire les moyens budgétaires mais dans celui de développer des structures innovantes. Il invite donc les membres de la communauté médicale à raisonner de manière globale, en s'interrogeant par exemple sur le nombre de services de chirurgie digestive nécessaires en Île-de-France et en particulier au sein de l'AP-HP.

Le président en convient et ajoute qu'il est aussi nécessaire d'ouvrir des lits d'aval et de gériatrie. La structure de l'AP-HP présente à la fois des avantages et des inconvénients. L'un des problèmes vient en effet des difficultés de la communauté de l'AP-HP à se reformer et à envisager des fermetures de services. Le président considère que deux services de chirurgie cardiaque seraient suffisants, contre quatre actuellement. Certains spécialistes de la discipline eux-mêmes partagent ce point de vue. Il est donc inévitable de procéder à des restructurations. Parallèlement, il est indispensable de revaloriser le salaire des paramédicaux et des jeunes médecins pour rétablir l'attractivité du service public.

Le P^r René ADAM souligne que lorsqu'un service doit être supprimé, l'AP-HP ne doit pas attendre le départ de son chef.

Le président ajoute que chacun doit prendre ses responsabilités et accepter les évolutions qui entraînent la perte d'intérêt de certaines activités. Le SIDA par exemple se traite désormais dans un cadre ambulatoire alors qu'il est nécessaire de renforcer les lits d'urgence pour faire face aux pathologies complexes. Néanmoins, ces adaptations ne seront pas suffisantes pour sauver l'AP-HP. Il est également nécessaire d'intervenir sur les rémunérations.

Le P^r Rémi SALOMON souscrit à la nécessité d'une réflexion collective sur la place de l'AP-HP dans l'offre de soins régionale. L'institution doit également avoir le courage de résoudre les problèmes de management. S'agissant du mouvement social, il invite ses collègues à communiquer auprès des citoyens sur le fait que les élus votent actuellement le budget qui marquera la condamnation de l'hôpital public. Il les encourage à promouvoir la lettre des usagers au Président de la République pour obtenir un maximum de signataires. Il a par ailleurs signé une lettre adressée aux

parlementaires attirant leur attention sur l'attachement des Français à l'hôpital public et sur le fait qu'ils devront rendre des comptes sur son abandon. Un sondage montre que les Français sont disposés à cotiser davantage pour soutenir l'hôpital.

Le président encourage ses collègues à soutenir la participation aux élections de la CME. La CME a également contribué à l'organisation de la mobilisation du 14 novembre. Il est essentiel que la CME conserve son rôle d'assemblée représentative des médecins.

Informations du directeur général

Le directeur général signale que ORBIS permet désormais de connecter tous les hôpitaux. La transition s'est effectuée dans de bonnes conditions. Le directeur général remercie le D^r Laurent TRÉLUYER et les équipes de la direction des systèmes d'information (DSI) pour la conduite de ce chantier. Une enquête de satisfaction sur ORBIS s'achève actuellement. Par ailleurs, un outil d'interrogation des données, « cohorte 360 », est en cours de test dans quelques services. Les premiers utilisateurs apprécient son ergonomie et sa facilité d'utilisation. L'outil sera à la fois utile pour les soins et pour la recherche.

Le résultat de l'évaluation des instituts hospitalo-universitaires (IHU), qui vient d'être publié, est très favorable à l'institut Imagine et à l'institut du cerveau et de la moelle (ICM), même si les crédits obtenus pour les prochaines années s'avèrent inférieurs aux demandes. Chacun des IHU recevra pour la période qui s'ouvre une dotation de 17 M€. L'institut de cardio-métabolisme et de nutrition (ICAN), qui a connu de nombreuses difficultés depuis sa création, a obtenu une évaluation moins favorable et ne bénéficiera que de 10 M€, ce qui nécessitera de revoir son fonctionnement.

L'école de formation des assistants de régulation médicale a été ouverte dans les délais. Au-delà des régulateurs de l'AP-HP, l'école possède une vocation régionale. Le directeur général remercie les personnes ayant contribué à sa mise en place.

L'AP-HP a lancé un appel à candidatures pour des projets ville-hôpital, avec la coopération d'établissements pilotes, dans l'objectif de mieux traiter les soins non programmés.

Le directeur général de l'ARS a été mandaté par la ministre pour annoncer au conseil de surveillance l'augmentation de la dotation de précarité et le lissage des effets du changement de mode de financement de la biologie spécialisée. Il a également indiqué que la spécificité du coût de la vie en Île-de-France sera prise en compte. L'enjeu consiste donc à obtenir la concrétisation des mesures annoncées en matière de rémunération et d'attractivité de l'AP-HP. L'objectif partagé par tous consiste à faire fonctionner les activités de l'AP-HP. Au-delà des questions de rémunération, il est possible d'intervenir sur l'organisation pour pallier le manque de personnel. Il apparaît en effet que des structures qui rencontrent des difficultés de rémunération équivalentes ne subissent pas toutes les mêmes problématiques de fonctionnement. La ministre reconnaît que la tension des métiers et les difficultés spécifiques à la région Île-de-France imposent des mesures, que la direction générale s'efforce de traduire dans le budget 2020. La hausse de la masse salariale permettrait de rattraper certains recrutements qui n'ont pu être réalisés en 2019 et d'appliquer des mesures qui soutiennent l'attractivité de l'AP-HP. D'autres mesures d'ordre général ne concerneront pas que les métiers en tension.

Le directeur général a signalé que la grève du codage était susceptible de générer des difficultés pour le fonctionnement de l'hôpital. Il a entendu le discours consistant à chercher des formes

d'actions qui n'aient pas de répercussion sur les soins, sur la prise en charge et sur la santé publique. Il souligne donc que la grève du codage peut avoir des impacts différés. Aux services d'urgences pédiatriques, elle empêche la remontée de données épidémiologiques. Il invite donc les personnels de ces services à éviter ce mode d'action en période d'hiver notamment, d'autant plus qu'il doute de son efficacité quant à la prise de conscience des difficultés rencontrées par les praticiens.

