

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 6 JUIN 2017

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 4 JUILLET 2017

SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME	6
II. Point d'étape sur la mise en place du comité scientifique et d'éthique de l'entrepôt de données de santé (EDS) de l'AP-HP	9
III. Rapports annuels sur les produits de santé à l'AP-HP	11
IV. Projet médical du groupe hospitalier (GH) <i>Hôpitaux universitaires Paris-Centre</i>	13
V. Avis sur le programme d'investissement 2017 de l'AP-HP concernant les équipements médicaux	16
VI. Formation des médecins	18
VII. Questions diverses	23

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Projet médical du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris-Centre* (P^r Stanislas CHAUSSADE, M. Sylvain DUCROZ)
3. Point d'étape sur la mise en place du comité scientifique et d'éthique de l'entrepôt de données de santé (EDS) de l'AP-HP (P^{rs} Philippe LECHAT et Marie-France MAMZER)
4. Avis sur le programme d'investissement 2017 de l'AP-HP concernant les équipements médicaux (M. Didier LE STUM)
5. Rapports annuels sur les produits de santé à l'AP-HP
 - Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (P^r Béatrice CRICKX)
 - Bilan annuel de la commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS) (P^r Philippe LECHAT)
6. Formation des médecins
 - Bilan annuel de la sous-commission *Formation et communication* (P^{rs} Jean-Yves ARTIGOU et Michel LEJOYEUX)
 - Point sur le dispositif de formation des médecins à l'AP-HP (D^r Stéphane DAVID)
7. Questions diverses

SÉANCES RESTREINTES

Composition B

- Avis sur la titularisation des MCU-PH des disciplines médicales nommés stagiaires le 1^{er} septembre 2016
- Avis sur la titularisation des MCU-PH des disciplines pharmaceutiques nommés stagiaires le 1^{er} septembre 2016
- Avis sur la titularisation d'un MCU-PH des disciplines d'odontologie nommé stagiaire le 1^{er} septembre 2016

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix délibérative :***

- M^{me} le P^r Nelly ACHOUR
- M. le P^r René ADAM
- M. le P^r Yves AIGRAIN
- M. le P^r Joël ANKRI
- M. le P^r Philippe ARNAUD
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P^r Thierry BÉGUÉ
- M. le P^r Sadek BELOUCIF
- M. le P^r Olivier BENVENISTE
- M^{me} le D^r Catherine BERNARD
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M. le P^r Francis BONNET
- M^{me} le D^r Clara BOUCHÉ
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^r Pierre CARLI
- M. le P^r Christophe CELLIER
- M^{me} le P^r Françoise BOTTEREL CHARTIER
- M. le P^r Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^r Yves COHEN
- M. le P^r Philippe CORNU
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M. le D^r Patrick DASSIER
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le D^r Michel DRU
- M. le P^r Jacques DURANTEAU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. le P^r Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS
- M. le P^r François GOFFINET
- M. le P^r Bernard GRANGER
- M. le P^r Bertrand GUIDET
- M. le D^r Christian GUY-COICHARD
- M. le P^r Olivier HÉLÉNON
- M. le D^r Olivier HENRY
- M^{me} le P^r Dominique ISRAËL-BIET
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M^{me} le P^r Dominique LE GULUDEC
- M. le P^r Michel LEJOYEUX
- M. le P^r Laurent MANDELBROT
- M^{me} le D^r Véronique MOLINA
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M. Stefan NERAAL
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M^{me} le D^r Valérie PÉRUT
- M. le P^r Michel PEUCHMAUR
- M^{me} le D^r Élisabeth PORSMOGUER
- M^{me} le P^r Claire POYART
- M^{me} Caroline RAQUIN
- M. le P^r Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le P^r Rémi SALOMON
- M. le D^r Thomas SCHOUMAN
- M. le P^r Éric THERVET
- M. le P^r Nicolas THIOUNN
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Noël ZAHR

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P^r Bruno RIOU, président de la conférence des doyens d'Île-de-France
- M. le P^r Louis MAMAN, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris-Descartes
- M^{me} Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- M^{me} Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
- M^{me} Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
- M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M^{me} Catherine SUEUR, secrétaire générale
- M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)

- M^{me} Hélène OPPETIT, M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ, (DOMU)

- ***Représentante de l'ARSIF :***

- M^{me} Catherine BROUTIN-PILOT

- ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Marie BORNES, Jean-Claude CAREL, Françoise BOTTEREL CHARTIER, Gérard CHÉRON, Arthur DAUPHIN, Jean-Luc DUMAS, Marysette FOLLIGUET, Jean-Eudes FONTAN, Philippe GRENIER, Vincent JARLIER, Ariane MALLAT, Isabelle NÈGRE, Rémy NIZARD, Antoine PELHUCHE, Dominique PRIÉ, Philippe RUSZNIEWSKI, Jean-Michel SCHERRMANN, Namik TARIGHT, Denis TIXIER, Jean-Marc TRÉLUYER, Michel ZÉRAH
- M^{mes} Sophie GUILLAUME, Géraldine POENOU. MM. Guy BENOÎT, Yann FLÉCHER, Jean-Vincent LAQUA, Jérémie ZERBIT

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

I. Informations du président de la CME

École de chirurgie

Le président indique que le P^r Philippe HARDY, chef du service de chirurgie orthopédique de l'hôpital Ambroise-Paré, coordonnera le projet de préfiguration de l'école de chirurgie qui sera transférée de la rue du Fer-à-Moulin au bâtiment Leriche de l'ancien hôpital Broussais. Il s'appuiera sur un comité directeur composé des P^{rs} Frank ZINZINDOHOUE, chirurgien viscéral à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) qui représentera le syndicat des chirurgiens, Bruno Riou, président de la conférence des doyens d'Île-de-France, et M. Renaud CATELAND, adjoint à la directrice de l'agence des équipements et produits de santé (AGEPS) en qualité de référent administratif. Le président et le directeur général signeront une lettre de mission officielle pour ce comité directeur. Un comité scientifique y sera adossé, composé de représentants des différentes spécialités chirurgicales, mais également de l'endoscopie interventionnelle et de la radiologie, qui utilisent également fréquemment l'école de chirurgie. Chaque collégiale a normalement désigné ses représentants.

Plan attractivité

La DOMU travaille sur la mise en œuvre des textes d'application du plan national pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public publiés par la précédente ministre de la Santé. Certaines mesures s'appliquent de plein droit : harmonisation des droits sociaux, homogénéisation de la rémunération du temps de travail additionnel, création d'une prime d'exercice territorial et d'un second montant de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE). Ces mesures seront à la charge complète des hôpitaux, aucun budget n'ayant été prévu pour les accompagner. Le coût des seules mesures s'appliquant de plein droit est évalué à 7 M€ en année pleine pour l'AP-HP. Elles auront donc un impact à une révision des effectifs déjà serrée.

