

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 8 NOVEMBRE 2016**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 6 DÉCEMBRE 2016**

SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Réforme du 3 ^e cycle des études médicales	8
III.	Attractivité en gériatrie à l'AP-HP	12
IV.	Avis sur le bilan social 2015 de l'AP-HP	15
V.	Les nouvelles commissions des usagers et le label <i>Hospitalité</i> de l'AP-HP	18
VI.	Avis sur des avenants et conventions d'association hospitalo-universitaires avec des hôpitaux hors AP-HP	20
VII.	Concertation sur la révision des effectifs 2017 de praticiens hospitaliers	21
VIII.	Questions diverses	22
IX.	Approbation du compte rendu de la CME du 11 octobre 2016	23

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Réforme du 3e cycle des études médicales (P^r Benoît SCHLEMMER)
3. Attractivité en gériatrie à l'AP-HP (D^r Sylvie HAULON, P^r Laurent TEILLET)
4. Avis sur le bilan social 2015 de l'AP-HP (M. Gérard COTELLON, M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ)
5. Les nouvelles commissions des usagers et le label *Hospitalité* de l'AP-HP (M^{me} Sophie BENTÉGEAT, P^r Sadek BELOUCIF)
6. Avis sur des avenants et conventions d'association hospitalo-universitaires avec des hôpitaux hors AP-HP (M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ)
7. Concertation sur la révision des effectifs 2017 de praticiens hospitaliers
8. Questions diverses
9. Approbation du compte rendu de la CME du 11 octobre 2016

SÉANCES RESTREINTES

Composition B

- Avis sur le recrutement principal de CCA et AHU dans les établissements liés par convention à l'AP-HP au titre de l'année universitaire 2016-2017

Composition A

- Avis sur une demande de mobilité de MCU-PH

- **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. Guy BENOÎT
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M. le P^r Francis BONNET
- M^{me} le D^r Marie BORNES
- M^{me} le D^r Clara BOUCHÉ
- M^{me} Anne-Sophie BOURREL
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^r Jean-Claude CAREL
- 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 Gérard CHÉRON
- 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. Michaël FONTUGNE
- 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^{me} Sophie GUILLAUME
- M. le P^r Olivier HÉLÉNON
- M. le D^r Olivier HENRY
- M^{me} le P^r Dominique ISRAËL-BIET
- M^{me} Anna KARIMOVA
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M^{me} le P^r Dominique LE GULUDEC
- M^{me} le D^r Roberta LORENZON
- M. le P^r Laurent MANDELBROT
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M^{me} le D^r Isabelle NÈGRE
- M. Stefan NERAAL
- M. le D^r Antoine PELHUCHE
- 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. le P^r Dominique PRIÉ
- M^{me} Caroline RAQUIN
- M. le P^r Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le P^r Rémi-Henri SALOMON
- M. le D^r Thomas SCHOUMAN
- M. le P^r Nicolas THIOUNN
- M. le D^r Denis TIXIER
- 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. le P^r Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- M. le P^r Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- M^{me} Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- M. le P^r Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
- 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^{me} Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M^{me} Sophie BENTÉGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M. Hadrien SCHEIBERT, adjoint au directeur de cabinet du directeur général
- M^{me} Florence VÉBER, déléguée aux relations internationales
- M^{me} Amélie VERDIER, secrétaire générale
- M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)

- M^{mes} Hélène OPPETIT et Gwenn PICHON-NAUDÉ (DOMU)

- ***Représentante de l'ARSIF :***

- M^{me} Catherine BROUTIN-PIOLOT

- ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Olivier BENVÉNISTE, Catherine BERNARD, Yves COHEN, Philippe CORNU, Marysette FOLLIGUET, Philippe GRENIER, Christian GUY-COICHARD, Michel LEJOYEUX, Julien LENGLET, Ariane MALLAT, Véronique MOLINA, Rémy NIZARD, Patrick PELLOUX, Julie PELTIER, Philippe RUSZNIEWSKI, Namik TARIGHT, Éric THERVET, Jean-Marc TRÉLUYER, Michel ZÉRAH
- M^{me} Marion TEULIER, M. Yann FLÉCHER

La séance s'ouvre à 16 heures 35, sous la présidence du P^r Noël GARABÉDIAN.