Le P^r Bernard GRANGER demande au directeur général s'il connaît le coût des mesures annoncées lors du Conseil de Surveillance. Il souligne que pour être efficace, un mouvement social doit être populaire, médiatique et pénalisant. Par conséquent, il se demande quels modes d'actions seraient plus efficaces que ceux qui ont été adoptés, en particulier la grève du codage, et qu'il approuve. La grève des soins répugne aux médecins car elle touche les patients. Néanmoins, ils sont obligés d'y recourir pour obtenir la préservation de l'hôpital public, le maintien d'un accès aux soins suffisant et d'une bonne qualité des soins.

Le directeur général précise que les mesures annoncées consistent en une prime d'engagement pour environ 500 personnels en tension et en un objectif de 1 500 protocoles de coopération avec une prime de 80 €. La direction de l'AP-HP a par ailleurs proposé de dimensionner le dispositif d'intéressement pour qu'il ait un réel impact sur la rémunération. Le projet de plan global de financement pluriannuel (PGFP) qui sera présenté à la CME en décembre reprendra ces éléments. Le dimensionnement d'autres mesures n'est pas indiqué. Quoi qu'il en soit, la direction de l'AP-HP s'efforcera d'éviter que les mesures ayant un impact favorable sur les rémunérations obligent à restreindre les recrutements. Elle pense que ce message sera entendu.

Le directeur général s'interdit de suggérer des modes d'action sociale. Son action consiste à défendre la rémunération des praticiens. Au moment de la grève des urgences, il a expliqué publiquement et à la ministre que ce mouvement était liée à la problématique des rémunérations. La ministre et le Président de la République ont abordé ce sujet. Par conséquent, le rôle du directeur général consiste à obtenir la traduction de ces paroles encourageantes en mesures les mieux à mêmes de répondre aux problèmes des hôpitaux.

- ***Dispositif « zéro brancard » aux urgences***

Le P^r Dominique PATERON souligne que le plan « zéro brancard » vise à traiter la problématique majeure des urgences. Ce plan rencontre néanmoins des difficultés de mise en œuvre liées au contexte général et présente un risque consistant à ne pas répondre totalement aux fortes attentes qui s'expriment. Sa réussite est donc essentielle. Elle passe par une adaptation des capacités d'aval des urgences et des services qui s'en occupent en fonction d'un besoin prévisible, par la signature de contrats d'objectifs et de moyens avec l'ARS et par l'évolution des organisations et de certaines mentalités.

Jérôme MARCHAND-ARVIER rappelle que chaque soir en moyenne, de 70 à 80 patients de l'AP-HP dorment sur un brancard aux urgences faute de place en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou faute de lit d'aval dans les services. Ce sujet récurrent a été remis en avant au moment de la mobilisation des urgences et la gouvernance a proposé l'idée du contrat « zéro brancard » fin juin à l'ARS qui l'a reprise et affichée comme un élément de politique publique. La démarche consiste à effectuer un diagnostic site par site, à contractualiser avec l'ARS pour chacun des sites et groupes hospitaliers et à renforcer les moyens dans une logique de résultat. Les moyens seront confirmés en cas d'atteinte de l'objectif uniquement. La gouvernance du plan

« zéro brancard » comporte, au niveau de l'AP-HP, un comité de pilotage composé de six médecins, deux urgentistes, deux internistes et deux gériatres.

Le premier projet de contrat « zéro brancard » a été établi à l'hôpital Bicêtre parce que son service d'urgences est celui qui rencontre la plus grande problématique en la matière, avec en moyenne dix à vingt patients passant la nuit dans un brancard chaque jour. L'une des actions du contrat conduit à augmenter l'unité de gériatrie aiguë (UGA) de 22 lits car l'analyse conduite avec l'ensemble des services d'aval a montré que c'est cette unité qui présente le plus grand besoin. Le directeur général de l'ARS a confirmé devant le conseil de surveillance que ce contrat serait signé dans les dix prochains jours.

La réussite du dispositif dépendra de l'enjeu général du recrutement. D'ores et déjà, des recrutements de personnel médical et d'aides-soignantes ont été effectués pour les dix premiers lits d'UGA qui doivent ouvrir en novembre. Les recrutements d'infirmières étant plus difficiles à réaliser, le dispositif sera ouvert au départ en recourant à l'intérim long. La réussite du plan « zéro brancard » dépend également de l'engagement collectif de la communauté médicale et non seulement des services d'urgences. Le contrat de l'hôpital Bicêtre représente un enjeu financier de l'ordre de 2 M€ dont 1,5 M€ de dépenses équilibré par des mesures d'activité et 500 000 € constituant une subvention de l'ARS. Le directeur général de l'ARS a indiqué oralement qu'à l'échelle de l'AP-HP, le projet pourrait bénéficier d'un soutien de l'ordre de 10 M€.

Le plan permet par ailleurs d'aborder la question capacitaire de manière pragmatique. Il n'est pas mis en œuvre dans le cadre d'une enveloppe budgétaire fermée mais sera intégré en complément dans la trajectoire de la masse salariale et dans l'évolution capacitaire.

Le D^r Christophe TRIVALLE juge le projet très positif et regrette que le contexte actuel soit très défavorable à sa mise en œuvre. Il sera donc nécessaire d'augmenter la rémunération des infirmières pour pourvoir aux besoins de l'AP-HP et notamment de ses services de gériatrie. Par ailleurs, même si les lits supplémentaires d'UGA permettront de ne plus avoir de patient passant la nuit dans un brancard aux urgences, ces lits devront être alloués à des malades qui rentreront à domicile rapidement pour éviter de saturer l'aval de l'UGA, à savoir les soins de suite et de réadaptation (SSR) de Paul-Brousse dont 45 lits sont actuellement fermés par manque de personnel. La réussite du plan nécessiterait de renforcer également les moyens des SSR de Paul-Brousse.

Le D^r Georges SEBBANE soutient cette position. Si le renforcement des moyens se limite à l'unité de court séjour UGA, il conviendra d'effectuer une sélection stricte des patients admis dans cette structure. Il propose de sortir du dogme conduisant des urgences à l'unité de court séjour de gériatrie et d'orienter les patients concernés vers une unité de soins de suite et de réadaptation. Les soins de longue durée relèvent d'une autre logique.