D'autres mesures nécessitent des arbitrages du directoire : la valorisation des activités médicales programmées réalisées en 1^{ère} partie de soirée et la création d'une prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH). Deux types de PECH sont prévus. La PECH dite « nationale » de 10 000 € pourra être accordée dans deux spécialités considérées comme en tension au niveau national, l'anesthésie-réanimation et la radiologie. Une PECH « locale » de 20 000 € peut être attribuée dans les spécialités considérées en tension au niveau de chaque établissement de santé, qui propose une liste de postes au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS). Les deux PECH sont éventuellement cumulables, à hauteur donc de 30 000 € par praticien concerné.

Le président ne veut pas assister à une lutte entre les spécialités. Le directoire tranchera et transmettra ses demandes à l'ARS. En l'absence d'accompagnement budgétaire, ces mesures constituent des bombes à retardement pour les établissements qui auront à les mettre en œuvre localement. Le président considère qu'il faut conserver un sens à la révision des effectifs qui sera très serrée, probablement davantage que l'année précédente.

Ce problème a été partagé en comité des directeurs et présidents de CME locale (PCMEL) des groupes hospitaliers (GH). À ce stade, les options qui se profilent privilégieraient :

- pour l'anesthésie, Avicenne et Louis-Mourier qui sont dans une situation préoccupante ;
- la néonatalogie, discipline très sinistrée, et la gériatrie qui connaît d'importantes difficultés aggravées par les effets de la réforme du 3^e cycle des études médicales.

Pour ces 2 items, un financement sur l'enveloppe de 0,4 % de la masse salariale du personnel médical senior réservée au niveau central dans le cadre de la révision des effectifs de praticiens hospitaliers (PH) est envisagé. Dans les autres spécialités, la PECH serait financée par les GH, en particulier grâce à la diminution des dépenses d'intérim qui pourraient être ainsi générées.

Le président souligne que l'attractivité est aussi affaire d'organisation et de management. Les chefs de service doivent s'impliquer dans l'organisation de leurs services et être proches de leurs équipes. Au-delà de la rémunération, la qualité de vie au travail est un élément essentiel d'attractivité, tout comme les possibilités d'évolution professionnelle et intellectuelle que l'on peut proposer aux médecins. Par exemple, un anesthésiste qui travaille au bloc devrait pouvoir passer en réanimation et inversement. Une gestion de proximité est donc nécessaire.

M^{me} Christine WELTY présentera les mesures d'attractivité à la CME du 4 juillet. Le président souhaite que ce soit l'occasion d'un débat responsable et transparent.

Le P^r Yves COHEN souligne que son groupe hospitalier (GH) paye 700 000 à 800 000 € pour l'intérim. Si une prime de 30 000 € est accordée aux PH qui pourront remplacer ce recours à l'intérim, le coût de cette prime sera largement compensé. Pour l'instant, aucun des chefs de clinique futurs PH consultés ne souhaite rester à l'AP-HP, même avec cette prime.

Le président confirme que ce point est très important. La PECH devra servir à réduire les coûts de l'intérim dans un délai d'un an ou deux.

Le directeur général rappelle que les dépenses en intérim pour les anesthésistes sur l'ensemble de l'AP-HP s'élevaient en 2016 à 1,2 M€. En 2017, elles s'élèveraient déjà à fin mai sur l'ensemble à 660 000 €. À ce rythme, le montant de 1,5 M€ devrait ainsi être atteint d'ici la fin de l'année. Ce coût est donc en effet du même ordre que celui des mesures d'attractivité prévues. Toutefois, lorsque le directeur général a demandé aux directeurs de GH et présidents de CMEL si les mesures d'attractivité leur permettraient de réduire les dépenses d'intérim, leur réponse vague l'a inquiété. Ces dépenses d'intérim étaient beaucoup plus faibles il y a trois ou quatre ans. Elles ont beaucoup augmenté récemment. Si les mesures prises augmentent réellement l'attractivité de l'AP-HP, elles permettront bien une baisse de ces dépenses d'intérim, et ne pèseront alors pas sur la révision des effectifs des autres disciplines. Si en revanche il s'avère dans 18 mois que les dépenses d'intérim ont continué à croître malgré les mesures d'attractivité, l'ensemble des communautés médicales seront mises à contribution.

Dans le mois à venir, des engagements fermes devront donc être pris pour, en contrepartie des mesures d'attractivité, cesser de recourir à l'intérim en anesthésie, dont on se passait encore il y a peu de temps. Ces engagements pourront éventuellement être modulés sur un ou quelques sites rencontrant des difficultés d'attractivité particulières, intrinsèques et extrinsèques, et non seulement des difficultés d'organisation.

Création d'un collège de déontologie

La création d'un collège de déontologie est désormais obligatoire dans tous les centres hospitaliers. La conseillère d'État, M^{me} Maud VIALETES, présidera le collège de l'AP-HP. Il sera composé d'un magistrat, d'un professeur de droit, de deux médecins, d'un directeur d'hôpital et d'un personnel paramédical. La loi de 2016 prévoit que tout fonctionnaire a le droit de consulter un référent déontologue ou un collège de déontologie chargé de lui apporter tout conseil utile pour respecter les obligations et les principes déontologiques de la fonction publique : obligation de neutralité, prévention des conflits d'intérêts, cumul d'activités, secret professionnel. Il s'agit toutefois ici uniquement de déontologie de la fonction publique, hors déontologie médicale, qui relève du Conseil de l'Ordre.

Directoire

Différentes hypothèses relatives aux statuts des praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires ont été présentées au directoire par les deux conseillères d'État en charge de cette réflexion, qui doit encore être approfondie. Lorsqu'elles seront plus mûres, ces hypothèses seront présentées en CME pour qu'un débat ait lieu. L'AP-HP n'a évidemment pas vocation à édicter à elle seule les statuts hospitaliers et hospitalo-universitaires. L'Université est aussi impliquée. Les assises hospitalo-universitaires de Toulouse avaient déjà permis d'avancer dans la réflexion. Il s'agit simplement de ne pas se tenir à l'écart des modifications de statut qui pourraient intervenir si le Gouvernement le souhaite, et d'être plutôt acteur que spectateur passif.

