COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE

DU MARDI 6 FÉVRIER 2018

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE

DU MARDI 6 MARS 2018

SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME 7

II. Identitovigilance : bilan et perspectives 11

III. Rapport de la Cour des comptes sur le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale 13

IV. Bilan des conférences stratégiques et budgétaires : partie stratégique 14

V. Point sur la démarche stratégique dite *« oikéiosis »* 16

VI. Démarche « adéquation capacités, personnels, activités » 19

VII. Questions diverses 21

VIII. Approbation du compte rendu de la CME du 9 janvier 2018 23

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (Pr Noël GARABÉDIAN)

2. Identitovigilance : bilan et perspectives (Pr Béatrice CRICKX et Mme Marie GUERRIER)

3. Rapport de la Cour des comptes sur le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale (Mme Christine WELTY)

4. Bilan des conférences stratégiques et budgétaires : partie stratégique

(Mme Christine WELTY)

5. Point sur la démarche stratégique dite « *oikéiosis* » (M. Martin HIRSCH)

6. Démarche « adéquation capacités, personnels, activités » (MM. Jérôme MARCHAND-ARVIER et Benjamin GAREL)

7. Questions diverses

8. Approbation du compte rendu de la CME du 9 janvier 2018

SÉANCES RESTREINTES

Composition C

- Avis sur une proposition d'engagement de procédure disciplinaire à l'encontre d'un praticien hospitalier temps plein

Composition A

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR d'un PU-PH

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix délibérative :***

- Mme le Pr Nelly ACHOUR
- M. le Pr Yves AIGRAIN
- M. le Pr Jean-Yves ARTIGOU
- M. le Pr Thierry BÉGUÉ
- M. le Pr Sadek BELOUCIF
- M. Guy BENOÎT
- M. le Pr Olivier BENVENISTE
- Mme le Dr Catherine BERNARD
- Mme le Pr Catherine BOILEAU
- Mme le Dr Marie BORNES
- Mme le Dr Clara BOUCHÉ
- Mme le Dr Anne-Reine BUISINE
- M. le Pr Pierre CARLI
- M. le Pr Stanislas CHAUSSADE
- M. le Pr Gérard CHÉRON
- M. le Pr Yves COHEN
- M. le Pr Philippe CORNU
- M. le Dr Rémy COUDERC
- M. le Pr Bruno CRESTANI
- Mme le Dr Sophie CROZIER MORTREUX
- Mme le Dr Nathalie DE CASTRO
- M. le Dr Michel DRU
- M. le Pr Jacques DURANTEAU
- M. le Dr Alain FAYE
- Mme le Pr Marysette FOLLIGUET
- M. le Pr Noël GARABÉDIAN
- Mme le Pr Pascale GAUSSEM
- Mme le Dr Anne GERVAIS
- M. le Pr Bernard GRANGER
- M. le Pr Olivier HÉLÉNON
- Mme le Pr Dominique ISRAËL-BIET
- M. le Pr Michel LEJOYEUX
- M. le Pr Paul LEGMANN
- Mme le Pr Ariane MALLAT
- M. le Pr Laurent MANDELBROT
- Mme le Dr Véronique MOLINA
- Mme le Dr Lucile MUSSET
- M. le Dr Jean-Marc NACCACHE
- Mme le Dr Isabelle NÈGRE
- M. le Pr Rémy NIZARD
- Mme le Dr Valérie PÉRUT
- M. le Pr Michel PEUCHMAUR
- M. le Pr Dominique PRIÉ
- M. le Pr Christian RICHARD
- M. le Dr Frédéric RILLIARD
- Mme Isabelle RIOM
- M. le Pr Rémi SALOMON
- M. le Dr Thomas SCHOUMAN
- M. le Pr Éric THERVET
- M. le Pr Nicolas THIOUNN
- M. le Dr Phanarom THONG
- M. le Dr Denis TIXIER
- M. le Pr Jean-Marc TRÉLUYER
- M. le Dr Christophe TRIVALLE
- M. le Pr Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***

  - M. Martin HIRSCH, directeur général
  - M. le Pr Bruno RIOU, président de la conférence des doyens d'Île-de-France
  - M. le Pr Louis MAMAN, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris-Descartes
  - M. le Pr Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
  - M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
  - M. Yann FLÉCHER, représentant du comité technique d'établissement central
  - M. le Pr Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
  - Mme Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

  - M. le Pr Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
  - M. le Pr Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
  - Mme le Dr Lynda BENSEFA-COLAS, médecin coordonnateur du service central de santé au travail de l'AP-HP
  - Mme Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
  - Mme Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

  - M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
  - Mme Sophie BENTÉGEAT, directrice des patients, usagers et associations
  - M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
  - M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
  - Mme Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
  - Mme Florence VÉBER, déléguée aux relations internationales
  - Mme Suzanne VON COESTER, directrice des affaires juridiques
  - Mme Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
  - Mmes Hélène OPPETIT et Gwenn PICHON-NAUDÉ (DOMU)

- ***représentant de l'ARSIF :***

  - M. le Dr Pierre FOUCAUD

- ***Membres excusés :***

Mmes et MM. les D^{rs} et P^{rs} René ADAM, Alexandre ALLERA, Joël ANKRI, Philippe ARNAUD, Francis BONNET, Jean-Claude CAREL, Christophe CELLIER, Françoise BOTTEREL CHARTIER, Nicolas DANTCHEV, Arthur DAUPHIN, Patrick DASSIER, Laurent GILLARDIN, François GOFFINET, Philippe GRENIER, Bertrand GUIDET, Christian GUY-COICHARD, Olivier HENRY, Antoine PELHUCHE, Patrick PELLOUX, Élisabeth PORSMOGUER, Bruno RIOU, Namik TARIGHT, Phanarom THONG et Noël ZAHR.

- Mmes Caroline RAQUIN et Sophie GUILLAUME, M. Arthur DAUPHIN, Jean-Vincent LAQUA et Jean-Eudes FONTAN.

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

I. Informations du président de la CME

Le président rend hommage au Pr Alain RAHMOUNI, radiologue, chef du service d'imagerie médicale et chef du pôle fonction et imagerie à l'hôpital Henri-Mondor, précurseur dans l'imagerie par résonnance magnétique, décédé le 26 janvier à l'âge de 60 ans.

Le Pr Ariane MALLAT rend hommage au Pr Alain RAHMOUNI scientifique et médecin exceptionnel qui soignait l'excellence en recherche et en innovation et avait à cœur de mettre l'ensemble de ces activités au centre de toute son équipe. Chef de pôle depuis huit ans, il était un meneur, une personne charismatique, très engagée et généreuse. Il privilégiait la transmission aux plus jeunes ; il a construit une équipe solide, soudée et engagée à son image.