Le P^r Dominique PATERON reconnaît que la conjoncture est défavorable. La réflexion sur le plan « zéro brancard » a démarré il y a au moins un an et la dégradation de la conjoncture ne doit pas conduire à son abandon, au contraire. Les urgences ne sélectionnent pas les malades. C'est à la filière de s'adapter aux malades qui se présentent. Par conséquent, l'analyse doit porter une attention aussi grande à l'aval de second rang qu'à l'aval de premier rang. Le renforcement des moyens dépendra des besoins de chaque site. Certains d'entre eux n'auront pas besoin de lits d'UGA supplémentaires mais de lits de SRR pour désencombrer les services de malades dont la

présence n'est plus justifiée. Les mesures d'adaptation varieront donc selon les groupes hospitaliers (GH).

Le président ajoute qu'il est essentiel de procéder à une analyse des problématiques site par site. Le plan « zéro lit-brancard » témoigne d'une prise de conscience et sera porteur d'améliorations quel que soit le contexte.

Le directeur général remercie la collégiale des urgentistes pour sa forte implication dans le projet, qui se décline effectivement à partir d'un diagnostic site par site. Dans certains services comme celui de Bicêtre, l'analyse montre que la problématique n'appelle pas seulement un renforcement des moyens mais également une amélioration de l'organisation. Il est donc très positif qu'un tel diagnostic soit partagé par l'ensemble de la chaîne. L'hôpital Bicêtre a été traité en priorité parce que c'est celui qui rencontrait le plus de difficultés. Il convient de poursuivre la dynamique dans les autres GH. Une mission a été confiée au P^r Pierre CARLI pour la mise en place des contrats d'objectifs et de moyens entre l'AP-HP et l'ARS. Le principe de ces contrats consistera à ne maintenir les moyens supplémentaires que si les objectifs sont atteints.

Le D^r Sophie CROZIER s'étonne qu'il soit nécessaire de rappeler la nécessité de prendre en compte l'ensemble de la chaîne de soins dans la réflexion sur l'organisation des services. Elle estime par ailleurs qu'une réflexion par pathologie est préférable à une réflexion par site. Les services de rééducation post-réanimation mis en place relativement récemment n'ont pas vocation à accepter uniquement les malades de leur site. Par ailleurs, la paupérisation des services de gériatrie et de soins de suite résulte du choix consistant à orienter les moyens vers les activités rentables pour l'hôpital. Par conséquent, même si le plan « zéro brancard » est bien pensé, la principale difficulté réside dans le manque d'attractivité de ces services.

Le président confirme que l'analyse des problèmes au niveau local doit tenir compte d'une réflexion par pathologie. La CME alerte les autorités sur la situation des services de gériatrie et des SSR depuis plus de trois ans. La problématique relève également de l'encadrement médical et de l'absence de prévision du nombre de gériatres. Il convient donc de revoir les prévisions de la filière de l'encadrement soignant et de faire appel aux médecins généralistes intéressés par la gériatrie pour pallier le manque de personnel.

Le D^r Sophie CROZIER souhaite s'assurer que le plan « zéro brancard » ne conduira pas à placer les patients dans des lits inadaptés à leur cas.

Le P^r Dominique PATERON estime qu'une sélection stricte des patients à l'entrée des services serait aussi excessive qu'une démarche consistant à orienter les patients en fonction des places disponibles sans tenir compte de la nature de leur pathologie. L'équilibre entre les deux consiste à organiser au sein d'un hôpital des liens entre services sous forme de territoire d'hospitalisation (environ 4-5 par hôpital) regroupant plusieurs services ayant des thématiques complémentaires. Un malade relevant d'un des services pourrait être accepté sur n'importe quel lit vacant, les médecins du service plein vers lequel le malade aurait dû être orienté acceptant d'en assurer le suivi et le rapatriement au sein du service dans les plus brefs délais.

Le D^r Sophie CROZIER souligne que cette démarche requiert l'accord du personnel soignant.

Le président confirme que l'acceptation du dispositif par le personnel médical et paramédical est essentielle. Le médecin qui accepte dans son service un patient d'une autre spécialité que la sienne engage sa responsabilité. Il convient donc d'être très vigilant.

Le P^r Yves COHEN signale que dans son hôpital, l'enjeu n'est pas d'augmenter le nombre de lits mais de rouvrir les lits qui ont été fermés faute de personnel. Trente lits de gériatrie aiguë et de SSR sont fermés et neuf postes de PH sur vingt budgétés sont inoccupés.

Le président estime que l'ampleur de la crise justifie que les services de gériatrie recrutent des médecins généralistes intéressés par la gériatrie. Il convient par ailleurs de cesser d'utiliser le recours aux internes comme unique solution pour faire fonctionner les services car cela serait générateur de risques.

Le président sollicite par ailleurs des explications sur les dysfonctionnements relatifs aux boîtes *mail* des internes.

D^r Laurent TRÉLUYER indique que les comptes des internes devraient être rattachés au bon service ce jour ou le suivant.

M^{me} Isabelle RIOM précise que la problématique ne se limite pas au rattachement des comptes. À chaque changement de GH, le mot de passe des internes est modifié. Par conséquent, ils n'ont plus accès à leur boîte *mail* tant qu'ils n'obtiennent pas leur nouveau mot de passe. Ces changements systématiques de mot de passe paraissent anormaux dans la mesure où les internes à l'AP-HP lui sont rattachés pour trois à cinq ans.

Le président invite la direction des systèmes d'information à résoudre ce problème.

II. Programme de robotique chirurgicale

Le P^r Morgan ROUPRET annonce l'avènement à l'AP-HP d'une plateforme robotique sans commune mesure avec les précédentes réalisations en la matière. L'AP-HP qui possédait jusqu'à présent trois robots Si vient en effet d'acquérir dix robots Xi de dernière génération. Il s'agit d'instruments de miniaturisation et de télémanipulation, qui ne sont donc pas autonomes et nécessitent la présence du chirurgien dans le bloc opératoire ou à la console. La constitution de plateformes chirurgicales de nouvelle génération s'accompagne d'une réflexion autour du soin, de la formation et de la recherche. Elle vise une augmentation de la contractualisation et de la file active de patients sachant que les robots sont polyvalents et ouverts à toutes les disciplines chirurgicales. La contractualisation est importante pour le financement des consommables.