Robots chirurgicaux

L'attribution des robots chirurgicaux dans les hôpitaux est en cours de discussion. Plusieurs demandes ont été formulées. Des négociations sont en cours avec la société *Intuitive*.

Instituts hospitalo-universitaires (IHU)

Un comité procédera à l'audition des huit candidats recensés à l'AP-HP dans le cadre de l'appel à candidatures national pour le financement d'IHU. Chargé de déterminer les projets à soutenir, il est composé des P^{rs} Bertrand FONTAINE, Philippe STEG, Catherine BOILEAU, Stanislas LYONNET et Odile BOESPFLUG-TANGUY, ainsi que de M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE et de représentants de la DOMU et de la direction générale.

Le directeur général précise que cette audition aura pour originalité d'être menée conjointement avec les représentants de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Pour

chaque projet dépendant d'une université, une lettre a été adressée aux présidents et aux doyens pour qu'un représentant de l'université participe à l'audition qui la concerne. L'appel d'offres a été lancé pour 3 IHU. Mieux vaut concentrer ses forces sur les dossiers qui auront le plus de chances d'être retenus, même s'il est impossible de garantir, dans un appel d'offres aussi restreint, qu'un 4^e IHU sera attribué à Paris.

Informations du directeur général

Nominations

Le directeur général indique que M^{me} Hélène GILARDI a pris ses fonctions de directrice de l'hôpital Robert-Debré à la fin de la semaine précédente. M. Aurélien MOLLARD a pris celles de chef du département de l'organisation médicale à la DOMU en remplacement de M^{me} Marie-Anne RUDER, qui a été nommée directrice adjointe à la DOMU. Enfin, M^{me} Hélène MONASSE, est chargée des projets « efficience » auprès de M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ à la direction des finances.

Centres de maladies rares

La procédure de renouvellement des labellisations des centres de maladies rares a entraîné une diminution de leur nombre à l'AP-HP. Certains centres de maladies rares déclassés ont effectué un recours auprès du ministère dont le résultat sera connu à la fin du mois de juin.

Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI)

Un combat a été mené depuis près d'un an pour que la comptabilité des MERRI cesse de pénaliser l'AP-HP. La direction a obtenu que le calcul soit désormais fait par GH, ce qui permettra à l'AP-HP de bénéficier d'un bonus lorsque deux équipes de l'AP-HP travailleront dans deux GH différents et cosigneront un article. L'AP-HP sera désormais traitée de manière plus équitable par rapport au reste de la France.

Budget

Outre les mesures d'attractivité, les comptes définitifs 2016, après leur examen par les commissaires aux comptes, et de l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2017 seront présentés à la prochaine CME.

II. Point d'étape sur la mise en place du comité scientifique et d'éthique de l'entrepôt de données de santé (EDS) de l'AP-HP

Le P^r Marie-France MAMZER, présidente du comité scientifique et d'éthique (CSE) de l'EDS, explique que le CSE est destiné à aider les médecins chercheurs de l'AP-HP travaillant à partir de l'EDS à publier plus rapidement leurs travaux, notamment en allégeant les procédures d'avis de comité éthique. Il se compose de personnes travaillant à l'AP-HP et choisies pour la

complémentarité de leurs compétences. Il a été mis en place le 17 janvier 2017. Les réunions sont mensuelles.

Les grilles d'analyse scientifique et éthique des projets ont déjà été établies. Elles portent notamment sur la faisabilité des projets proposés au regard des données disponibles dans l'EDS et sur l'impact éthique de l'usage qui en est proposé.

Le rôle du secrétariat scientifique est multiple :

- réception des demandes et distribution par voie électronique à un rapporteur ;
- établissement de l'ordre du jour ;
- établissement d'un compte-rendu de séance ;
- traçabilité des demandes et des réponses ;
- envoi et archivage des avis.

15 demandes ont été examinées jusqu'à présent : 8 pour des études de faisabilité d'essais cliniques et 7 pour des recherches non-interventionnelles. 5 réponses ont été envoyées, même si aucun avis n'a encore pu être rendu, dans l'attente qu'une décision soit prise sur l'information individuelle des patients préconisée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). À cet égard, les deux démarches suivantes sont menées en parallèle.

Pour les patients à venir :

- un texte d'information est en cours d'intégration dans le livret d'accueil des patients ;
- des affichettes et affiches d'information sont en cours de constitution ;
- un portail internet est ouvert sur le site de l'AP-HP ;
- un texte d'information à ajouter à la fin des différents documents adressables aux patients à l'occasion de leur hospitalisation (convocations, comptes rendus, etc.) est en cours d'examen par la direction des systèmes d'information (DSI).

Pour les patients déjà pris en charge à l'AP-HP :

- un courrier électronique sera adressé aux 400 000 patients ayant fourni une adresse *mail* lors de leur hospitalisation ;
- un courrier sur papier sera envoyé à 10 000 patients, afin que les retours à l'expéditeur démontrent la difficulté à répondre aux exigences de la CNIL.

Le P^r Nelly FRYDMAN demande confirmation que l'accord du comité dispensera les chercheurs de passer par un comité de protection des personnes (CPP).

M^{me} Marie-France MAMZER répond que le comité ne peut se substituer à l'avis d'un CPP pour les recherches impliquant la personne humaine au sens de la loi JARDÉ. Il étudiera principalement les projets qui n'ont pas l'obligation de passer par un CPP.

Le D^r Nathalie DE CASTRO demande si l'évaluation des projets pourra être effectuée par des experts extérieurs, ou uniquement par des personnes du comité scientifique et d'éthique.

Le P^r Marie-France MAMZER confirme que les rapporteurs appartiendront pour l'instant tous au comité. En cas de besoin scientifique, le recours à un expert sera possible.

Le président demande aux P^{rs} MAMZER et LECHAT de revenir faire un point régulier en CME.

III. Rapports annuels sur les produits de santé à l'AP-HP

1. Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse

Le P^r Béatrice CRICKX rappelle que l'axe 1 du programme d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse consiste à rendre visibles les trois axes prioritaires communs suivants :

- continuité du traitement médicamenteux dans le parcours patient ;
- retour d'expérience sur les événements indésirables graves (ÉIG) médicamenteux ;
- amélioration du système d'information.

Les objectifs relatifs au médicament du plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP ont dû être déclinés dans les manuels qualité des (GH).

Le programme d'actions propose à tous les GH des axes et outils communs, ainsi qu'une plateforme de partage documentaire. Les résultats de la certification dans sa version de 2014 (V2014) montrent toutefois que, malgré les progrès réalisés, les points suivants sont à conforter :

- au niveau des pratiques : la signature des prescriptions nominatives, la traçabilité de l'administration et la qualité de l'ordonnance de sortie ;
- sur le plan de l'organisation : les modalités de gestion du traitement personnel et le stockage dans les pharmacies, les antennes et les services ;
- au niveau des équipements : l'informatique et les unités de reconstitution en chimiothérapie.