Le directeur général témoigne du choc constitué par la disparition brutale du Pr Alain RAHMOUNI. Il était un chef de service et de pôle qui défendait ses équipes et ses ambitions au bon sens du terme. Il s'est en particulier impliqué dans l'équipement et la modernisation de son service pour en faire un des remarquables services de radiologie de l'AP-HP. Il s'associe aux hommages rendus par le président de la CME et par la présidente de la CMEL.

Le Pr Paul LEGMANN fait part de l'émotion de la communauté médicale. Le Pr Alain RAHMOUNI était un collègue remarquable qui avait réussi à établir des liens forts scientifiques et amicaux entre l'imagerie conventionnelle et les autres disciplines du pôle comme la médecine nucléaire et les explorations fonctionnelles. Il avait développé à l'hôpital Henri-Mondor un projet exceptionnel dans le domaine de l'oncologie avec l'installation d'un appareil de tomographie par émission de positons et imagerie par résonnance magnétique (TEP-IRM) permettant de réaliser des explorations de très haut niveau. Le Pr Paul LEGMANN donne lecture d'un texte du Pr Olivier HÉLÉNON, président de la collégiale des radiologues de l'AP-HP.

Une minute de silence est respectée.

Nominations

Le Pr Christophe CELLIER vient d'être nommé chef de pôle à titre provisoire du pôle cancérologie et spécialités du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris-Ouest* (HUPO). Son siège à la CME restera vacant pendant ses fonctions provisoires de chef de pôle. S'il devient chef de pôle à titre définitif, il sera alors remplacé par son suppléant.

Le Pr Joël ANKRI a été nommé membre du directoire de l'AP-HP en replacement du Pr Ariane MALLAT dont le mandat était arrivé à échéance.

Comité d'orientation de la démarche éthique

Le comité d'orientation de la démarche éthique au sein duquel le Dr Sophie CROZIER représente le président de la CME vient de définir une feuille de route autour de trois axes :

- éthique du soin ;
- éthique de la recherche ;
- éthique dans les organisations et le management.

Une semaine de l'éthique sera organisée du 19 au 24 mars.

Coopérations

Le Dr Anne GERVAIS représentera la CME au comité de suivi des coopérations avec les centres de santé que le directeur général vient de mettre en place. Ces coopérations vont prendre une importance croissante dans le cadre de l'ouverture de l'hôpital sur la ville.

Groupe des internes

Le Pr Jean-Yves ARTIGOU, président du comité des internes, mènera une réflexion sur les internes en difficulté en réactivant le groupe qui y travaillait déjà sous la précédente CME. Les représentants des internes et des chefs de clinique participeront à cette réflexion, de même que la sous-commission *Vie hospitalière*, la médecine du travail et le médiateur de l'AP-HP, le Pr HERSON. Le Dr Donata MARRA, psychiatre à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, qui s'est particulièrement intéressée à ce sujet et doit remettre un rapport à la ministre de la Santé, sera invitée.

Directoire du 30 janvier 2018

Il s'est penché sur 3 sujets :

- le projet pour la nouvelle école de chirurgie. Elle intègrera une école des métiers du bloc opératoire et des techniques interventionnelles. Elle sera installée dans le bâtiment LERICHE de l'ancien hôpital BROUSSAIS. À ce stade, il convient de préciser les surfaces utiles et de chiffrer les travaux et équipements nécessaires ;
- les conventions d'association entre le GH *Hôpitaux universitaires Paris Île-de-France* et les groupements hospitaliers de territoire (GHT) « Hauts-de-Seine centre » et « Yvelines sud » ;
- la 3e décision modificative et les dernières prévisions d'atterrissage pour l'exercice 2017. La révision des effectifs des praticiens hospitaliers risque d'être plus difficile que cette année. Une réflexion doit être engagée sur les moyens des centres de référence des maladies rares.

Politique du médicament et des dispositifs médicaux ()

Malgré la stagnation de l'activité en 2007, les dépenses de médicaments ont augmenté de façon importante. En vue d'identifier les possibilités de diminution des dépenses, le directeur général a rencontré la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS) accompagné du Pr Olivier BENVENISTE. Ils feront des propositions à la CME du 6 mars.

Formation au management

En application du plan dit « ressources humaines – personnel médical » (RHPM), la DOMU et le département du développement professionnel continu médical (DPC) organisent deux sessions de formation à l'attention des nouveaux responsables de structures internes, les 3 avril et 7 juin 2018. Le président encourage vivement les nouveaux chefs de service et d'unités fonctionnelles à participer à ces formations.

Séminaire des GHT d'Île-de-France

Le 1er séminaire rassemblant l'ensemble des directeurs et présidents de CME des 15 GHT et des GH de l'AP-HP de la région a été organisé le 31 janvier avec la participation de la section

francilienne de la fédération hospitalière de France (FHF) et l'AP-HP. Le président insiste sur l'importance de saisir l'opportunité de la nouvelle organisation territoriale pour assurer la gradation des soins entre les centres hospitaliers et le CHU.

Informations du directeur général

Le directeur général revient sur les prévisions de fin de clôture des comptes de l'année 2017. Si la situation connue à la fin décembre plaçait le déficit de l'AP-HP aux alentours de 175 M€ pour l'exercice 2017, celui-ci devrait cependant dépasser les 200 M€ en raison d'une conjonction de facteurs. Le rattrapage d'activité espéré en fin d'année n'a pas eu lieu, ainsi l'activité 2017 se retrouve étale en comparaison de l'exercice 2016, alors qu'une baisse des tarifs engendre une diminution des recettes. Cependant, ce constat est à rapprocher d'une dynamique des dépenses de médicaments anormalement forte par rapport à l'activité, avec un écart significatif de plusieurs dizaines de millions d'euros. Enfin, on note une augmentation sensible de la masse salariale par rapport à l'activité.

Cette situation est atypique en tendance et en prévisions par rapport aux exercices précédents, car l'AP-HP respectait toujours ses prévisions d'activité et les charges, ce qui n'est pas le cas pour 2017. De plus, certains groupes hospitaliers présentent une activité en baisse, alors que leurs charges continuent de progresser. Ces établissements nécessiteront un effort particulier de cadrage budgétaire dans le cadre du dialogue de gestion interne à l'AP-HP.

La situation observée en 2017 ne peut pas se reproduire en 2018. L'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) sont en effet conditionnels et l'aggravation du déficit en 2017 va conduire à des efforts budgétaires supplémentaires pour éviter toute dérive irrattrapable en fin d'exercice.