I. Informations du président de la CME

Le président rend hommage au D^r Jean-Louis COSTES, anesthésiste-réanimateur à l'hôpital Necker, décédé le 2 novembre, âgé de 64 ans.

La CME observe un instant de recueillement en sa mémoire.

École de chirurgie

Le directoire du 18 octobre a discuté de l'avenir de l'école de chirurgie de l'AP-HP. Les locaux qu'elle occupe actuellement rue du Fer-à-Moulin (Paris 5^e) ne correspondent plus aux nouveaux besoins de formation des jeunes chirurgiens. L'idée d'une extension sur place a été examinée mais s'avère impossible. Il convient donc de réfléchir à une nouvelle localisation, qui pourrait être le bâtiment Leriche de l'hôpital Broussais. Le président remercie le directeur général pour son implication dans ce dossier et indique qu'un groupe de travail est en cours de constitution pour travailler sur le nouveau projet.

Visites des groupes hospitaliers (GH)

Le président a visité les hôpitaux Ambroise-Paré et Sainte-Périne du GH *Hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest* (HUPIFO).

Il a aussi visité l'hôpital Paul-Doumer en compagnie du P^r Loïc CAPRON, chargé d'une mission d'accompagnement médical de l'hôpital, du D^r Sylvie HAULON et du P^r Laurent TEILLET, présidente et vice-président de la collégiale de gériatrie. Il remercie le P^r CAPRON et la secrétaire générale, M^{me} Amélie VERDIER, du bon travail qu'ils ont réalisé pour redonner à l'hôpital une dynamique médicale et un projet adapté à son environnement.

Consultanat 2017-2018

Concernant les premières demandes de consultanat, le président indique que, pour recevoir son avis favorable, les candidats devront s'être attachés à assurer les conditions d'un bon fonctionnement médical et managérial de leur service et avoir bien organisé leur succession. Il privilégiera les projets transversaux témoignant d'une volonté de servir l'institution, en particulier ceux ayant trait à la qualité et à la sécurité des soins, et aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU). Les consultants seront aussi susceptibles de participer aux jurys des concours organisés par l'AP-HP pour lesquels elle manque de volontaires.

Suivi du plan d'action pour la prévention, la détection et le traitement des situations à risques ou conflictuelles

Le tour de table effectué lors du comité des GH du 26 octobre montre que la plupart des GH ont aujourd'hui mis en place leur comité local de suivi des situations complexes, conformément à la feuille de route que le directeur général et le président leur ont envoyée en juillet. Une première réunion de la commission centrale sera organisée d'ici la fin de l'année.

Informations du directeur général.

Bâtiment « nouveau Lariboisière »

Le directeur général propose de débiter la séance par un film présentant le projet du bâtiment « nouveau Lariboisière ». Cette nouvelle construction permettra de mettre aux normes certaines activités qui ne l'étaient pas jusque-là, comme les blocs opératoires par exemple. Les contraintes sur le site sont nombreuses, avec un service d'urgence très sollicité et la proximité d'une gare. Le projet, qui est passé en comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO), devrait être livré fin 2021 pour une mise en service en 2022. La conduite de projet a été exemplaire, tant au niveau des relations entre la direction du siège et le groupement hospitalier que de l'implication de l'ensemble de la communauté médicale et soignante dans les groupes techniques et la préparation. Malgré les contraintes très fortes du site, le bâtiment sera fonctionnel.