L'axe 2 porte sur la gestion des risques médicamenteux.

Les GH ont terminé l'étude des risques a priori. Le recensement des risques a posteriori progresse, mais seuls 5 % des médecins et 10 % des pharmaciens figurent encore parmi les déclarants, qui restent majoritairement des cadres de santé et des infirmiers. La participation à l'appel d'offres pour New OSIRIS devrait permettre de suivre le traitement des ÉIG au niveau des GH et la communication, particulièrement importante, qui en est tirée.

L'axe 3 porte sur la formation. La formation annuelle des préparateurs en pharmacie est très suivie. Un développement professionnel continu (DPC) sur la conciliation des traitements médicamenteux a été mis en place pour assurer la continuité des traitements médicamenteux de l'admission à la sortie.

L'axe 4 porte sur la communication : des affiches de sensibilisation sont diffusées et une journée est organisée sur le thème de la continuité de traitement médicamenteux et les points de parcours.

2. Bilan annuel de la commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS)

Le P^r Philippe LECHAT rappelle que la composition de la COMÉDIMS a été renouvelée en 2016.

Les dépenses en médicaments et en dispositifs médicaux (DM) sont stables à l'AP-HP. Le coût du traitement de l'hépatite C décroît suite à la mise en concurrence entre produits. Les ATU et post-ATU progressent fortement, ainsi que les dépenses associées, notamment en oncologie-hématologie.

L'introduction du biosimilaire, du *Rémicade*, a permis à l'AP-HP de réduire ses dépenses de 12 % pour ce médicament.

Suite à la nouvelle politique ministérielle de radiation de la liste en sus de la tarification à l'activité (T2A) de certaines indications de médicaments hors groupes homogènes de séjours (GHS), la COMÉDIMS a mis en place des groupes de travail pour diffuser l'information auprès des professionnels de l'APHP et envisager les alternatives thérapeutiques appropriées.

Les médecins qui prescrivent hors autorisation de mise sur le marché l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (AMM) des médicaments hors T2A groupes homogènes de séjours (hors GHS) ont pour obligation de documenter les raisons de cette prescription dans les dossiers des patients. Pour leur faciliter ce travail, la COMÉDIMS a créé un groupe de travail destiné à établir un thésaurus des indications recevables à cet égard.

L'affaire de la *Dépakine* a fait prendre conscience de l'insuffisance des mesures de minimisation des risques médicamenteux et de la communication sur les alertes publiées par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). La COMÉDIMS a donc décidé d'instaurer une cellule de veille et de sélection de ces alertes afin de s'assurer que les mesures de minimisations de risques préconisées par l'ANSM sont bien mis en place à l'APHP. Les informations correspondantes seront publiées dans le bulletin de la COMÉDIMS.

La caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) et l'ARS d'Île-de-France demandent qu'une attention particulière soit portée aux prescriptions hospitalières effectuées en ville, particulièrement en sortie d'hôpital et en consultation, pour favoriser la prescription des médicaments les moins chers en ville.

Un logiciel manque toujours pour le suivi des implémentations des dispositifs médicaux implantables (DMI), ce qui participe aux écarts entre les DM commandés et les DM remboursés. Un dispositif d'accompagnement de recherche clinique pour les DM innovants et coûteux (cellule

Innovation des technologies de santé) est en cours de mise en place à l'AP-HP par la délégation à la recherche et à l'innovation (DRCI).

Le P^r Philippe ARNAUD rappelle que la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2017 a exigé que les médecins informent les patients de toute interchangeabilité des médicaments biologiques. Or, l'ARS demande de favoriser les biosimilaires. Par conséquent, non seulement l'AP-HP risque d'être pénalisée si elle choisit de retenir un princeps pour des raisons financières, mais il sera difficile aux médecins de justifier ces choix aux patients.

Le P^r Philippe LECHAT indique que la COMÉDIMS diffusera des documents d'information des patients sur le sujet des médicaments biosimilaires. Même si l'AP-HP cherche à favoriser les biosimilaires, elle est contrainte par la loi des marchés publics et des règles de la concurrence ce qui aboutit généralement à admettre les médicaments les moins chers.

Le directeur général estime que l'Administration n'appliquera pas aveuglément une règle visant à économiser les dépenses de santé, lorsque l'AP-HP privilégiera un princeps parce qu'il est devenu moins cher qu'un biosimilaire. L'ARS devrait pouvoir être convaincue qu'une règle devenue contre-productive ne doit pas être appliquée.

Le D^r Anne GERVAIS demande si l'augmentation du nombre de déclarations OSIRIS sur les ÉIG médicamenteux en 2016 témoigne d'une dégradation de la situation ou d'une progression des déclarations.

Le P^r Béatrice CRICKX répond que les déclarations ont progressé de 8 % sur OSIRIS, toujours pour les mêmes catégories de médicaments (anticancéreux, anticoagulants, morphiniques, chlorure de potassium).

Le P^r Stanislas CHAUSSADE rappelle, pour contredire le mythe d'une meilleure qualité des princeps sur les biosimilaires, que la fabrication de *Infliximab* a été modifiée 41 fois en 15 ans.

IV. Projet médical du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris-Centre (HUPC)*

1. La situation en 2015 : des restructurations constantes

Le P^r Stanislas CHAUSSADE, président de la CME locale des HUPC, explique que le GH provient de la fusion successive de trois hôpitaux : Cochin, Hôtel-Dieu et Broca (Saint-Vincent-de-Paul ayant fermé entre temps).

L'investissement pour l'AP-HP a représenté 250 M€. De nouveaux bâtiments ont ouvert : Port-Royal et Jean-Dausset.

40 transferts de service et 17 fusions de services ont été réalisés entre 2011 et 2015, avec un développement de la prise en charge ambulatoire.

Un bâtiment supplémentaire devait être construit à Port-Royal pour accueillir la réanimation, l'anesthésie et la chirurgie, ce qui n'a pas été le cas, faute de moyens financiers. 340 lits se retrouvent donc séparés de la réanimation et des plateaux techniques d'imagerie par une rue et un tunnel de 140 mètres avec une pente de 10 %.