Un certain nombre de mesures sont nécessaires. Ainsi, la COMÉDIMS aura pour tâche d'identifier des pistes d'économies à la fois pour les médicaments et les dispositifs médicaux. L'AP-HP devra en particulier appliquer une politique plus restrictive en réduisant, notamment, les fortes différences entre établissements dans l'utilisation de bio-similaires. Il n'est pas acceptable que certains hôpitaux se limitent à 20 % de prescriptions de bio-similaires, alors que d'autres atteignent un taux de 80 %. L'AP-HP va donc être conduite à une approche directive en la matière en limitant l'accès à certains médicaments. Ces efforts permettront d'éviter de faire de la masse salariale l'unique variable d'ajustement budgétaire.

Concernant les charges de personnel, l'AP-HP sera probablement conduite à geler un certain nombre de recrutements qui ne seront concrétisés que si les autres postes de dépenses sont tenus conformément aux prévisions. Ces gels de postes se transformeront le cas échéant en annulations pour éviter une reproduction de la situation observée en 2017.

Le directeur général partage avec le président de la CME ses préoccupations de mettre en place les mesures envisagées avec le plus d'intelligence possible.

Les objectifs consistent à préserver les conditions de prise en charge des patients tout en poursuivant les efforts d'investissement. C'est la raison pour laquelle il vient d'annoncer la vente et le déménagement du siège.

Les efforts budgétaires ne doivent en outre pas ralentir les volontés de transformation et d'investissements. Il convient cependant de conserver à l'esprit que ces mesures ne pourront pas être financées à crédit.

Le président insiste sur le caractère préoccupant de la situation actuelle et fait part de sa vive inquiétude devant une conjonction de facteurs sur lesquels les équipes de soins n'ont pas de prise, comme la baisse des tarifs ou encore les problèmes de facturation et de recouvrement des dépenses. Tous les CHU sont confrontés à ces difficultés, mais l'AP-HP compte parmi ceux ayant enregistré la plus forte baisse de recettes. Il s'étonne que la stagnation de l'activité puisse s'accompagner de l'allongement des files d'attente dans certains services, notamment de chirurgie, et souhaite une analyse approfondie des raisons de l'évolution constatée. Il estime que les travaux stratégiques engagés sous le nom d' « *oikeiosis* » constituent une démarche importante dans laquelle la communauté médicale doit s'impliquer.

Le Dr Nathalie DE CASTRO souhaite savoir si une analyse plus systémique des causes du déficit sera réalisée. Elle estime en effet que l'AP-HP ne parviendra pas à éviter la reproduction d'une situation comparable à celle de 2017 sans un travail sur les causes structurelles.

Le directeur général confirme qu'un travail plus précis sur l'analyse des causes sera effectué. Il a toutefois souhaité orienter son discours autour de mesures efficaces rapidement, comme la maîtrise des prescriptions de médicaments. Il faut également tenir compte d'un certain nombre de dépenses conjoncturelles. Ainsi, à la suite des attentats, l'AP-HP a dû engager 10 M€ supplémentaires en frais de sécurité en 2017. Il convient également de réfléchir à une amélioration de l'organisation de l'AP-HP et la réintégration de certaines filières. Il est en revanche plus difficile de documenter les causes du déficit liées à l'activité au niveau global de l'AP-HP.

M. Guy BENOÎT souligne que les hôpitaux de l'AP-HP ont fourni au cours des dernières années de gros efforts de réorganisation, notamment avec la mise en place des groupes hospitaliers. Il s'interroge sur ce qui n'a pas fonctionné dans les mesures mises en œuvre.

Le directeur général fait observer que les mauvais résultats de l'exercice 2017 ne doivent pas masquer ce qui fonctionne au sein de l'AP-HP. En revanche, les mesures de maîtrise budgétaire ne sont pas suffisamment rigoureuses en comparaison d'autres établissements. Si l'AP-HP a maintenu ses effectifs au cours des dernières années, d'autres CHU ont procédé à des réductions d'effectifs, y compris avec une tendance d'activité comparable à celle de l'AP-HP. Il convient d'identifier les secteurs sur lesquels concentrer les efforts pour privilégier le personnel au lit du malade. La révision des effectifs s'est bien déroulée, mais le directeur général souligne que l'AP-HP est le seul CHU dont les effectifs médicaux progressent d'année en année. Un autre sujet de préoccupation porte sur la prise en charge administrative des patients qui engendre actuellement des pertes de recettes pour l'AP-HP. La mise en place du projet de gestion administrative des malades (GAM) a notamment été confrontée à un certain nombre de difficultés à l'hôpital Saint-Antoine et a grevé les résultats.

Le directeur général fait part du départ de la directrice générale adjointe, Mme Catherine SUEUR pour convenances personnelles. Elle ne sera pas remplacée dans un premier temps, sachant que le poste de secrétaire général est occupé depuis octobre 2017 par M. Jérôme MARCHAND-ARVIER.

II. Identitovigilance : bilan et perspectives

Le Pr Béatrice CRICKX présente le travail de la commission centrale d'identitovigilance présidée par M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, qui fournit un important travail.

Le système d'identification unique est en cours de mise en place. Près de 300 000 doublons ont été identifiés. L'évaluation de la qualité du système d'identification unique dans chaque groupe hospitalier est très importante pour suivre le taux de doublons et essayer d'aboutir à des identités réellement confirmées.

Actuellement un tiers des patients enregistrés à l'AP-HP ont une identité confirmée. **Le Pr Béatrice CRICKX** insiste sur les conséquences des erreurs d'identification qui concernent tous les actes de soins. Ces erreurs peuvent porter sur les enregistrements, avec plusieurs identités pour un même patient (doublons), mais également l'attribution d'un même identifiant à plusieurs patients (collision). Dans ce dernier cas, les conséquences sont lourdes, car elles peuvent engendrer l'indisponibilité de données pour le suivi d'un patient ou l'attribution de données erronées sur un dossier.

Les exemples d'erreurs d'identitovigilance présentés prouvent que la vérification d'identité doit être effectuée à toutes les étapes du parcours patient par l'ensemble des professionnels. La confirmation des identités est un impératif pour tous les acteurs, y compris les médecins et les patients. Elle est assurée par la simple présentation d'une pièce d'identité.

La commission a travaillé activement sur la communication et la formation autour de ces sujets. 2 000 personnes ont ainsi été formées à l'identitovigilance en 2017, mais ces actions de formation ont davantage touché les personnels administratifs que le corps médical. M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER vient en outre d'adresser un courrier à la direction achats pour demander que tous les supports (chariots, piluliers, etc.) puissent recevoir une étiquette conforme dans tous les traits d'identification d'un patient.

Le Pr Béatrice CRICKX insiste sur la nécessité de renforcer la confidentialité dans l'utilisation du dossier médical partagé. Il convient de rappeler au personnel les obligations liées au secret médical et les sanctions applicables en cas de non-respect. La commission travaille sur ce sujet avec le prestataire *AGFA* et une commission a été mise en place pour les habilitations à l'enregistrement des identités.