Hôpital Nord

Un accord a été trouvé avec le maire de Saint-Ouen sur une implantation pour le campus hospitalo-universitaire de Paris 7, dans le cadre de la fusion des hôpitaux Bichat et Beaujon en un hôpital Nord. **Le directeur général** remercie la communauté médicale du groupe hospitalier qui s'est investie dans ce projet ambitieux, en investissement comme en restructuration avec une réduction capacitaire notable. Il sera présenté en COPERMO le 13 décembre, pour une ouverture souhaitée en 2025.

Les calendriers sur lesquels la direction s'est engagée pour ces deux projets sont respectés, la CME sera tenue informée du déroulement des différentes étapes.

École de chirurgie

Une solution est en passe d'être trouvée pour l'école de chirurgie. Après l'option de valorisation du site du Fer-à-Moulin, il semble préférable d'utiliser le bâtiment Leriche de l'ancien hôpital Broussais. Ce bâtiment appartient à l'AP-HP, qui l'a loué, mais qui le récupérera courant 2018. Une expertise porte actuellement sur la possibilité d'y rassembler l'école de chirurgie avec les écoles d'infirmiers anesthésistes et de bloc opératoires diplômés d'État (IADE et IBODE), pour créer ainsi un ensemble de formation plus large, plus cohérent et plus moderne.

Mouvement national de grève des personnels non médicaux

Une journée nationale de grève est en cours dans les hôpitaux au niveau national. La mobilisation concerne à l'AP-HP 4,76 % du personnel, dont 2 % de grévistes, ce qui la situe bien en dessous de la moyenne nationale de mobilisation. Tous les mouvements nationaux doivent s'interpréter à la lumière d'un contexte, de mots d'ordre, etc. L'activité et l'efficacité sont actuellement élevées, ce qui génère des tensions. La direction est particulièrement sensible aux signes envoyés à cet égard par les personnels médicaux et non médicaux. Elle sait que chacun réalise des efforts. Ces efforts portent leurs fruits : l'AP-HP est dynamique et ses projets fonctionnent. La direction porte ce discours auprès des ministères pour souligner l'importance de soutenir les hôpitaux dans cette dynamique, alors que le budget 2017 est particulièrement difficile.

Maternité « les Bluets »

La maternité des Bluets connaît une crise de gouvernance avec la décision de non certification par la Haute Autorité de santé (HAS). Attendant à l'hôpital Trousseau, cette maternité est importante, avec 3 500 accouchements par an, dont un certain nombre physiologiques, ce qui constitue sa spécificité. Dans l'intérêt des patientes et de l'AP-HP, dont l'ensemble des maternités sont extrêmement sollicitées, la direction est mobilisée, avec le P^r François GOFFINET, président de la collégiale de gynécologie obstétrique, l'agence régionale de santé (ARS) et les équipes, pour aider cette maternité à surmonter, si possible, ces difficultés.

Situation financière de l'AP-HP

La situation budgétaire sera évoquée au mois de décembre, à travers la présentation des résultats 2016, de l'ÉPRD 2017 et de la révision du PGFP. Il s'agit, d'une part, de continuer à réduire les risques relatifs aux diminutions des dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et des missions d'enseignement, de recherche de référence et d'innovation (MERRI). D'autre part, en vue de l'ÉPRD 2017, l'AP-HP et les hospices civils de Lyon sont allés au ministère pour présenter leurs difficultés convergentes qui résultaient de mesures extérieures comme la revalorisation du point de la fonction publique, impactant négativement leur trajectoire financière, malgré la bonne tenue des indicateurs d'activité et de maîtrise des dépenses de ces deux grands CHU. Malgré une forte mobilisation, le directeur général ne peut pas garantir le résultat de ces démarches dans un contexte budgétaire extrêmement contraint.

Bilan à 3 ans

Le directeur général a pris ses fonctions il y a juste trois ans. Les actions à entreprendre ont été si nombreuses qu'il n'a pas vu le temps passer. Il a choisi à son arrivée d'en mener un grand nombre simultanément, en considérant, premièrement, que l'immobilisme constituait le principal risque pour l'AP-HP ; et, deuxièmement, que ces actions (réorganisations médicales, chantiers sociaux, informatiques, technologiques, organisationnels, humains, de stratégie médicale, etc.) dépendaient les unes des autres et ne pouvaient être conduites séquentiellement.