Le directeur général indique que la maire de Paris, la maire du 14^e arrondissement et l'adjoint à la circulation de la Ville de Paris ont accepté de fermer cette portion de rue, à une date non encore précisée.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE poursuit en indiquant que la réanimation, l'anesthésie et la chirurgie seront néanmoins dispersées dans le GH, suite également aux modifications successives du projet stratégique, qui ont empêché le regroupement réanimations, de l'imagerie et des blocs. Un ensemble d'activités ont également dû être transférées hors du GH (pédiatrie, brûlés, transplantations hépatiques, chirurgie de l'obésité, etc.). 450 lits ont ainsi été supprimés en 5 ans sur le GH, dont 200 en raison des transferts. Le nombre d'hospitalisations est passé de 140 000 à 115 000, mais a augmenté à périmètre égal.

Le projet médical tient en 10 points :

- renforcer les axes d'activité du GH ;
- renforcer la chirurgie ;
- résorber les poches de vétusté du GH ;
- identifier, répertorier et développer nos activités de recours, développer nos liens avec la médecine de ville et les autres hôpitaux d'Île-de-France ;
- promouvoir l'innovation et la recherche ;
- réussir l'informatisation du GH ;
- promouvoir l'hospitalité au sein du GH ;
- intégrer la qualité et la sécurité des soins dans le parcours du patient ;
- renforcer les liens du GH avec l'Institut Cochin ;
- résorber le déficit du GH.

2. Début 2017 : état d'avancement et perspectives

M. Sylvain Ducroz, directeur du GH, indique que la logique de restructuration se poursuit à des fins d'efficacité.

En chirurgie, le regroupement de l'urologie et de la gynécologie à Port-Royal est achevé. Il ne manque plus que le robot chirurgical.

La densification des bâtiments de spécialités médicales se poursuit.

Le regroupement du plateau technique devrait s'achever en 2018, avec le regroupement de toutes les activités de biologie et de pharmacie dans le bâtiment Jean-Dausset, le regroupement

de la médecine nucléaire et l'ouverture d'un appareil de tomographie par émission de positons – scanner (TEP-scan).

La transformation de l'Hôtel-Dieu devrait s'accélérer, avec le regroupement des deux services de psychiatrie adultes en juillet et le choix d'un maître d'œuvre en juin.

Le GH comporte une importante activité d'urgences, avec 4 sites. Les objectifs d'amélioration sont à cet égard les suivants :

- fluidifier les parcours patients ;
- améliorer les conditions d'accueil des personnes âgées ;
- restructurer le service d'accueil des urgences (SAU) de Cochin jusqu'en 2019 ;
- renforcer les liens avec la médecine de ville, dans le cadre du projet médecin partenaire.

Le développement de l'ambulatoire, point fort du GH, doit être poursuivi :

- en médecine (+9 % en 2016), avec le déploiement du projet Hôtel-Dieu et le développement de prises en charge et organisations innovantes ;
- en chirurgie (+ 6,5 % en 2016), avec l'ouverture de l'*OphthmoPôle* de Paris le 3 juillet 2017 et la mise en chantier de la nouvelle unité de chirurgie ambulatoire sur le site de Port-Royal.

En 2014-2016, l'activité ambulatoire a progressé de 16 %, tandis que l'activité d'hospitalisation complète est restée stable, ce qui est aujourd'hui rare.

Les partenariats seront encore développés, que ce soit dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT) *Psychiatrie* ou en supra-GH au sein de l'université Paris-Descartes (avec l'HEGP et Necker).

Les enjeux sont les suivants : faire reconnaître le dynamisme de la recherche du GH ; améliorer l'efficacité du site de Cochin.

Le président remercie les intervenants pour cette présentation complète et très claire, qui montre les efforts de restructuration réalisés dans le GH depuis plusieurs années. Le passé ne doit pas être oublié lorsqu'on évoque l'avenir. Il rappelle que les complémentarités avec l'HEGP sont nombreuses, en chirurgie comme en médecine et souhaite savoir s'il existe un travail semblable à celui réalisé par l'université Pierre-et-Marie Curie. Il souligne que le pôle ophtalmologique représente une vraie chance pour l'AP-HP, qui disposera d'un centre lourd, de taille comparable à celui de la fondation Rothschild ou de l'hôpital des Quinze-Vingts. Les investissements réalisés sont très importants et justifient que les acteurs sachent travailler ensemble, en s'appuyant sur leurs complémentarités.

Le P^f Stanislas CHAUSSADE veillera à la collaboration des deux services d'ophtalmologie qui travailleront sur le site. La relation avec l'HEGP fera l'objet d'une réunion prochainement. En chirurgie cardiaque, la situation s'est considérablement améliorée, avec un transfert prévu des

malades vers l'HEGP. En orthopédie, il s'agit de regrouper la chirurgie prothétique sur Cochin et de cesser de pratiquer la chirurgie du rachis, ce qui suppose que les services de rééducation et de rhumatologie se mettent d'accord avec le service de rachis de l'HEGP. L'unité de chirurgie ambulatoire pourrait également accueillir une partie de la chirurgie de la main.

Le président souhaite aussi qu'une solution soit trouvée pour l'organisation de l'hématologie entre les deux sites.

V. Avis sur le programme d'investissement 2017 de l'AP-HP concernant les équipements médicaux

M. Didier LE STUM rappelle que le plan d'équipement est construit dans les limites des 105 M€ de crédits de paiement alloués par le plan global de financement pluriannuel (PGFP) pour 2017, qui ont permis le lancement d'opérations nouvelles à hauteur de 99,9 M€.

Concernant le calendrier, le recueil des besoins en octobre et les notifications de la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP) en janvier doivent permettre de lancer les opérations retenues dès le début de l'année.

Les financements sont répartis de la manière suivante :

- dotations de remplacement : 37,8 M€ ;
- opérations transversales : 1,9 M€ pour le logiciel de gestion des doses *Dosimetric archiving and communication system* (DACs) dans le cadre de la réglementation sur la radioprotection des patients (la phase 2 de l'opération fauteuils dentaires ayant été financée par anticipation en septembre 2016) ;
- accompagnement des suites à travaux et opérations restructurantes : 31,3 M€ ;
- équipements lourds : 22,9 M€.

Malgré la légère diminution des crédits de paiement alloués, le montant des opérations nouvelles lancées reste constant, grâce à l'accélération de la mise en œuvre dans les hôpitaux des plans d'équipement, dont les impacts d'une année à l'autre diminuent en conséquence. 549,8 M€ d'investissement auront ainsi été financés sur l'ensemble pour la période allant de 2013 à 2017.

Le P^r Claire POYART rappelle que les robots représentent un enjeu important pour un certain nombre de GH. La question est en discussion.