À l'AP-HP, les principaux utilisateurs des robots Xi sont les urologues, qui possèdent une antériorité historique dans le domaine, suivis des gynécologues qui disposent d'une marge de développement importante sachant qu'ils en sont les principaux utilisateurs au niveau mondial. La chirurgie thoracique et la chirurgie digestive connaissent également un essor important. Les GH et les disciplines se sont dotés d'objectifs particuliers en fonction de leur file active de malades, de l'organisation de leur bloc opératoire et de leurs capacités. Ces objectifs n'étant pas atteints par tous, une démarche d'homogénéisation des pratiques est en cours. L'activité s'inscrit en croissance exponentielle.

L'institution s'efforce de montrer la valeur ajoutée de la chirurgie robotique en termes de vitrine vis-à-vis des établissements environnants. La robotique constitue en effet un facteur d'attractivité

pour les chirurgiens et pour les malades. Le groupe d'utilisateurs G10 travaille à la résolution des problématiques de certains sites qui n'atteindront pas leurs objectifs de 2019.

Le D^r Thomas BLANC ajoute que la formation, la pédagogie et l'enseignement constitue un enjeu stratégique à court, moyen et long terme pour l'AP-HP, qui doit se positionner comme un acteur majeur de la chirurgie robotique au niveau national et international, non seulement pour former les internes mais également les chirurgiens d'autres pays. Actuellement, les chirurgiens se forment à la chirurgie robotique sur d'autres sites que ceux de l'AP-HP, notamment le centre de formation de l'IHU de Strasbourg, l'Institut de recherche contre les cancers de l'appareil digestif (IRCAD), créé en 1992. D'autres centres ont été créés dans le monde. Celui de Gand forme de nombreux chirurgiens européens. Le *Stan Institute* en revanche vient de rompre son partenariat avec l'université de Lorraine. À Paris, le Centre du don des corps, *iLumens*, anciennement École européenne de chirurgie, permet de travailler sur des cadavres frais.

Le positionnement de l'AP-HP en tant que centre international de formation à la chirurgie robotique est essentiel compte tenu de l'apparition de nouveaux robots chirurgicaux sur le marché. À terme, chaque spécialité possédera un robot dédié. L'objectif consiste donc à développer une plateforme de chirurgie robotique multidisciplinaire à l'AP-HP.

L'acquisition de 10 robots Xi par l'AP-HP s'accompagne de la formation de 37 chirurgiens au 30 septembre 2019 et de neuf autres d'ici fin 2019, au travers de l'intervention à l'AP-HP de chirurgiens experts en robotique. 80 infirmières de bloc opératoire (IBODE) ont été formées au démarrage de la plateforme et 45 autres l'ont été ensuite. Par ailleurs, chaque établissement a nommé deux référents robotiques qui ont suivi une formation de deux jours à l'IRCAD. Enfin, les pharmaciens ont été formés à la stérilisation au travers de trois sessions par établissement.

À terme, l'AP-HP souhaite créer un diplôme inter-universitaire (DIU) de chirurgie robotique destiné aux chirurgiens, aux IBODE et aux anesthésistes, avec un tronc commun et une formation spécifique à chaque spécialité chirurgicale. Ce projet suppose de mettre en place les moyens de la formation pratique.

Le P^r Morgan ROUPRET précise que l'AP-HP s'est dotée de robots double console, permettant de travailler à deux et offrant des conditions d'apprentissage optimales. Ce choix stratégique majeur permet à l'AP-HP de se distinguer des autres centres de formation. Les simulateurs peuvent également être utilisés pour la formation des internes à la suture chirurgicale ou à la dissection en dehors des interventions.

La robotisation contribue par ailleurs à la recherche clinique grâce à la multiplication du volume de cas opératoires, qui permet la constitution d'une base de données prospectives de qualité et la valorisation de registres chirurgicaux. Les publications s'en trouveront enrichies. La délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) et les utilisateurs ont donc engagé une réflexion pour essayer de valoriser au mieux l'activité sur le plan de la morbidité opératoire. La Pitié Salpêtrière a lancé un programme de chirurgie robotique ambulatoire. Enfin, le CHU procédera à l'évaluation médico-économique et environnementale des plateaux techniques de chirurgie robotique.

Le démarrage de la robotique chirurgicale est donc considéré comme réussi sur le plan clinique. Il apporte de la nouveauté aux parcours des patients dans les blocs opératoires et génère de l'enthousiasme parmi les équipes soignantes. Les enjeux majeurs à relever au niveau institutionnel consistent à structurer les chirurgiens pour la constitution de bases de données et pour la

publication. L'AP-HP pourrait créer des filières de soins et recevoir des patients d'autres GH de France ne possédant pas les mêmes équipements. Enfin, la création d'une future école de chirurgie est en cours de discussion avec les universités.

Le président souligne l'importance des moyens investis pour développer l'utilisation de la technologie la plus moderne et répondre aux attentes des chirurgiens. L'enseignement et la recherche constituent une dimension importante du projet, qui permettra la réalisation d'études multi-centrées, éventuellement indépendantes de la spécialité. En tant que premier CHU d'Europe, l'AP-HP porte une responsabilité majeure dans le domaine de la robotique. Le président se félicite donc de la participation de l'ensemble des GH à cette démarche.

Le P^r Rémi SALOMON note que l'un des principaux intérêts du projet réside dans l'attractivité et l'enseignement. Il sollicite des précisions sur les effets de la robotique sur l'organisation des blocs opératoires et sur la disponibilité du personnel, qui font partie des facteurs d'attractivité.