Il s'agissait également, par un effort naturel, mais parfois difficile, de rester en cohérence avec le plan stratégique, qui a présenté de manière ramassée les lignes de force que la direction souhaitait suivre :

- l'ouverture de l'AP-HP dans sa relation avec les médecins de ville ou les groupements hospitaliers de territoire ;
- le soutien aux innovations et à la recherche, avec un effort pour obtenir des MERRI, mais aussi un soutien aux projets et aux investissements ;
- une politique en faveur de l'unité de l'AP-HP, qui ne doit pas être le lieu d'une concurrence entre les équipes et entre les GH, mais, dans le respect des singularités de chacun, d'une collaboration à des projets communs, afin que l'effet de taille de l'AP-HP soit mis au service de ses opportunités technologiques : c'est l'intérêt des grands projets informatiques comme les entrepôts de données, qui finissent par porter leurs fruits.

À l'occasion de cet anniversaire, il se dit heureux de travailler à la tâche qui lui est confiée, et à laquelle il souhaite continuer à s'atteler. Il a conscience des efforts demandés à chacun. Il espère continuer à contribuer à l'avancée des chantiers institutionnels, ainsi qu'au plaisir des équipes à travailler dans cette magnifique institution.

II. Réforme du 3^e cycle des études médicales (P^r Benoît SCHLEMMER)

Le P^r Benoît SCHLEMMER rappelle que les travaux sur cette réforme ont commencé en 2009 et qu'il a été chargé depuis 15 mois, par les deux ministères de tutelle, de la mener à bien pour que les étudiants qui auront passé en 2017 les épreuves classantes nationales puissent en bénéficier à la rentrée 2017.

Il s'agit d'abord de mieux répondre aux besoins de santé, aux évolutions de la médecine ; et aux exigences de lisibilité et de qualité de la formation professionnelle du 3^e cycle au regard notamment des standards internationaux.

Le second objectif est de formaliser une filière pour l'ensemble des spécialités médicales, afin que les pouvoirs publics sachent combien de professionnels doivent être formés dans chacune des 44 spécialités, comme dans chaque région et subdivision. Un certain nombre de diplômes d'études spécialisées complémentaires (DÉSC) sont transformés en diplômes d'études spécialisées (DES) et une nouvelle spécialité « allergologie » est créée.

Au terme de la formation de troisième cycle, ces DES conféreront l'ensemble des compétences nécessaires à l'exercice professionnel. Le post-internat ne sera donc plus nécessaire à la qualification et deviendra un post-DES. Afin d'assurer la liaison entre formations initiale et continue, les modules de formation initiale serviront à la requalification, comme la loi de santé 2015 le permet.

Les maquettes de formation des spécialités visent à permettre l'acquisition progressive des compétences de chaque métier. Lorsque les options qu'elles prévoient sont partagées par plusieurs spécialités, elles sont appelées formations spécialisées transversales. Leur liste pourra être communiquée prochainement. Elles sont « qualifiantes » pour un ensemble de compétences complémentaires exercées dans le cadre de la spécialité d'origine.

Les durées de formation seront de 4 à 6 ans, à l'exception de la médecine générale, pour laquelle le DES reste provisoirement de 3 ans, en attendant que la 4^e année puisse être assurée entièrement en ambulatoire, ce qui nécessitera de recruter des maîtres de stages.