Le P^r Catherine BOILEAU souligne que les dotations de remplacement sont loin de couvrir les besoins de remplacement. Elle demande où apparaissent les amortissements.

M. Didier LE STUM explique que les crédits de paiement alloués sont notamment financés par les amortissements. Le taux de vétusté à l'AP-HP diminue légèrement d'année en année, mais reste élevé (74 % à fin 2016). Les opérations de restructuration permettent généralement aussi des remplacements de matériels.

Le P^r Paul LEGMANN demande comment a évolué le taux de vétusté des équipements lourds, qui ont fait l'objet d'investissements importants, notamment en imagerie.

M. Didier LE STUM indique que le taux de vétusté des scanners et appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) est désormais de 60 %, donc s'est fortement amélioré. En médecine nucléaire, les taux restent importants (à près de 70 %), mais le remplacement prochain de plusieurs TEP devrait permettre d'améliorer la situation.

Le P^r Thierry BÉGUÉ rappelle que de nombreux équipements intermédiaires (scanners, O-arm, etc.) manquent encore dans les blocs opératoires. Sa spécialité est largement déficitaire en ce type d'équipements par rapport aux autres CHU de France.

M. Didier LE STUM répond que tous les scanners obtenus récemment en complément de parc ont été justifiés par les besoins des services d'urgences, libérant de fait des possibilités pour les autres demandes.

Le P^r Thierry BÉGUÉ objecte qu'une scoliose pourra difficilement être traitée en radiologie interventionnelle.

Le D^r Anne GERVAIS demande si, lors des renouvellements d'équipements, l'attribution d'équipements est envisagée pour permettre de réduire les délais d'attente pour les examens non programmés.

M. Didier LE STUM répond que tous les scanners obtenus aujourd'hui en complément de parc sont destinés à ce type de prise en charge.

Le P^r Dominique LE GULUDEC souligne qu'au regard du fait que les remboursements des actes d'imagerie diminuent fortement après 7 ans, et que l'investissement annuel n'atteint pas 10 % du coût des équipements (amortissement sur 10 ans), les solutions de leasing prises par certains CHU pourraient aider à investir pour améliorer le parc.

Le président demande si le *leasing* ne serait notamment pas plus avantageux que l'achat pour les robots, qui sont amenés à évoluer rapidement et à se miniaturiser.

M. Didier LE STUM convient que de telles solutions pourraient être envisagées.

Le directeur général rappelle que, durant de nombreuses années, les investissements ont été nettement en deçà des besoins et les grosses opérations d'investissement se sont faites au détriment des petits équipements. Même s'ils ne couvrent encore pas totalement les besoins, les investissements dépassent désormais 100 M€ par an, et permettent également le renouvellement des petits équipements. L'objectif de l'AP-HP est dorénavant de ne pas revenir en arrière, ce qui suppose de générer suffisamment de capacités d'autofinancement et explique les efforts réalisés sur le fonctionnement.

La présentation pourrait être complétée par les dépenses de maintenance réalisées sur les équipements. Des solutions plus innovantes, permettant notamment de bénéficier de contrats globaux sur la gestion, le renouvellement et la maintenance du parc, sont examinées. Il est encore trop tôt pour savoir si l'AP-HP pourrait y gagner, mais la direction avancera sur ces sujets cette année, pour savoir s'il faut basculer vers des modèles différents. Aucune solution n'est écartée.

Le président tient à ce que le groupe *Équipements* de la sous-commission *Activité, ressources* de la CME suive et participe à l'argumentation des dossiers, comme celui des robots.

Le P^r René ADAM rappelle que l'hôpital Paul-Brousse est le seul hôpital de l'AP-HP à ne pas disposer d'IRM, alors que cette exploration est indispensable pour les pathologies traitées dans cet hôpital. La question se pose de pouvoir rapidement satisfaire ce besoin par rapport à l'ensemble des autres sites hospitaliers.

Le programme d'investissement 2017 de l'AP-HP concernant les équipements médicaux est approuvé à l'unanimité des voix exprimées et 2 abstentions.

VI. Formation des médecins

1. Bilan annuel de la sous-commission *Formation et communication*

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU rappelle que, dans sa partie formation, la sous-commission qu'il préside se compose de trois comités :

- internes et médecins à diplômes étrangers ;
- relations avec les universités ;
- développement professionnel continu (DPC).

Le comité des internes s'est réuni tous les deux mois. Il a notamment poursuivi ses travaux sur les risques psycho sociaux chez les internes et sur les conséquences de la mise en place de la réforme du 3^e cycle des études médicales.

Les commissions d'agrément se sont tenues en mai. La commission d'agrément se réunit annuellement pour donner, maintenir ou retirer son agrément aux services. Une fois le service agréé, la commission de répartition, qui se tient tous les 6 mois, peut décider de lui attribuer un certain nombre d'internes.

Sur l'ensemble des DÉS, le bilan du dernier semestre écoulé est relativement équilibré, avec seulement 5 postes supprimés.

La réforme du 3^e cycle des études médicales, qui se mettra en place en novembre prochain, entraînera des difficultés puisque certains DÉS apparaissent avec des maquettes particulières, la durée d'autres DÉS change dans certaines spécialités. De plus, 250 postes en moins sont annoncés pour le prochain semestre. Les commissions d'agrément qui se sont réunies en mai 2017 ont donc décidé d'accorder largement leur agrément pour la phase socle du mois de novembre, afin de

permettre aux services d'ouvrir des postes en vue des commissions de répartition de juillet et septembre prochains.

35 bourses sur 47 dossiers ont été attribuées à 19 stagiaires résidents étrangers associés. L'AP-HP est moins souple à cet égard que le règlement l'y autorise. À l'AP-HP, les stagiaires associés doivent être spécialistes dans leurs pays d'origine ce que le règlement n'impose pas. **Le P^r Jean-Yves ARTIGOU** propose d'élargir dorénavant notre règle pour permettre au jury de sélection d'adopter un fonctionnement plus souple qui ne concerne que de rares dossiers par an.

Concernant les stages inter-CHU : 173 entrées et 46 sorties inter-CHU ont été accordées au dernier semestre. La qualité du dossier est essentielle, les chefs des services d'accueil devant bien préciser la motivation des candidats et les projets pédagogiques envisagés pour eux.

Le nombre de candidatures retenues à des postes d'assistants spécialistes partagés progresse d'année en année. Ces postes sont financés pour deux ans, à 60 % par l'ARS. Le projet professionnel du candidat dans le centre hospitalier doit être particulièrement bien précisé dans le dossier.