Le Pr Béatrice CRICKX conclut en insistant sur l'implication du terrain et notamment des médecins en formation dans la vérification des identités et sur la nécessité de faire redescendre sur le terrain les enjeux du respect de la confidentialité dans l'utilisation des dossiers.

Le président souligne que la vérification des identités doit être la préoccupation de tous. Il appelle ses collègues médecins à la vigilance sur ce point en insistant sur les conséquences parfois dramatiques des erreurs d'identification.

Le Dr Christophe TRIVALLE signale que son hôpital est en train d'installer ORBIS soins et les personnels ne sont pas forcément informés des règles applicables et des risques encourus à consulter des données qui ne sont pas nécessaires dans l'exercice professionnel.

Le Dr Laurent TRÉLUYER fait observer que le volet médical d'ORBIS est protégé et seule l'équipe de soins y a accès. Une partie administrative comprend un certain nombre de données relatives à

l'identité, à des fins d'identitovigilance. Parmi ces éléments, la liste des unités fonctionnelles (UF) où les personnes ont été prises en charge peut poser des problèmes de confidentialité. Il convient de trouver un juste équilibre entre les impératifs d'identitovigilance et le respect de la confidentialité.

Le Pr Catherine BOILEAU souligne que la génétique a beaucoup progressé et est désormais utilisée au quotidien. Cette discipline entre cependant dans le champ des lois de bioéthique, exigeant la confidentialité totale des résultats ne devant être communiqués qu'au médecin prescripteur. Le dispositif actuel n'offre pas la certitude d'une confidentialité totale de ces données et risque de ne pas être en conformité avec les lois de bioéthique.

Le Dr Laurent TRÉLUYER reconnaît qu'un cadre législatif spécifique s'applique pour les données génétiques. Il faut cependant tenir compte des demandes de cliniciens pour accéder à ces données et envisager une évolution des règles d'utilisation d'ORBIS en fonction de son développement dans les services. La direction du service informatique respectera en tout cas les règles applicables.

Le Pr Catherine BOILEAU insiste sur le fait que légalement seul le prescripteur a accès aux données génétiques et qu'il est important de rappeler la loi aux cliniciens. Le manquement à cette obligation peut avoir des conséquences pénales. Tant que la confidentialité telle que définie dans la loi ne sera pas garantie, les résultats des examens réalisés dans les services de génétique ne seront pas mis en ligne puisque les généticiens doivent être garants de la confidentialité des résultats.

Le Dr Isabelle NÈGRE indique que son hôpital a été l'un des premiers à utiliser ORBIS. Elle constate également de nombreux mésusages de ce dispositif au quotidien, notamment avec le partage de mots de passe ou de sessions. Elle constate que les personnels ne sont pas formés aux procédures et aux règles de confidentialité.

Le Pr Béatrice CRICKX observe que la note rédigée sur ce point par le président de CME et le directeur général doit être rediffusée pour que nul ne l'ignore sur le terrain dans les groupements hospitaliers. Il est impératif de diffuser l'information sur ces sujets.

III. Rapport de la Cour des comptes sur le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale

Mme Christine WELTY tient à disposition des membres de la CME une synthèse plus détaillée du rapport de la Cour des comptes.

Le premier constat de la Cour des comptes porte sur le lien CHU-Université qu'il convient de développer à travers une relation nouvelle, au-delà de celle qui prévalait avec les doyens, en s'appuyant sur :

- les nouvelles responsabilités des présidents d'université découlant de la loi relative aux libertés et responsabilités des universités (LRU) ;
- la mise en place une instance de coordination CHU – Université ;
- la création au niveau régional d'un organe de concertation réunissant les CHU, les universités, les organismes nationaux de recherche, l'agence régionale de santé (ARS) et les collectivités territoriales.

La Cour des comptes constate que la formation médicale est contrastée selon les territoires, avec une persistance d'inégalités fortes, et des réformes des études médicales qui ont engendré d'importantes difficultés pour le CHU dont le rôle central se trouve réduit. La formation pratique reste dominée par le modèle hospitalo-universitaire structuré par spécialités, quand la majorité des médecins formés exerceront en libéral et seront généralistes. En outre, le redéploiement des postes hospitalo-universitaires (HU) entre spécialités reste limité par la logique des candidatures. Cette situation engendre des déséquilibres conduisant à associer davantage d'acteurs non HU à l'exercice de la mission d'enseignement, sans que les ressources mobilisées ne soient comptabilisées et compensées financièrement.

La Cour suggère une révision du statut HU pour l'adapter aux enjeux de la recherche clinique et du management hospitalier, avec notamment la mise en place d'un suivi d'activité, l'évaluation périodique des HU sur l'ensemble de leurs missions, y compris managériales. Le CHU d'Angers serait prêt à réaliser une expérimentation en ce sens. Par ailleurs, un décret prévoyant un statut unique des enseignants et hospitaliers avec un rapport d'activité tous les 5 ans serait en préparation.

La Cour des comptes préconise que certains actes de gestion puissent être confiés au directeur général du CHU, par souci de clarification et de cohérence.

S'agissant des activités de recherche, la Cour des comptes constate une recherche clinique inégalement dynamique selon les CHU, avec en particulier :

- un environnement financier contraint rendant difficile l'atteinte d'une visibilité internationale pour les « petits » CHU peu dotés en PU-PH ;
- des modalités de financement des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) socle fondées sur une compensation des surcoûts hospitaliers plutôt que sur un budget sanctuarisé à la recherche ;
- un cloisonnement entre recherche fondamentale et recherche clinique ;
- une recherche française en santé est marquée par des tensions entre l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et les CHU.

La Cour des comptes dresse enfin une série de constats et de propositions sur l'adaptation des modalités de financement et de gouvernance de l'activité de recherche.

La Cour a repris à son compte les critiques formulées sur les problématiques de financement de la recherche. Le rapport salue la place de l'AP-HP dans l'activité de recherche des CHU et le rôle des CHU dans le dynamisme de la recherche médicale malgré une pression financière. Il interroge en outre le rôle du CHU dans l'évaluation des activités d'enseignement et de recherche menées en son sein et plaide pour une réflexion sur les missions des personnels hospitalo-universitaires. Le rapport invite également à une meilleure coordination au niveau national régional et local des acteurs, à une meilleure lisibilité et consolidation du pilotage et des financements des CHU, de l'Université et des établissements publics à caractère scientifique et technologique (ÉPST) et à une meilleure intégration des CHU dans l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN). La Cour suggère enfin l'identification de cinq à dix CHU dont l'activité de recherche peut prétendre à une visibilité internationale pour en faire des têtes de réseau.