L'organisation de la formation se fera en 3 phases (« socle », « approfondissement » et « consolidation »). Elle sera plus précoce et plus dense qu'actuellement. Les étudiants de 3^e cycle pourront notamment accéder à leur spécialité dès la première année de DES. Ils conserveront le statut universitaire d'étudiants sur toute la durée de la formation. S'y ajouteront cependant un statut d'interne durant les trois ou quatre premières années (phases 1 et 2), et un statut d'« assistant spécialiste de troisième cycle », qui remplacera celui d'interne à la fin de la formation, durant une ou deux années (phase 3). Cette dernière phase, dite de consolidation, devient une étape « pré-professionnelle » en « autonomie supervisée », qui généralise celle déjà connue en SASPASS dans le DES de Médecine générale. Il faudra pour y accéder avoir soutenu sa thèse de médecine et s'inscrire à l'Ordre. Les affectations des étudiants dépendront des vœux des étudiants, et de ceux des responsables de structure qui accepteront de les accueillir pour un an ou deux selon les spécialités. La qualification dans la spécialité ne sera cependant octroyée qu'en fin de parcours, par la validation du diplôme d'études spécialisées.

Un suivi renforcé des étudiants est également prévu, appuyé sur une évaluation régulière et personnalisée de chaque parcours, sur un contrat de formation et un portfolio étudiant.

Les organisations étudiantes ont enfin souhaité et obtenu que les décisions relatives au parcours de chaque étudiant soient plus collégiales qu'actuellement.

Le décret général relatif à cette réforme du 3^e cycle a été approuvé en Conseil d'État le 18 octobre et devra s'accompagner de nombreux arrêtés, facilement révisables.

Chaque discipline a dû réfléchir au référentiel de compétences de chaque spécialité et métier. Les projets pédagogiques sont chaque fois déclinés selon les trois phases prévues. Des références transversales (de santé publique, de sécurité des soins, de relation avec les patients etc...) sont également prévues dans les maquettes.

Les agréments des lieux d'accueil, en CHU comme ailleurs, seront différenciés selon les phases de formation : une même structure devra donc produire des projets pédagogiques différents pour les phases initiale, intermédiaire et de consolidation. Ils devront inclure des critères concernant les

activités médicales, l'encadrement et le nombre de DES pouvant être pris en charge. Le périmètre des activités de soin qui seront déléguées aux étudiants en autonomie supervisée devra notamment être précisé en application du décret qui sera pris à cet effet.

Non seulement les CHU et les centres hospitaliers publics, mais aussi certaines structures privées devraient pouvoir accueillir des étudiants en formation, éventuellement en ambulatoire.

Le président s'interroge sur la substitution du terme d' « interne » à celui d' « étudiant » et souhaite qu'elle ne conduise pas à dégrader leur situation.

Le P^r Benoît SCHLEMMER précise que les étudiants resteront internes durant les deux premières phases de leur DES, avant d'être placés sous un statut dérivé de celui d'assistant. Les appeler « étudiants » présente l'intérêt de rappeler aux universités leurs responsabilités à leur égard.

Le président s'inquiète aussi de la rémunération des jeunes assistants spécialistes et des jeunes médecins qui commencent à exercer autour de 30 ans après de longues années d'études. Si la médecine est d'abord une vocation, elle n'en doit pas moins être correctement rémunérée et rester attractive par rapport aux autres professions.

Le P^r Benoît SCHLEMMER estime qu'à 34 ans, les étudiants devraient avoir majoritairement terminé leur troisième cycle. Il n'a pas été chargé de négocier les salaires des assistants, mais ils devraient être supérieurs à ceux que connaissent actuellement les internes en fin de parcours. Le problème du différentiel de paiement des gardes entre les assistants d'hôpitaux et les chefs de clinique n'est pas résolu. Selon les pouvoirs publics, les chefs de clinique assistants sont davantage payés que les assistants d'hôpitaux, car ils n'ont pas droit aux mêmes avantages en termes de temps de travail et de récupération.

Le président interroge le P^r SCHLEMMER sur les conséquences de la réforme sur l'accès au secteur 2.