Le D^r Thomas BLANC explique que le positionnement du chirurgien à la console et non plus auprès du patient a nécessité de former les IBODE, qui jouent un rôle essentiel dans la nouvelle organisation et s'en trouvent valorisés. Le travail avec les anesthésistes de l'hôpital Necker par exemple a par ailleurs permis de diminuer l'âge et le poids des enfants opérés sur le plateau robotisé, en réduisant la dose d'antalgique et le temps d'hospitalisation et en acceptant des cas opératoires de plus en plus complexes. L'organisation globale du bloc opératoire a été adaptée avec l'arrivée du robot et le personnel médical et paramédical a fortement adhéré au projet. Les chirurgiens n'auraient pu lancer les programmes de chirurgie robotique sans ce paramètre.

Le P^r Morgan ROUPRET précise que la robotisation d'une partie de l'activité traditionnelle de laparoscopie conventionnelle avait déjà permis d'entraîner une partie du personnel. Il est par ailleurs essentiel que les internes continuent d'apprendre les techniques opératoires conventionnelles. La revisite des plannings de bloc opératoire à l'occasion de l'arrivée du robot constitue l'un des enjeux majeurs du projet. L'installation du robot génère de la stimulation et de l'émulation parmi le personnel. Il est donc important d'organiser la rotation du personnel qui intervient dans un cadre robotisé.

Le président ajoute que la robotisation continuera de se développer et a vocation à se généraliser. Les machines se miniaturiseront et s'adapteront à chaque spécialité. Pendant la phase d'apprentissage, une opération dans un cadre robotisé peut durer plus longtemps qu'une intervention conventionnelle.

Le directeur général remercie le P^r Morgan ROUPRET et le D^r Thomas BLANC qui consacrent beaucoup de temps à l'animation de ce programme en sus de leur charge habituelle.

III. État des lieux des vacances de postes de personnel non médical et des départs de personnel médical

1. Le personnel non médical (PNM)

M. Pierre-Emmanuel LECERF indique que la nette baisse des effectifs de PNM à fin septembre 2019 se concentre sur trois catégories à savoir les infirmières diplômées d'État (IDE), dont le nombre d'emplois vacants à l'AP-HP est estimé à 500, les IBODE, dont 10 à 11 % des postes sont vacants et les manipulateurs radios, dont la vacance de postes progresse au détriment de l'activité de radiothérapie. Des améliorations sont constatées sur les effectifs d'IADE et de masseurs

kinésithérapeutes. Ces derniers ont progressé de 50 équivalents temps plein (ÉTP) entre juillet et fin septembre essentiellement grâce au contrat d'engagement qui consiste pour l'AP-HP à rémunérer les personnes en formation en échange de leur engagement à servir l'AP-HP pendant plusieurs années.

Les vacances de postes ont un impact sur les fermetures de lits et sur le fonctionnement des blocs opératoires. Les réductions capacitaires subies sont estimées à 430 lits médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) à fin septembre, dont 161 pour l'AP-HP Centre en incluant les lits fermés pour travaux. À fin novembre, ce chiffre a été ramené à 109 dont 17 pour travaux et 92 pour manque de personnel.

À court terme, les cohortes de promotions d'infirmiers devraient peu augmenter alors que le marché est en tension, ce qui implique qu'il sera impossible de pourvoir tous les postes dans les deux ou trois prochaines années. De même, la mesure consistant à augmenter de 250 % les promotions professionnelles de la fonction d'aide-soignant à celle d'IDE n'aura des effets que dans trois ou quatre ans.

À moyen terme, les perspectives sont plus rassurantes. Dans l'attente, il sera difficile de recruter à partir des hôpitaux existants. Il existe en revanche quelques perspectives de recrutement en provenance d'autres pays européens. Par conséquent, l'AP-HP s'est donné pour objectif de porter son taux de recrutement en sortie d'institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) de 40 à 50 %, sachant que les prochaines promotions seront de 1 500 à 1 600 personnes. D'où l'importance des mesures annoncées lors du conseil de surveillance du 18 octobre, notamment en matière de prime ou de contrat d'engagement. Néanmoins, certains candidats préfèrent le contrat à durée déterminée (CDD) à la « stagiarisation » dans la fonction publique pour des raisons salariales.

Par conséquent, en l'absence de levier sur le marché existant, le taux de recrutement de l'AP-HP aux sorties d'Ifsi de février sera déterminant. Il convient également de renforcer la fidélisation au travers des solutions de logement. L'AP-HP a présenté plusieurs mesures visant à augmenter le parc de logements temporaires dont la mise à disposition de 72 logements dans le cadre du dispositif de la mairie de Paris. Les groupes hospitaliers ont également pris des initiatives dans ce domaine. Le principal enjeu en matière de fidélisation consiste à proposer des logements aux personnes qui travaillent depuis déjà un certain temps à l'AP-HP et qui risquent de la quitter à cause d'un temps de transport trop contraignant. L'institution souhaite donc compléter ses 450 attributions annuelles de logement social par une hausse de l'offre de logement intermédiaire, au travers du parc existant et éventuellement en réalisant de nouvelles constructions y compris sur son propre foncier.

Enfin, l'attractivité de l'AP-HP nécessite de renforcer sa communication et sa visibilité sur les réseaux sociaux. La mise en valeur des Ifsi de l'AP-HP dans *Parcousup* a eu des effets très positifs. Les tests de campagne de publicité sur les postes vacants de l'AP-HP sont moins concluants pour certaines catégories. Le plan de communication est donc en cours d'adaptation.

L'attractivité nécessite également d'améliorer l'environnement de travail et le management. C'est l'un des enjeux principaux du plan de transformation de 30 M€ de l'AP-HP. Enfin, il convient de renforcer l'intégration des personnels paramédicaux dans les dispositifs de la recherche paramédicale.

2. Le personnel médical

M. François CRÉMIEUX indique que le nombre d'entrées de médecins à l'AP-HP est inférieur à celui des sorties en nombre de personnes mais supérieur en ETP. En effet, l'AP-HP recrute des médecins à temps plein tandis que les attachés effectuant peu de vacances partent. La situation est néanmoins contrastée selon les spécialités et selon les années. Le nombre d'urgentistes a fortement augmenté entre 2017 et 2019 tandis que le nombre de gériatres a significativement baissé. L'effectifs des anesthésistes est globalement stable mais commence à repartir à la hausse grâce à l'aboutissement de la « filiérisation ». Enfin, le nombre de néonatalogistes s'inscrit en baisse.