Le président souligne le caractère percutant d'un rapport présentant des éléments positifs et d'autres plus discutables.

Le Pr Philippe RUSZNIEWSKI salue les constatations relatives au financement de la recherche. Il signale qu'une série de conférences des responsables des universités et des CHU devraient aboutir fin 2018 à des propositions pour faire évoluer le modèle des CHU. Cependant, quelques contradictions témoignent de la méconnaissance de certaines réalités de terrain.

Le Pr Rémi SALOMON note en particulier les réflexions sur le statut des personnels hospitalo-universitaires et insiste sur le caractère hospitalier des établissements concernés qui n'est pas suffisamment mis en exergue dans le rapport.

Le président observe que si le rapport dresse un certain nombre de constats et de recommandations qui peuvent ou non être partagées, des questions sont posées et il convient d'approfondir les réflexions en cours sur ces sujets.

IV. Bilan des conférences stratégiques et budgétaires : partie stratégique

Mme Christine WELTY indique que les réunions stratégiques se sont articulées autour de différents points. Au titre des projets actés devant être concrétisés en 2018, elle cite en particulier :

- l'ouverture du bâtiment Larrey B à l'hôpital Avicenne en juin 2018 ;
- l'ouverture du bâtiment de clinique médicale à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière ;
- la mise en œuvre du projet d'unité de chirurgie ambulatoire à la Pitié Salpêtrière ;
- la phase 2 du projet de structure d'urgences vasculaires intestinales (SURVI) aux urgences digestives à l'hôpital Beaujon ;
- l'installation de la quatrième salle d'endoscopies digestives à l'hôpital Saint-Antoine
- la fin du projet de restructuration de l'endoscopie et du dispositif urgences endoscopies en cohérence avec les hôpitaux Georges-Pompidou et Pitié-Salpêtrière ;
- la poursuite de la mise en œuvre de la structuration des plateaux médicotechniques.

Mme Christine WELTY évoque ensuite les axes de réponses aux priorités institutionnelles :

- la poursuite de la mise en œuvre des travaux réalisés dans le cadre du groupe *Plan cancer 3* (GPK3) pour la radiothérapie, l'hématologie, la cancérologie ;

  Pour l'hématologie :
- l'effectivité de la reconnaissance de lits de soins intensifs supplémentaires en hématologie dans les hôpitaux universitaires de l'Est parisien (HUEP) et à la Pitié-Salpêtrière ;
- la fermeture des lits de soins intensifs de l'hôpital Paul-Brousse ;
- la validation du projet *Open* en hématologie à l'hôpital Henri-Mondor ;
- l'identification de lits de post-urgence en hémato-oncologie à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital Lariboisière.

Dans le cadre des travaux sur la restructuration de la radiothérapie, l'installation d'un troisième accélérateur et d'un bunker relais à l'hôpital Henri-Mondor ont été actés, de même que l'étude d'un quatrième bunker et d'un projet innovant d'accélérateur guidé par IRM à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Des priorités d'investissement ont également été définies pour d'autres GH, dans l'objectif d'assurer à terme une prise en charge complète des patients de l'AP-HP en radiothérapie.

Mme Christine WELTY présente ensuite les grands enjeux de l'année 2018 pour les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de soins de longue durée (SLD). Les autorisations pour les

évolutions des deux sites d'Hendaye et de San Salvadour ont été obtenues. L'extension des SSR obésité pour l'hôpital René-Muret et la réouverture d'une quarantaine de lits de SSR à l'hôpital Paul-Brousse ont également été accordées.

Pour les SLD, l'année 2018 devrait permettre à l'AP-HP d'affermir sa stratégie pour répondre à l'avenant SLD du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu en 2015. La fermeture du site de Joffre à l'horizon juin 2018 a été actée, de même que certaines mesures s'inscrivant dans un engagement du CPOM.

Les coopérations des GH avec les GHT et avec l'ensemble des partenaires extérieurs ont également été étudiées. Le directoire a validé un grand nombre des conventions, mais quelques ajustements doivent encore être apportés sur les projets médicaux partagés.

Mme Christine WELTY rappelle en outre que la coopération avec les territoires est aussi une obligation pour l'hospitalisation à domicile (HàD) de l'AP-HP. Cette dernière est membre associé aux GHT et elle développe son intervention, notamment dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD).

Par ailleurs, les coopérations avec le service de santé des armées se densifient avec l'aboutissement prochain d'un avenant à l'accord-cadre entre les hôpitaux Percy et Antoine-Béclère sur la cardiologie, la construction d'un projet médical en neurologie entre ces deux hôpitaux, ainsi qu'une coopération entre le GH HUEP et Bégin sur les urgences.

Concernant les centres de santé, Mme Christine WELTY indique que la plupart des GH développent des projets de coopération. Elle signale que l'AP-HP a obtenu l'extension de l'expérimentation « territoires de soins numérique » à trois autres territoires. Elle souligne que la télémédecine constitue un levier de coopération pour l'ensemble des groupes dans une dynamique associant tous les acteurs de santé.

Mme Christine WELTY présente ensuite les différents projets développés dans les organisations supra-GH, avant d'évoquer les opérations majeures que sont la préparation de la transition pour les projets « nouveau Lariboisière» (hôpital nord 1 [HN1]) et « campus hospitalo-universitaire Grand-Paris Nord » (HN2), la poursuite des opérations majeures sur les SLD, la réorganisation du nouveau projet Garches et la réorganisation des hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis (HUPSSD).

S'agissant des projets « aphp.5 » et « aphp.6 », Mme Christine WELTY indique qu'une gouvernance commune est installée. Des thématiques prioritaires ont été identifiées dans les deux GH. Les projets médicaux seront finalisés d'ici juin 2018.

Au titre des projets pour lesquels un travail complémentaire doit être conduit, Mme Christine WELTY cite en particulier :

- le projet de bloc chirurgie de l'hôpital Bicêtre ;
- le projet « réanimations, blocs, interventionnel » (RBI) phase 2 à l'hôpital Henri-Mondor ;
- l'extension de l'activité du centre médico-psychologique de l'hôpital Robert-Debré ;
- la robotisation des pharmacies à usage intérieur (PUI) ;
- les projets de robots chirurgicaux.

Mme Christine WELTY conclut en soulignant que les différentes réunions stratégiques ont permis de passer en revue les enjeux universitaires et de recherche des GH, mais également les enjeux de qualité ainsi que les capacités et d'investissement attribués à chaque GH.

V. Point sur la démarche stratégique dite *« oikéiosis »*

Le directeur général présente un point d'étape sur la démarche *« oikéiosis »* à la suite du séminaire qui a eu lieu la semaine dernière et qui réunit les directions fonctionnelles du siège, les directions des GH, une représentation de la CME centrale, de la commission centrale des soins infirmiers, les doyens, les présidents de CMEL et, depuis le mois de février, des représentants de deux organisations syndicales.