Le P^r Benoît SCHLEMMER explique que le secteur 2 restera accessible, comme actuellement, aux anciens assistants et anciens chefs de clinique. La durée de fonctions en qualité d'assistant spécialiste de 3^e cycle comptera pour une année d'ancienneté comme assistant. Il suffira donc d'une année d'assistantat supplémentaire pour obtenir le titre d'ancien assistant des hôpitaux et éventuellement revendiquer un accès au secteur 2. L'obtention du titre d'ancien chef de clinique continuera quant à elle à exiger deux années supplémentaires comme chef de clinique.

Le P^r René ADAM demande comment seront répartis les postes entre chefs de clinique et assistants spécialistes et si le nombre de chefs de clinique est appelé à diminuer.

Le P^r Benoît SCHLEMMER précise que les assistants spécialistes de 3^e cycle constitueront un effectif à part, qui n'impactera pas celui des postes d'assistant tels qu'ils existent aujourd'hui. Le ministre a garanti que les emplois de chefs de clinique seraient maintenus en nombre et dans leurs statuts, quoiqu'avec des tâches universitaires accrues. Les postes d'assistants devraient augmenter, mais le ministère n'a pas encore précisé le niveau de cette augmentation. Le post-DES hospitalier ou hospitalo-universitaire constituera donc une voie d'entrée à la vie professionnelle parmi d'autres possibles.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande ce qui est prévu pour les étudiants de DES qui ne parviendraient pas à finaliser leur thèse.

Le P^r Benoît SCHLEMMER explique que ces étudiants ne pourront pas accéder à la phase 3 de la formation. Seuls les internes de médecine générale pourront attendre la fin des trois premières années de leur DES pour passer leur thèse dans un délai maximal de trois ans.

M. Stefan NERAAL demande comment sera financé un interne en retard dans sa thèse, dès lors qu'il ne pourra pas effectuer de remplacements.

Le P^r Benoît SCHLEMMER répond que les encadrants des étudiants doivent tout faire pour que ce problème ne se pose pas.

M. Stefan NERAAL demande si, comme la commission de coordination de médecine générale d'Île-de-France actuellement, les comités de coordination des DES ne seront pas financés.

Par ailleurs, la quatrième année de médecine générale une fois créée donnera-t-elle accès à un statut d'assistant spécialiste, alors qu'elle est pratiquée en ambulatoire ?

Le P^r Benoît SCHLEMMER précise que la coordination de médecine générale d'Île-de-France reste financée. Il ne revient cependant pas aux ARS, mais aux universités de financer les coordinations de spécialité.

La question du statut des futurs étudiants de médecine générale en 4^e année n'est pas réglée. Il est des spécialités pour lesquelles la dernière phase de formation s'exercera sur un statut « équivalent » à celui d'assistant-spécialiste de 3^e cycle

Le P^r Paul LEGMANN demande si les stages hors spécialité seront possibles et si une règle générale prévaut pour la validation du DES.

Le P^r Benoît SCHLEMMER confirme la possibilité de réaliser de tels stages et explique que cette validation sera soumise à l'appréciation des commissions locales de coordination de chaque spécialité. Des appels seront possibles auprès des commissions régionales si nécessaire.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE signale que pour sa spécialité (*l'hépatogastroentérologie*) comme pour d'autres spécialités médico-techniques, cette réforme aboutira à une baisse de qualité. Trois années + 1 année de mise en situation ne peuvent suffire pour exercer l'hépatogastroentérologie, par exemple, particulièrement si des stages hors spécialité sont prévus par exemple pour pouvoir exercer la cancérologie digestive. Cette réforme est en opposition avec les normes européennes et aboutira à une baisse de qualité des praticiens formés. Le CNU *d'hépatogastroentérologie*, la société nationale de gastroentérologie et les internes sont opposés à cette réforme.

Le P^r Benoît SCHLEMMER indique qu'il doit évoquer prochainement ce sujet avec le conseiller de la ministre et les représentants de l'hépatogastroentérologie.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU regrette que cette réforme n'ait pas été l'occasion d'aligner la durée des DES sur le niveau européen en rattrapant des disparités pénalisantes pour nos internes. Cela est vrai notamment pour la gastroentérologie et la cardiologie. En cardiologie la moyenne européenne est à 5,6 ans contre 4 ans en France. Or c'est essentiellement sur la base de la durée des études que les qualifications sont reconnues entre les pays. Les spécialistes français en cardiologie risquent ainsi de ne pas être reconnus en Europe alors que la France accueille dans le même temps de nombreux cardiologues européens.