Les motifs de départ varient selon les spécialités. Un nombre important d'anesthésistes a quitté l'AP-HP pour des raisons de disponibilité et non de fin d'activité en 2018 et en 2019.

La présentation des mouvements doit être complétée par une étude des motifs d'arrivée et des motifs de départ par discipline et par site, par une analyse de la relation avec le temps de travail clinique disponible et par une analyse de la relation avec les évolutions d'activité.

Le président souligne que la problématique de recrutement touche particulièrement le personnel paramédical mais également certaines disciplines telles que la gériatrie ou la néonatalité. L'AP-HP souffre de la concurrence avec le secteur privé. Les chirurgiens se plaignent principalement de difficultés d'accès aux blocs opératoires et aux plateaux techniques. La rémunération constitue également un critère important pour les jeunes praticiens hospitaliers notamment. L'ambiance dans les services joue elle aussi sur l'attractivité car les médecins confrontés à un conflit préfèrent partir. Les départs d'anesthésistes sont particulièrement problématiques. Afin de faciliter les recrutements, la CME favorise l'ouverture des recrutements « au fil de l'eau ».

La vice-présidente sollicite un bilan des primes d'engagement dans la carrière hospitalière à l'AP-HP et se demande s'il convient de continuer de privilégier cette piste si ce n'est pas elle mais la « filiérisation » qui a permis de relancer la hausse des effectifs d'anesthésistes. La prime d'embauche ne constitue qu'un élément d'attractivité parmi d'autres dont les conditions de travail et le temps de transport.

M. François CRÉMIEUX explique que trois mesures sont nécessaires pour résoudre une pénurie de professionnels de santé. La première consiste à former le bon nombre de professionnels au niveau régional pour éviter que le secteur privé renchérisse les salaires, en tenant compte du fait qu'une part importante des personnes formées à Paris partiront en région. C'est cet objectif que vise la « filiérisation » des anesthésistes. Deuxièmement, il convient pour endiguer la pénurie de mettre en place des dispositifs tels que la prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH). Pour connaître les effets d'une telle mesure, il serait nécessaire de mener une enquête précise sur les motivations des anesthésistes qui restent à l'AP-HP. Enfin, un ensemble de raisons contribuent à l'attractivité de l'AP-HP dont l'ambiance générale de travail et l'accès aux activités de recherche et d'enseignement. Il est donc nécessaire d'agir également sur ce troisième levier.

Le D^r Christophe TRIVALLE juge le bilan présenté désespérant, s'agissant notamment des effectifs d'infirmières. Malgré les moyens mis en œuvre, les besoins et le marché sont tels qu'il semble peu probable que la situation s'améliore.

Le D^r Patrick DASSIER souligne que la PECH, qui s'élève de 10 000 à 30 000 €, est financée par les établissements de santé et non par le ministère, ce qui entraîne un sentiment d'injustice parmi le personnel des spécialités qui ne souhaitent pas la verser. Il signale que les anesthésistes qu'il connaît envisagent de quitter l'AP-HP dès que leur engagement parviendra à son terme. En outre, la féminisation de la profession entraîne une modification du mode d'exercice et les nouveaux diplômés souhaitent davantage travailler à mi-temps, y compris parmi les hommes.

Le P^r Michel PEUCHMAUR sollicite des données sur l'évolution des effectifs de techniciens de laboratoire. Il a par ailleurs constaté que certains jeunes non titulaires de sa spécialité ne souhaitent plus accéder au poste de praticien hospitalier ou de MCU.

M. François CRÉMIEUX observe néanmoins en tant que membre d'une commission de recrutement que les candidats présentent un niveau extrêmement élevé. Les postes hospitalo-universitaires ouverts en 2019 ont été pourvus.

Le P^r Michel PEUCHMAUR précise que certains candidats partent ailleurs.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI ajoute que même si tous les postes sont pourvus par d'excellents candidats, des candidats potentiels ne candidatent pas et certains parmi ceux qui ont été recruté quittent l'AP-HP après deux ou trois ans.

Le président demande à ce que les données concernant les effectifs universitaires soient précisées.

Le P^r Thomas APARICIO relève la hausse des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes et demande s'il est envisageable d'étendre la mesure de financement dont ils bénéficient à d'autres spécialités, notamment la radiologie.

M. Pierre-Emmanuel LECERF indique que cette mesure a été étendue en septembre 2018 à la promotion qui a intégré l'institut de formation de l'AP-HP.

Le P^r Bernard GRANGER souligne que le déplafonnement des heures supplémentaires a contribué à l'attractivité de l'AP-HP vis-à-vis des masseurs kinésithérapeutes et souhaite que cette mesure soit reconduite en 2020.

Le président ajoute que les IBODE demandent également le déplafonnement des heures supplémentaires et observe que cette mesure coûterait beaucoup moins cher que le recours à l'intérim.

Le P^r Bernard GRANGER constate une importante disparité entre le nombre de personnes travaillant à l'AP-HP et les quelques centaines de logements attribués. Les pistes évoquées paraissent donc très insuffisantes par rapport aux besoins. Il demande donc si à l'approche des élections municipales, il est possible d'obtenir que le personnel de l'AP-HP soit favorisé dans l'obtention d'un logement sur les communes où il travaille. Une politique de logement plus ambitieuse semble nécessaire pour limiter la contrainte du temps de transport. Enfin, le P^r Bernard Granger sollicite des précisions sur les conséquences budgétaires des vacances de postes en termes de dépenses de personnel et de recettes non réalisées.

M. Pierre-Emmanuel LECERF précise que l'AP-HP émet chaque année 1 800 propositions de logement et attribue 400 à 450 logements, ce qui témoigne d'un taux de refus élevé. Le nombre

d'attributions devrait néanmoins progresser de 40 à 50 entre 2018 et 2019. Quoi qu'il en soit, il est nécessaire d'agir sur le taux de refus. Par ailleurs, le dispositif des 500 logements de la Ville de Paris a fortement progressé. Des initiatives sont également prises avec les arrondissements parisiens pour développer l'offre de logement intermédiaire. À court terme, l'augmentation des attributions et les logements temporaires permettront d'attribuer de 100 à 150 logements supplémentaires chaque année.