Cette démarche stratégique a été débutée en début d'année 2017, sur la base de constats effectués fin d'année 2016, sur le montant des investissements engagés. Des objectifs ont été définis pour répondre aux attentes des groupes hospitaliers :

- mettre en place un processus de transformation rapide et collectif, en essayant de surmonter ensemble les différents points de blocage ;
- situer ces transformations dans une vision propre à l'AP-HP et à ses partenaires, qui ne soit pas concurrentielle et neutralisante entre les groupes hospitaliers ;
- mettre en place un meilleur partage, établir un véritable équilibre directeurs/médecins et développer une logique de projet ;
- pouvoir définir des projets sur lesquels investir pour la modernisation de l'AP-HP, tout en trouvant des marges de manœuvre pour permettre à ces projets d'exister.

C'est dans ce cadre qu'ont notamment été actés les projets de nouvel équilibre entre l'hôpital Avicenne et l'hôpital Jean-Verdier, le passage de quatre à trois centres de transplantation hépatiques en Île-de-France ou la démarche « aphp.5 » et « aphp.6 » pour construire un projet partagé au périmètre des deux facultés Paris-Descartes et Pierre-et-Marie-Curie.

La démarche « *oikéiosis* » encourage en outre une mise en perspective de l'accélération de la transformation numérique pour passer d'une liste de projets juxtaposés à une vision intégrée comprenant les services rendus aux patients, l'intégration pour les professionnels et le changement des organisations de travail à tous les niveaux.

Elle doit permettre de construire une vision plus ambitieuse sur les sujets de qualité de vie au travail, avec des réflexions sur les méthodes de travail en équipe et sur la rénovation des pratiques managériales :

- démultiplication des protocoles de coopération au sein de l'AP-HP permettant aux paramédicaux d'exercer certaines compétences nouvelles par délégation des médecins selon des conditions strictement définies ;
- introduction de nouveaux métiers ;
- labellisation des services sur la qualité de vie au travail ;
- positionnement sur des évolutions statutaires susceptibles de contribuer à la qualité de vie au travail.

Un axe porte sur les décloisonnements ville-hôpital pour lesquels l'AP-HP avance en s'appuyant sur les facteurs permettant de faire évoluer les modes d'action auprès des villes et des centres de santé, mais également auprès de la médecine de ville.

Cette démarche est satisfaisante, dans la mesure où elle ne se substitue pas aux instances, mais permet de réaliser un travail plus rapide qui ne pourrait être effectué instance par instance, tout en restant respectueuse de la parole de chacun.

Afin de poursuivre et d'enrichir la démarche, il est à présent nécessaire d'identifier des porteurs pour un certain nombre de projets, dans le cadre d'un pilotage partagé et précis, pour ne pas laisser en jachère des sujets qui n'auraient pas été suffisamment traités à ce stade.

Le Dr Christophe TRIVALLE estime que les décisions se prennent en dehors de la communauté médicale, malgré le fait que des membres de la CME participent à cette démarche. Il a ainsi appris certaines décisions par voie de presse.

Le directeur général assure qu'il a informé tous les membres de la CME des échanges dès le lendemain du séminaire.

Le Dr Christophe TRIVALLE regrette que les informations soient communiquées comme si la décision était déjà prise, sans discussion globale sur les sujets en question, laissant l'impression que le corps médical ne participe plus aux décisions prises.

Le Pr Rémy NIZARD n'est pas certain que des discussions longues soient une méthode efficace compte tenu de la situation financière difficile de l'AP-HP et de la nécessité de trouver des marges de manœuvre rapidement. Des décisions doivent être prises rapidement et assumées, même si elles sont désagréables pour ceux qui n'y participent pas. Si ces décisions ne sont pas efficaces, les présidents de CMEL en tireront les conséquences.

Le Dr Anne GERVAIS reconnaît que ces moments de discussion interviennent dans un cercle restreint, à l'exception des groupes qui ont pu préparer leurs thématiques ce qui est regrettable alors que les médecins et les paramédicaux ont clairement exprimé leur désir d'être associés aux prises de décisions dans le baromètre social de 2013. Une décision prise collectivement, avec un dialogue contradictoire préalable est plus efficace. Des réunions de travail permettent d'améliorer la réflexion sur le long cours pour préparer les séminaires. Ces groupes peuvent associer des personnes n'intervenant pas au séminaire. Cette méthode permettrait d'associer les intervenants au plus près du terrain. Dans ce contexte, le rôle des présidents de CMEL et des chefs de pôle est majeur pour ouvrir le débat le plus localement possible. Cette responsabilité leur incombe.

Le Pr Paul LEGMANN souligne que les chefs de pôle essaient d'associer tout le personnel médical et le personnel soignant à l'information et aux décisions prises. Il précise que les précédents séminaires dans le cadre de la démarche « *oikéiosis* » ont été particulièrement concrets, mais le dernier séminaire a davantage été marqué par des réflexions, sans aboutir à des décisions concrètes. Les critères d'attractivité et de qualité de vie au travail devraient être intégrés dans les critères d'intéressement des pôles.

Le Dr Isabelle NÈGRE ne souhaite pas remettre en cause la méthodologie de cette réflexion qui vise l'efficacité. Elle se demande cependant comment les personnes n'y participant pas peuvent disposer d'informations sur les sujets qui les intéressent. Elle comprend que l'information doit redescendre par le biais des CMEL, mais elle n'a pas vu à ce stade un tel cheminement de l'information.

Le directeur général explique que sur les trois séminaires réalisés, le séminaire de juillet était le plus décisif. Un document détaillé en 23 points a été rédigé à son issue qui a été transmis à

l'ensemble des membres de la CME, et à toutes les organisations syndicales. Les orientations contenues dans ce document ont par ailleurs fait l'objet d'échanges et sont connues de tous. Le compte rendu du séminaire de février 2017 n'est pas encore établi, mais les discussions avaient plus pour objet d'approfondir certains sujets. En outre, nombre de sujets sont abordés dans cette instance après avoir été préparés en amont et d'autres sont discutés en premier lieu lors des séminaires pour être ensuite échangés entre les différents personnels concernés. Le directeur général n'oppose pas les différentes légitimités. La CME sera consultée sur les projets qui sont de son ressort, mais il peut s'avérer nécessaire de procéder à un travail d'élaboration préalable pour consulter utilement.

Le Pr Rémi SALOMON trouve cependant intéressant que se côtoient au sein de ces séminaires, différentes catégories de personnels, directeurs, médecins, paramédicaux. Il serait d'ailleurs utile d'y associer des usagers.