Le P^r Benoît SCHLEMMER rappelle que l'accès aux options donnera droit à une année supplémentaire de formation pour les DES de 4 ans, comme la gastroentérologie et la cardiologie. La congruence des schémas proposés avec les règles européennes a été vérifiée par le ministère. Les unités de mesure des temps de formation varient selon les pays : les années de fin de 2^e cycle en France sont souvent intégrées à l'étranger au 3^e cycle.

Le P^r Christophe CELLIER juge que l'évolution technique de certaines disciplines rend aujourd'hui impossible d'y former en 3 ou 4 ans. Les professionnels, et le CNU d'hépatogastroentérologie notamment, auraient dû être écoutés à cet égard, alors qu'ils ont alerté et justifié cette demande de passage à 5 ans de leur formation du DES. Une diminution de la qualité de la formation est crainte par l'ensemble des membres de notre spécialité.

Le P^r Benoît SCHLEMMER souligne avoir rencontré toutes les disciplines. Excepté pour la médecine générale, la 4^e année de formation fera bien partie du cursus de DES dans les DES de 4 ans, mais permettra aux jeunes de participer, de manière encadrée et uniquement dans des services agréés, à un ensemble d'activités proches du niveau professionnel. En aucun cas cette dernière année ne doit servir d'alternative au recrutement de médecins qualifiés pour des structures en difficulté.

Les maquettes montrent que la formation en spécialité a été considérablement enrichie, au point que certains (par exemple les néphrologues) craignent que le niveau de formation générale soit maintenant insuffisant.

Le P^r Thierry BÉGUÉ demande confirmation qu'une cooptation réciproque est prévue lors des deux dernières années de mise en responsabilité.

Le P^r Benoît SCHLEMMER confirme qu'un big matching informatique permettra de mettre en correspondance les vœux des étudiants et des chefs de service.

III. Attractivité en gériatrie à l'AP-HP (D^r Sylvie HAULON, P^r Laurent TEILLET)

Le D^r Sylvie HAULON rappelle que la gériatrie est une spécialité reconnue depuis 2004.

Elle représente à l'AP-HP 6 000 lits pour 200 PH et 12 PU-PH, soit un taux d'encadrement très faible, notamment dans les unités de soins de longue durée, qui correspondent à la moitié des hospitalisations.

Les structures sont souvent isolées et peu attractives, pour les médecins comme pour les personnels paramédicaux. De plus, la reconnaissance de la place de la gériatrie est variable d'un groupe hospitalier à l'autre.

40 gériatres, soit un quart des praticiens, partiront en retraite d'ici 2025.

Les internes en gériatrie sont souvent de médecine générale, mais de moins en moins nombreux; Ils sont remplacés par des médecins de diplômes étrangers et en cours de formation, qui s'orientent uniquement vers des services agréés.

La concurrence du secteur privé est d'autant plus forte que les délais de nomination sont très longs à l'AP-HP.

Les conditions de travail sont dégradées, en raison des glissements de tâches, notamment vers le secrétariat, des difficultés d'accès aux plateaux techniques et du manque de professions paramédicales spécialisées.

5 PH en poste depuis une dizaine d'années sont partis en 2016, dont 3 vers le secteur privé.

Les risques imminents sont ainsi les suivants :

- la paupérisation et l'apoptose de la gériatrie au profit d'une médecine polyvalente hospitalière ;

- le recours à l'intérim pour les professions médicales et paramédicales ;
- le recours à la fermeture de lits comme variable d'ajustement.