Hors grève du codage, l'impact des vacances de postes est estimé à 30 M€ sur la cible de recettes. L'essentiel du retrait est porté par les fermetures de lit en aval des urgences, avec une perte de séjours estimée à 12 M€, par la radiothérapie avec 6 000 séances en moins et par la chirurgie avec la perte de 1 000 séjours malgré la poursuite de la progression importante de la chirurgie ambulatoire.

L'enveloppe de masse salariale du personnel permanent devrait être sous-exécutée d'un peu plus de 10 M€ en fin d'année. En revanche, les GH ont activé les heures supplémentaires, dont le budget s'élève à 7 millions d'euros et le recours à l'intérim a fortement augmenté. L'un des enjeux de 2020 consiste à réduire les dépenses de remplacement et à répondre aux besoins avec du personnel permanent.

M^{me} Sophie GUILLAUME souhaite que les sages-femmes figurent dans les tableaux d'effectifs. Les gynéco-obstétriciens, en association avec d'autres sociétés savantes de périnatalogie ont œuvré pour définir des effectifs adéquats et les maternités de l'AP-HP sont sous tension. Elle demande par ailleurs si des postes de MCU sont prévus en année type suite à la création de la CME 90. Elle signale par ailleurs que la révision des autorisations d'exercer les activités d'obstétrique et de réanimation néonatale s'achève dans de mauvaises conditions puisque les urgences gynéco-obstétriques ne sont pas incluses dans le processus.

Le président indique que l'administration tiendra compte de cette remarque.

Le P^r Sadek BELOUCIF juge catastrophique que sept universitaires d'anesthésie-réanimation aient quitté l'AP-HP en dix-huit mois, ces départs représentant près de 20 % du nombre total des PU de cette spécialité à l'AP-HP, sachant par ailleurs qu'elle est l'une des moins « universitarisée ». À l'échelle nationale, la France possède un anesthésiste pour trois chirurgiens. À l'AP-HP, ce ratio tombe à un pour près de six. Le recours massif à l'intérim qui résulte du déficit d'anesthésistes et d'universitaires entraîne une nette baisse de la qualité sous l'effet du morcellement du travail et de la perte du sens de la collectivité. En outre, les médecins intérimaires contribuent beaucoup moins que les universitaires à la formation des internes, ce qui entraîne leur désengagement. Enfin, le niveau élevé du *turn over* entraîne un important besoin de postes d'assistants de chef de clinique pour l'encadrement des plus jeunes.

Le président ajoute que la difficulté d'accès aux plateaux techniques accroît le *turn over* des jeunes chirurgiens et le délai d'attente des patients. Le président sollicite un bilan précis des délais d'attente en chirurgie et une étude comparative de cet indicateur par service. Il convient peut-être de réallouer les moyens entre les services.

Le D^r Alain FAYE encourage la direction générale à étendre les mesures prises pour compenser l'écart de coût de la vie entre Paris et la province. Il signale qu'en 2019, l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) a subi le départ d'onze chirurgiens universitaires ou hospitaliers.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI sollicite des précisions sur le retour des personnes mise en disponibilité. Il observe que le nombre de disciplines enregistrant des demandes de mise en disponibilité semble s'accroître. Par ailleurs, il suggère de valoriser le personnel médical et non médical qui ne possède pas de fonction universitaire mais qui s'investit dans la recherche et dans l'enseignement.

Le directeur général indique que c'est dans cet esprit que l'AP-HP a commencé à rémunérer en 2019 le tutorat exercé par des soignants auprès d'élèves soignants. Cette mesure s'applique dans un premier temps aux services de radiologie et aux blocs opératoires. Son extension sera discutée à l'issue du premier bilan.

M^{me} Isabelle RIOM souligne qu'au-delà de la rémunération, l'attractivité de l'AP-HP dépend également du statut de PH, dont il conviendrait d'étudier s'il répond aux besoins, et de la possibilité de contribuer à la recherche, à l'enseignement et à la santé publique. Par ailleurs, les internes qui arrivent en Île-de-France rencontrent d'importantes difficultés de logement, l'offre de la cité universitaire qui leur est réservée se limitant à vingt chambres.

Le président signale que la décision attendue fin novembre concernant le projet de statut unique sans concours a été reportée au mois de janvier.

Le P^r Rémi SALOMON estime qu'il conviendrait d'évaluer le poids des différents facteurs de l'attractivité de l'AP-HP vis-à-vis du personnel médical et non médical, à savoir la rémunération, le statut, le logement, la qualité de vie au travail, le management mais également les horaires. Il serait intéressant d'étendre cette étude aux étudiants pour mieux connaître leurs attentes.

Le P^r Rémy NIZARD souligne que les personnes qui quittent l'AP-HP sont des professionnels expérimentés tandis que leurs remplaçants doivent être formés. La perte d'expertise liée à ces départs est inestimable et vaut tant pour le personnel médical que pour le personnel paramédical.

M. François CRÉMIEUX précise que la moyenne d'âge des personnes mises en disponibilité s'élève à 45 ans, tandis que la moyenne d'âge des nouveaux entrants est de 30 ans. Par conséquent, certaines disciplines ne cessent de rajeunir. Il est possible de quantifier les pertes de recettes liées au remplacement d'un chirurgien expérimenté par un jeune qui devra être formé. Cette étude mérite d'être menée car le surcoût lié à ce phénomène fait partie des arguments à exposer à la tutelle.

Le président ajoute que certains pays tels que la Suisse attirent les professionnels expérimentés dont la formation a été financée par la France.

Le P^r Sadek BELOUCIF souligne que ce phénomène résulte de la mondialisation qui permet par ailleurs à l'AP-HP de recruter du personnel des pays d'Europe de l'Est.

IV. Bilan du programme d'action pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU)

Le président remercie le P^r Christian RICHARD, le D^r Christine MANGIN et M^{me} Christine GUÉRI pour leur implication sur ce dossier.