Le Dr Christophe TRIVALLE ne critique pas les décisions prises, qui sont sans doute bonnes, mais le manque d'information. Dans le cas du projet Garches à Amboise-Paré, le nouveau Garches a été présenté en CME, mais les échanges au séminaire ont abouti à un projet totalement différent, laissant l'impression aux médecins d'être exclus de ces réflexions. Il en a été de même pour le déménagement du siège. Concernant « aphp.5 » et « aphp.6 », le projet de supra GH avait été récusé dans un premier temps, or les réflexions s'orientent dans cette direction aujourd'hui.

Le président souhaite la transparence sur ces sujets et se réjouit des questions posées, même si elles peuvent déranger. L'information doit être diffusée à tous les niveaux, et en priorité dans les secteurs affectés par les évolutions de structure. Il est donc utile que des discussions interviennent localement.

Le Pr Joël ANKRI rappelle qu'il avait présenté en CME un projet du nouveau Garches consistant en la reconstruction du bâtiment de cet hôpital. Toutefois, l'étude plus avancée du sujet a fait ressortir des hypothèses plus anciennes comme la rénovation de l'hôpital Raymond-Poincaré sur le site d'Ambroise-Paré. Les arbitrages ont été effectués lors du séminaire de juillet et toutes les parties concernées, aussi bien les organisations syndicales que les professionnels, ont appris cette décision de la même façon.

Le président tient pour cette raison aux présentations des GH régulièrement devant la CME afin d'aborder les évolutions stratégiques.

M. Guy BENOÎT estime que ces séminaires permettent de discuter dans un cadre moins formel et avec des interlocuteurs différents. Il a trouvé particulièrement intéressante la participation des organisations syndicales lors du dernier séminaire. Il a ainsi été possible d'avoir des échanges plus approfondis sur la qualité de vie au travail qu'il aurait été difficile de développer en CME, compte tenu du temps limité des réunions de cette instance.

Le directeur général assure les membres de la CME que la démarche *« oikéiosis »* est un processus de décision élargi.

Le président confirme que près d'un quart des membres de la CME y participent.

VI. Démarche « adéquation capacités, personnels, activités »

M. Jérôme MARCHAND-ARVIER indique que cette démarche menée dans l'ensemble de l'AP-HP permettra d'interroger et de calibrer les effectifs d'aides-soignants et d'infirmiers par service en adéquation avec l'organisation et l'activité de chaque service. C'est une méthodologie basée sur l'équité qui doit donner à l'AP-HP des leviers pour une meilleure qualité de vie au travail.

L'idée est de mettre en place une méthode en transparence reposant sur les mêmes bases de discussion. Elle pourra conduire à ce que certains services se retrouvent avec moins d'effectifs qu'actuellement, alors que d'autres verront au contraire croître leur effectif. Elle doit aussi permettre de structurer et financer une politique de remplacement plus forte.

Cette démarche n'est pas mécanique, bien qu'elle soit souvent présentée à travers le ratio une infirmière pour douze lits.

M. Jérôme MARCHAND-ARVIER tient à préciser que les ratios sont différenciés et constituent une base de discussion pour prendre en compte les spécificités de chaque service.

En ce qui concerne le calendrier, la modélisation de la démarche a été testée dans plusieurs GH. La démarche en est actuellement à un stade de présentation devant les différentes instances de l'AP-HP et d'échanges au niveau macro avec chaque groupe hospitalier. Une discussion sera ensuite engagée dans chaque pôle et service. La CME sera associée à ces démarches par le biais d'un point de situation trimestriel, voire la constitution d'un groupe *ad hoc.*

Le président propose que les points de situation soient présentés deux fois par an. Il souligne que les ratios proposés sont des bases de discussion et ne peuvent pas être opposables. Il souhaite que la politique de remplacement tienne compte de l'effectif réel au lit du malade pour ne pas entraîner de surcharge de travail pour les équipes.

Le Dr Isabelle NÈGRE sollicite des précisions sur la méthodologie de la démarche. Elle ne voit pas en outre selon quelles modalités les ratios de personnels peuvent être modulés selon les services.

Le Pr Dominique ISRAËL-BIET souhaite savoir sur quels critères l'administration se fonde pour apprécier l'adéquation capacitaire.

Le Pr Philippe CORNU estime que la charge en soins serait un critère plus juste que le nombre de malades, sachant que les besoins de ces derniers sont très variables selon leur état de santé.

M. Yann FLÉCHER rappelle le rôle des soignants en matière d'enseignement, d'encadrement des stagiaires, d'exécution informatique, voire parfois de remplacement des secrétaires médicales. Il estime donc que la réflexion est trop rapide en ce qui concerne les ratios. Il faut en outre tenir compte des SSR et des SLD ainsi que de la situation particulière de certains établissements où les lits de médecine sont insuffisants et nécessitent d'installer des patients dans d'autres services. Une réflexion générale impliquant les personnels médicaux et paramédicaux est importante en ce sens.

Le Dr Christophe TRIVALLE précise, concernant les soins de longue durée qu'un travail a été effectué avec la direction des soins pour estimer les besoins en personnels dans les services concernés. L'étude réalisée montre la nécessité d'augmenter les effectifs.

Le Dr Sophie CROZIER souhaite savoir si une évaluation du dispositif est réalisée dans les services testés et quels sont les critères de cette évaluation.

Le Pr Thierry BÉGUÉ insiste sur le fait que l'activité d'urgences entraîne des hospitalisations beaucoup plus lourdes nécessitant des moyens renforcés.

Le Dr Anne GERVAIS estime que la charge en soins doit servir de critère et elle n'est pas prise en compte par un ratio uniforme. Chaque service a une situation différente selon sa typologie de patients. Il est important d'engager des discussions et de tenir compte des spécificités au plus près du terrain. Concernant le ratio-type d'un personnel soignant pour douze lits, on ne comprend pas bien ce qu'il sera pour les ailes de taille différente (8, 10 ou 14 et 15 lits).

M. Jérôme MARCHAND-ARVIER confirme que les ratios présentés sont une base de discussion. La démarche est fondée sur une méthodologie simple pour éviter la multiplication des critères. La logique est de partir d'une base commune à adapter en fonction des discussions autour des situations propres à chaque service. Aucun test n'a été effectué à ce stade. Seule une simulation effectuée dans certains GH a fait apparaître des calculs ne paraissant pas incohérents au regard des objectifs. S'agissant de la politique de remplacement, l'objectif consiste à dégager des marges de manœuvre pour définir et financer une politique de remplacement meilleure qu'elle ne l'est aujourd'hui.

M. Yann FLÉCHER se demande s'il ne serait pas possible de partir d'études précédemment réalisées pour déterminer des charges de soins adaptées à chaque service.