Le P^r Michel LEJOYEUX rappelle que le groupe *Relations avec les universités* de la CME devait lui permettre de s'impliquer dans les discussions associant hôpital et Université (sur les formations partagées entre hôpital et Université, l'école de chirurgie, le statut des HU, etc.). Trois réunions très riches ont été réalisées avec les représentants des unités de formation et de recherche (UFR) de médecine.

Le D^r Anne GERVAIS indique que chaque année, les stagiaires résidents étrangers doivent attendre un mois à un mois et demi pour obtenir leurs visas. Elle demande si ce délai peut être réduit.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU se dit conscient des difficultés à cet égard. Un site internet est élaboré à cette fin, avec l'aide du P^r René ADAM.

Le D^r Christophe TRIVALLE se dit extrêmement inquiet de la perspective d'une suppression de 250 postes d'internes pour le mois de novembre : tous les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques seront concernés et, sans internes, un grand nombre d'entre eux ne pourront plus fonctionner. Le fonctionnement des commissions d'agrément reste assez obscur. Seules les 21 unités de gériatrie aigüe (UGA) de l'AP-HP ayant reçu l'agrément en gériatrie ont par exemple obtenu également un agrément en médecine générale.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU précise que la suppression de 250 nouveaux internes au niveau national par rapport aux prévisions doit encore être confirmée. Les agréments accordés au service antérieurement sont maintenus. Les agréments accordés pour les nouveaux internes qui arriveront en novembre ne concernent que la seule phase socle.

Le président interroge le P^r ARTIGOU sur les raisons de la diminution du nombre d'internes alors que le *numerus clausus* augmente. Il souhaite aussi savoir si les difficultés créées par la réforme du 3^e cycle des études médicales sont destinées à durer.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU l'explique par la conjonction de plusieurs éléments : le plateau du *numerus clausus* et le manque relatif d'attractivité de l'Île-de-France notamment du fait du prix du logement.

Le P^r Thierry BÉGUÉ estime que la situation durera nécessairement, du fait que la filiarisation empêchera la mobilité entre les secteurs ou les disciplines. Un emploi rétribué doit absolument être garanti aux stagiaires associés à l'issue de leur stage, notamment lorsqu'il s'agit d'étudiants en fin de parcours dans leurs pays d'origine, car nombre d'entre eux ne parviennent pas à trouver un emploi.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU indique que le règlement est très clair : ils ne peuvent venir que pour 6 mois renouvelables une fois, et éventuellement, par une nouvelle convention, pour 2 ans au total. L'objectif de ce stage est que les stagiaires rapportent de nouvelles compétences dans leur pays d'origine.

Le D^r Nathalie DE CASTRO rappelle que le salaire des internes étant le même à Paris et en province, ils ont tout intérêt à vivre en province. Par ailleurs, les stagiaires comme les internes n'ont pas vocation à prendre la responsabilité d'un service, ce qui arrive pourtant souvent, ils sont en formation. Les conditions d'accès à ces stages ne doivent peut-être pas être trop assouplies de ce point de vue.

Le président confirme que les stagiaires doivent être formés et ne doivent pas servir à pallier les déficits des services.

Le D^r Olivier HENRY juge que la distinction entre les besoins de fonctionnement des services et les besoins de formation des internes conduit à la disparition des internes. Si par ailleurs une différenciation n'est pas maintenue entre l'agrément d'un service et l'affectation des internes, la gériatrie ne pourra plus fonctionner. Elle ne peut aujourd'hui assurer l'aval des urgences que parce qu'elle dispose de SSR et de soins de longue durée (SLD) en aval du court séjour.

Le président rappelle qu'il a mandaté le P^r ARTIGOU pour créer un groupe *ad hoc* chargé de réfléchir à l'ensemble de ces problèmes et de faire des propositions à la CME du 4 juillet.

M. Stefan NERAAL souligne que les services devront pouvoir fonctionner sans internes, car la réforme introduit un enseignement intégré dans les phases d'internat. Tous les internes d'une même phase dans le même service auront ainsi cours le même jour. Le nombre d'internes à l'hôpital diminuera également du fait de l'augmentation du nombre de leurs stages ambulatoires en médecine générale. Si 111 postes ont disparu en médecine générale, c'est en anticipation du fait qu'ils seront moins choisis. Il est aujourd'hui possible d'obtenir la médecine générale en arrivant dernier des épreuves classantes nationales (ECN).

Le président estime que la réorientation des stages chez les praticiens de ville doit rester raisonnable. Pour les urgences, l'aval, la gériatrie, etc., c'est dans les centres hospitaliers que l'on acquiert une formation. Il ne faudrait pas tomber d'un extrême à l'autre.

M. Stefan NERAAL acquiesce. C'est la raison pour laquelle les internes ont refusé la 4^e année de médecine générale, qui devait avoir lieu entièrement en ambulatoire.

Le D^r Alain FAYE salue le lien que représente cette commission avec les plus jeunes praticiens. Il demande si le groupe *Relations avec les universités* participe à la démarche de réunion des GH rattachés à l'université Pierre-et-Marie-Curie.

Le P^r Michel LEJOYEUX répond par la négative.

Le président estime que la CME, et ce groupe en particulier, doivent s'emparer de cette question.

Le P^r Olivier BENVENISTE rappelle que 54 lits de médecine interne ont fermé cet été en Île-de-France par manque d'internes, dont 12 à l'AP-HP, dans les services d'aval des urgences. L'anticipation de la réforme par les généralistes explique cette situation, mais aussi le fait qu'un certain nombre de postes de DÉS n'aient pas été pourvus. Cette activité risque de pâtir de sa difficulté à former des internes.

Le président indique que cette question a été évoquée en bureau de CME et il souhaite en parler au conseiller de la ministre.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU signale que la situation est encore plus critique pour les centres hospitaliers.

2. Point sur le dispositif de formation des médecins à l'AP-HP

a. Management

Le D^r Stéphane DAVID rappelle que le dispositif est à guichet unique pour la formation, le conseil et l'accompagnement.

Les nouvelles actions mises en place dès juillet 2016 incluent la formation des responsables de structures internes, des membres des sous-commissions *Vie hospitalière* (sCVH) et des formations à l'entretien annuel.

La formation de l'école de management des médecins des hôpitaux (ÉMAMH) de Paris est délocalisée dans d'autres CHU : Brest, Rennes, Nantes, Angers, Tours et en partie à Toulouse. Les retours sont très positifs.

Trois grandes catégories de modules à la carte existent, selon qu'ils concernent les outils du manager, l'efficacité personnelle, ou la conduite de projet et du changement. Ils sont tous accessibles librement à tous les praticiens de l'AP-HP.