Le P^r Christian RICHARD rappelle qu'en début de mandature, une grande partie des membres de la CME étaient dubitatifs quant au caractère collectif et collégial de l'approche de la qualité et de la sécurité des soins. C'est pourquoi il a paru nécessaire de mener une réflexion sur ce sujet. La

qualité et la sécurité des soins constituent une mission commune partagée par le président de la CME et le directeur général. Ce point ne devra pas être négligé par la prochaine mandature. Il est en effet souhaitable que le portage de cette activité soit véritablement partagé par la direction générale et par la CME, sachant que deux commissions sont chargées de ce sujet à savoir la cellule QSS & CAPCU et le comité du management de la qualité. L'objectif consiste à rassembler ces deux instances sous une co-direction et à installer ainsi un modèle comparable à celui de chaque GH. Au niveau hospitalier, le relais pourra être assuré par le représentant de site et par les référents des services.

En matière d'infections nosocomiales, la réflexion porte sur la maîtrise de la diffusion des bactéries hautement résistantes. Dans ce domaine, l'AP-HP s'inscrit en première ligne au niveau national. Le plan antibiotique a permis des progrès importants, en particulier grâce à ORBIS, dont l'alerte incitant à réévaluer les antibiotiques à 48 heures a conduit à l'arrêt de l'antibiothérapie dans 21 % des cas.

La sécurité des soins nécessite l'implication de l'ensemble du personnel, notamment au travers de la vaccination antigrippale malgré l'absence d'une référence réglementaire. Le personnel est également impliqué dans l'alerte sanitaire, qui permet de recueillir des informations importantes tant dans le domaine du médicament que dans celui de l'épidémiologie. Il convient par ailleurs de développer la maîtrise des risques liés aux médicaments et aux dispositifs médicaux en anticipant le décret sur les dispositifs qui doit paraître fin 2019.

L'AP-HP a mené un travail sur la qualité et la sécurité des soins autour du SAMU avec la création d'un centre de formation et la définition d'indicateurs d'activité et de qualité de la réponse.

Les événements indésirables graves déclarés par l'AP-HP augmentent chaque année et représentaient 48 % des signalements sanitaires de l'ARS d'Île-de-France en 2018. Il est donc nécessaire de renforcer la responsabilité collective dans ce domaine également. Les actions de sécurité menées en 2019 concernent notamment la gestion des dispositifs de monitoring cardio-vasculaire et la prévention du feu au bloc opératoire. Par ailleurs, l'AP-HP a développé une démarche d'identito-vigilance avec le lancement d'une carte d'identification du patient et le renforcement de la formation à ce dispositif.

Parallèlement, l'AP-HP participe à la recherche clinique et à l'évaluation, par exemple dans le cadre des travaux conduits par le P^r Gérard RÉACH sur le label hospitalité. L'AP-HP est également cosignataire de publications en partenariat avec différentes unités de recherche en santé publique et en sciences humaines, concernant notamment l'implication des usagers dans l'évaluation de la sécurité des soins.

Enfin, chaque domaine de la qualité et de la sécurité des soins est présenté sur le site internet de l'AP-HP, à la page du département du management de la qualité, des risques et des crises.

Le président remercie la commission QSS & CAPCU pour son travail discret mais indispensable, qu'il convient impérativement de poursuivre. Il souhaite donc que la future CME s'en empare.

Le D^r Guy BENOÎT observe que le décret sur les dispositifs médicaux n'apportera presque aucune nouveauté par rapport à la législation sur la traçabilité en vigueur depuis dix ans. L'AP-HP a des progrès à réaliser en la matière puisqu'elle ne possède toujours pas de logiciel pour assurer la traçabilité des risques.

Le président ajoute qu'au-delà du problème de sécurité, le défaut de traçabilité entraîne des pertes financières. Il devient donc urgent de faire aboutir les travaux informatiques et de sensibiliser les équipes.

Le D^r Alain FAYE se félicite de l'augmentation de la déclaration des événements indésirables et de l'amélioration du contrôle des infections nosocomiales, la qualité et la sécurité des soins faisant partie des missions du président de la CME. Il convient par ailleurs de permettre à la direction des affaires juridiques (DAJ) d'apporter des preuves que l'AP-HP fait son maximum pour lutter contre les infections nosocomiales et pour éviter les événements indésirables graves. L'AP-HP étant son propre assureur, l'enjeu est également financier.

Le président ajoute que la qualité et la sécurité des soins relèvent de la co-responsabilité de la direction générale et de la CME. C'est pourquoi la commission QSS & CAPCU est fondamentale.

V. Approbation des comptes rendus des CME des 9 juillet, 10 septembre et 8 octobre 2019

Les procès-verbaux comportant trop d'erreurs et n'ayant pas été transmis au préalable aux membres de la CME pour relecture, leur approbation est reportée à la CME du 3 décembre.

VI. Questions diverses

La vice-présidente signale que la réforme du droit d'asile a porté le délai de carence pour obtenir la couverture de la sécurité sociale à trois mois. La réforme de l'aide médicale d'État (AME), en créant une demande d'autorisation de la sécurité sociale pour certains soins, devrait toucher fortement l'AP-HP sur le plan financier. Il convient d'attirer l'attention des tutelles sur ce problème spécifique aux hôpitaux publics.

Le directeur général indique qu'il l'a fait.

Le D^r Christophe TRIVALLE note que la question diverse qu'il avait adressée au sujet de *Chronos* n'a pas été inscrite à l'ordre du jour et suppose que cette question a été considérée comme purement administrative. Il conviendra néanmoins que la nouvelle mandature de la CME demande une présentation du logiciel *Chronos*.

Le président approuve cette suggestion.

Le D^r Patrick DASSIER signale le cas d'un contractuel qui va devenir CCA et à qui l'administration indique qu'il perdra certainement ses dix-sept jours de compte épargne temps (CET). Il souhaite que cette situation soit revue et que la personne récupère ses jours de CET ou obtienne leur paiement, ce cas n'étant pas prévu par les textes.

Le président soutient cette demande.