M. Jérôme MARCHAND-ARVIER répond que les données et ratios présentés dans la démarche n'ont pas une base scientifique absolue. Ils ont cependant été établis en comparaison avec ce qui est pratiqué dans d'autres CHU. Le ratio retenu apparaît ainsi souvent comme acceptable, mais les situations peuvent varier en fonction des spécificités de chaque service. Ces éléments seront pris en compte dans les discussions au sein de chaque service.

VII. Questions diverses

Entrepôt de données de santé (EDS)

Le Dr Nathalie DE CASTRO sollicite des précisions sur la vision de l'AP-HP sur l'utilisation des données qu'elle génère et sur la gouvernance envisagée pour la gestion de ces données. Elle craint en effet que les décisions prises sur ce sujet soient centralisées et prises sans impliquer la communauté médicale.

Mme Christine WELTY répond que la charte de l'EDS présentée en CME par le Pr Philippe LECHAT montre la manière dont la communauté médicale est impliquée dans ce projet. Un correspondant pour l'EDS est présent dans chaque groupe hospitalier. Ces correspondants sont animés par un comité d'orientation permettant de définir les projets et les domaines à investiguer. Le sentiment éprouvé par la communauté médicale est sans doute lié à la jeunesse du dispositif. Toutefois, avec les correspondants, les coordonnateurs et les *data scientists* mobilisés, l'AP-HP se dote d'un réseau de personnels médicaux et non médicaux qui sera en mesure de communiquer sur les

projets implémentés dans l'EDS et sur la manière d'accéder à ce dernier. Le Pr Philippe LECHAT reviendra certainement devant la CME pour présenter les évolutions dans l'utilisation de l'EDS.

Le directeur général souligne que l'entrepôt de données lié à la connexion de tous les hôpitaux de l'AP-HP est une ressource formidable pour placer cette dernière à la pointe de la recherche. Il a été choisi d'informer les patients de l'AP-HP sur le fait que leurs données seront utilisées pour la recherche. C'est la raison pour laquelle tous les documents d'enregistrement comprennent une mention spécifique sur le sujet et qu'un encart a été publié dans journal *Le Parisien*. L'objectif est d'éviter d'avoir à demander systématiquement aux patients leur autorisation lorsque leurs données sont utilisées.

Ces données sont traitées sous gouvernance médicale, avec un comité d'orientation comprenant des membres de la CME. L'utilisation des données par d'autres acteurs est en outre conditionnée par une autorisation d'accès accordée par le comité de gouvernance.

Le directeur général estime que l'AP-HP a intérêt à proposer à des partenaires de travailler avec ses données à ses conditions plutôt que de disposer d'un coffre-fort de données totalement hermétique. La direction générale a fait le choix de conserver les données en interne, mais de permettre l'organisation de travaux de recherche, y compris en partenariat avec des industriels.

D'une manière générale, la direction souhaite que sur les sujets informatiques, les médecins passent d'une logique d'utilisateurs à la conception collective des outils, impliquant davantage la communauté médicale.

Le Pr Catherine BOILEAU signale que ce sujet a été évoqué en sous-commission *Stratégie-innovation-recherche-Université* (SIRU) et elle a demandé son inscription à l'ordre du jour d'une prochaine réunion. Une modification de la charte de l'EDS est en effet nécessaire pour ouvrir des accès locaux, en dehors des activités de recherche, pour permettre aux personnels de travailler. La direction du système d'information (DSI) ne doit pas avoir seule l'accès à l'EDS.

Le Pr Rémi SALOMON précise que la taille de l'AP-HP la met en position de répondre à des questions en prenant en compte des cohortes de millions de patients et de participer au développement de mesures de prévention et de santé publique. Ce modèle est unique et nécessite des investissements importants, malgré un contexte budgétaire contraint.

Le président est favorable à une implication médicale dans toutes les structures. Il insiste particulièrement pour que les médecins participent aux commissions de suivi.

Affaire Lactalis

Le Dr Christophe TRIVALLE demande si les hôpitaux de l'AP-HP ont utilisé des lots de lait maternisé après leur date de retrait à la suite de l'affaire *Lactalis*.

Le directeur général précise que l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) a procédé au retrait des lots incriminés dès les signalements. La direction de l'AP-HP a par ailleurs sollicité la direction générale de la concurrence de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) pour savoir si un de ses établissements comptait parmi les hôpitaux dans lesquels elle avait enquêté, ce qui n'est pas le cas. Le directeur général tient à rendre hommage aux équipes qui ont agi avec promptitude et ont informé en temps nécessaire.

Utilisation du Gadolinium linéaire

Le Dr Christophe TRIVALLE souhaite connaître la politique de l'AP-HP concernant la suppression par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) du gadolinium linéaire pour les IRM.

Le directeur général s'est assuré personnellement qu'aucun des produits concernés par les suspensions de l'ANSM n'est référencé à l'AP-HP.

Recrutement des infirmières diplômées d'État (IDE)

Le Dr Christophe TRIVALLE demande pourquoi l'AP-HP ne recrute pas directement les infirmières en contrat à durée indéterminée (CDI). Il estime que la politique actuelle est inadaptée à la situation de concurrence entre les établissements dans le recrutement des infirmières.

Concernant les conditions d'embauche des infirmières, certains groupes hospitaliers avaient une politique de recrutement en contrat à durée déterminée (CDD) avant le passage en année de stage permettant la titularisation. **Le directeur général** a annoncé lors des vœux la décision de mettre en place le stage dès le recrutement, en précisant que le stage ne signifie pas une titularisation automatique.

Politique d'attractivité des masseurs-kinésithérapeutes

Le Dr Christophe TRIVALLE sollicite des précisions sur la politique d'attractivité de l'AP-HP à l'égard des kinésithérapeutes.

M. Gérard COTELLON précise que l'AP-HP fait un effort considérable sur cette catégorie de personnel. Actuellement 31 masseurs-kinésithérapeutes sont en promotion professionnelle, alors qu'elle n'en comptait aucun en 2016. En outre, afin de pallier les difficultés ponctuelles, la direction des ressources humaines (DRH) s'est rapprochée de l'union régionale des professionnels de santé (URPS) kinésithérapeutes pour réévaluer le prix des vacations des kinésithérapeutes intervenant ponctuellement dans les hôpitaux de l'AP-HP.

M. Gérard COTELLON a par ailleurs rendez-vous prochainement avec la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) dans le cadre de la préparation d'un décret permettrait aux masseurs-kinésithérapeutes d'avoir une activité mixte hospitalière et libérale.

VIII. Approbation du compte rendu de la CME du 9 janvier 2018

Le compte rendu de la réunion du 9 janvier 2018 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 19 heures 20.

* *

*

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

mardi 6 mars 2017 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

mardi 20 février 2017 à 16 heures 30