Aides financières

La prise en charge concerne aujourd'hui les frais d'inscription, d'hébergement et de transport pour les congrès avec ou sans communication, la formation à des diplômes de type universitaire, les programmes de développement personnel continu (DPC) et les séjours à l'étranger dans le cadre par exemple de mobilités hospitalo-universitaires. Les demandes sont à déposer sur le site internet du département de la DPC médical. Une commission présidée par le P^r Serge HERSON se réunit mensuellement pour les examiner les demandes.

Des bourses sont également accordées par le Fonds d'études et de recherche médicale. Une commission présidée par le P^r Nicolas THIOUNN se réunit annuellement en juin à cet effet.

Ressources électroniques médicales

L'activité est soutenue et en augmentation, avec plus de 1 000 revues auprès de 33 éditeurs différents et quatre bases de données, et plus de 1 million de téléchargements en 2016. Un projet d'accès à distance (hors de l'AP-HP) est en cours avec la DSI. Un travail est engagé avec le consortium d'universités *Couperin* sur le *Green open access*, c'est-à-dire l'accès en ligne aux textes intégraux. *Clinical key*, un outil d'aide au diagnostic et à la thérapeutique, a fait l'objet d'un test à Saint-Louis de février à juin 2016.

Développement personnel continu

Le décret relatif aux conseils nationaux professionnels (CNP) en charge de piloter le dispositif pour chaque spécialité n'est pas encore paru et la commission scientifique indépendante de la médecine générale est à l'arrêt. L'enregistrement de l'AP-HP en qualité d'organisme de DPC auprès de l'Agence Nationale du DPC est en attente.

Le P^r Christophe CELLIER s'enquiert du montant des aides financières qui ont été accordées.

Le directeur général souhaite également connaître le rapport entre la demande et l'offre qu'il est possible de satisfaire.

Le D^r Stéphane DAVID répond que plus de 700 000 € ont été accordés en 2016. Aucune limitation dans les financements n'existe aujourd'hui : toutes les demandes de prise en charge pour congrès ou diplômes universitaires (DU) sont aujourd'hui accordées car des crédits ont été dégagés.

Le directeur général demande si ne pas l'avoir fait connaître relève d'une stratégie.

Le D^r Stéphane DAVID précise qu'une information relative aux programmes de formation et de DPC est diffusée annuellement depuis plusieurs années et au moins à la CME.

Le directeur général juge qu'un problème se pose : au regard des efforts réalisés pour diminuer les financements par l'industrie pharmaceutique, il n'est pas normal que les possibilités de financement de l'AP-HP ne soient pas saturées.

Le P^r Nelly FRYDMAN souligne que l'accès à la formation continue suppose d'avancer les frais (qui sont parfois de l'ordre de 1 000 à 1 500 €) sans savoir si la demande sera acceptée. Il est plus simple de consulter un laboratoire.

Le D^r Stéphane DAVID précise que la situation à l'AP-HP n'est pas plus complexe qu'ailleurs. Dans les autres CHU, le même principe est appliqué. La réponse est obtenue rapidement : la commission se réunit mensuellement et il est possible de détecter rapidement si une demande de financement posera problème.

Le directeur général souhaite que ces informations soient également disponibles sur l'application *AP-HP Pro*, qui est accessible gratuitement sur l'*Apple store*.

Le P^r Dominique LE GULUDEC souhaite savoir comment le D^r Stéphane DAVID analyse le faible nombre des demandes reçues.

Le D^r Stéphane DAVID indique que ces demandes sont dans la moyenne des autres CHU.

Le président juge qu'un réel problème de connaissance du dispositif se pose. Il propose que ces informations soient relayées sur le site internet de la CME. La direction de la communication doit aussi aider à la diffusion de l'information auprès des médecins. Ces possibilités de financement sont l'un des moyens pour éviter les conflits d'intérêts.

Le P^r Rémi SALOMON ajoute que les médecins doivent également perdre leurs mauvaises habitudes. Il est aujourd'hui très simple de se faire financer un congrès par un laboratoire.

VII. Questions diverses

Le D^r Christian GUY-COICHARD indique avoir été saisi depuis plusieurs années d'un grand nombre de demandes de praticiens attachés, dont les contrats de long terme doivent depuis 2010 être transformés en contrat à durée indéterminée (CDI). Or, sur son GH, aucun praticien n'a réussi à obtenir cette transformation, sans qu'aucune explication n'ait jamais été accordée à cet égard.

M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ indique avoir relancé la directrice des affaires médicales de ce GH pour que tous ces contrats soient régularisés avant la fin de l'été. L'adaptation des logiciels de paye est beaucoup plus récente que 2010. Certains établissements ont avancé plus rapidement que d'autres sur cette question.

Le D^r Anne-Reine BUISINE précise que le statut des praticiens attachés et praticiens attachés associés des établissements publics de santé (décret du 1^{er} août 2003) concevait que le renouvellement du 1^{er} contrat triennal, se passait automatiquement par tacite reconduction, équivalence à un contrat CDI. Tous les anciens praticiens attachés sont donc déjà, de fait, en CDI et n'ont pas obligation de signer un nouveau contrat. Les jeunes peuvent faire signer après 5 ans (24 mois en contrat à durée déterminée [CDD] et un contrat triennal).

Le P^r Laurent MANDELBROT signale que les nominations de PH dans certains hôpitaux comme le GH Nord sont actuellement dans l'attente d'informations sur une éventuelle restructuration de l'offre de l'AP-HP en matière d'aide médicale à la procréation (AMP). Il souhaite savoir si un projet de groupe de travail est prévu à ce sujet et à quelle échéance.

M^{me} Christine WELTY confirme qu'une réunion devrait avoir lieu prochainement à ce sujet avec les GH du territoire Nord.

Le P^r Dominique LE GULUDEC suggère d'associer l'université Paris-Descartes à cette réflexion, qui est à la fois hospitalière et universitaire. Des sites plus petits pourraient également gagner à s'appuyer sur les plus gros dans ce domaine comme dans d'autres.

Le P^r Nelly FRYDMAN appuie la demande de constitution d'un groupe de travail au sein duquel tous les centres seraient représentés.

Le P^r Claire POYART confirme que l'université Paris-Descartes est concernée par cette question, du fait de l'importance du centre AMP des HUPC. Une concertation est nécessaire entre les centres d'AMP.

Le président indique que la question sera examinée prochainement avec la Domu.

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

* *
*
*
*

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

mardi 4 juillet 2017 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

mardi 20 juin 2016 à 16 heures 30