Les gériatres proposent donc les mesures suivantes :

- une restructuration des services de manière à en finir avec l'isolement des soins de longue durée (SLD) ;
- un meilleur encadrement médical et une rénovation des services de SLD ;
- la création de lits de court séjour ;
- le développement de filières spécifiques avec des activités transversales (équipes mobiles, hôpitaux de jour, UPOG, onco-gériatrie, géronto-psychiatrie, etc.) ;
- l'augmentation des rémunérations ;
- une plus grande mobilité des médecins entre les structures au sein des services ;
- le développement d'activités nouvelles.

Le P^r Laurent TEILLET présente l'impact de la création du DES de gériatrie, qui remplacera le Desc dès novembre 2017, alors que la capacité de gériatrie disparaîtra simultanément.

Actuellement, 120 capacitaires et 35 Desc de gériatrie sont formés par an en Île-de-France, contre 30 à 35 DES attendus par an en Île-de-France, ce qui rendrait le fonctionnement des structures gériatriques, privées ou publiques, impossible aujourd'hui. Les coordonnateurs du futur DES jugent pourtant possible de former 80 à 85 DES chaque année, ce qui améliorerait la satisfaction des besoins sans suffire cependant.

Les gériatres proposent que des stages en gériatrie soient rendus obligatoires pour la médecine générale, la médecine d'urgence et la médecine interne.

Certains points positifs sont cependant à souligner :

- la structuration des filières de soins dans la majorité des GH ;
- la rénovation, l'humanisation, la reconstruction de certaines unités et sites gériatriques ;
- la création du GéronD'IF ;
- un engagement fort de la discipline dans l'enseignement, la formation et la recherche.

Le D^r Sylvie HAULON conclut en soulignant que la création du DES est une opportunité pour la formation de futurs spécialistes de haut niveau. Si les besoins ne sont pas couverts, des formations alternatives sont à prévoir comme dans d'autres disciplines.

Le président souhaite que la collégiale des gériatres participe à une réflexion sur la stratégie globale à mettre en œuvre pour restructurer nos services de gériatrie de façon à mettre fin à l'isolement des unités de soins de longue durée (USLD). Ses visites dans plusieurs hôpitaux gériatriques l'ont convaincu du bien-fondé de cet objectif.

Le directeur général rappelle que la gériatrie, avec un total de 6 000 lits sur 22 000, est une spécificité de l'AP-HP, aussi bien en comparaison aux autres CHU que par rapport aux autres grands centres internationaux. Il représente également un atout pour les patients et l'AP-HP, au regard du vieillissement démographique de la population et du service rendu par rapport à l'offre privée.

La création des GH en 2011 a constitué un atout pour la gériatrie en évitant de maintenir un isolement.

Il faut restructurer les soins de suite et de rééducation (SSR), en les intégrant avec la gériatrie aiguë et les SSR, tout en continuant à assumer la distinction avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD), afin de garantir une meilleure attractivité des équipes.

De nombreux projets d'humanisation ont également été portés. Le service de gériatrie de l'hôpital Charles-Foix, qui a été intégré à la Pitié-Salpêtrière, ne ressemble plus à ce qu'il était il y a quinze ans. L'hôpital Sainte-Périne se transforme. Un projet indispensable est en cours à l'hôpital Émile-Roux. La Collégiale doit également être transformée. L'effort porte sur une durée plus longue que prévu, mais les hôpitaux gériatriques font l'objet d'un avenant particulier au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'AP-HP avec l'ARS. Les conditions de la rénovation d'Adélaïde-Hautval ont été spécifiques, mais elles ont mis fin à une situation d'accueil des patients inacceptable.

Sur les cinq dernières années, l'AP-HP ne s'est pas désengagée à l'égard des effectifs médicaux, qui sont en augmentation dans ces disciplines, aussi bien en seniors qu'en jeunes PH. Il s'agit maintenant de les retenir pour que ces efforts ne soient pas compromis. Le nombre des départs n'est pas encore menaçant, mais il suffit à interpeler.

La gériatrie est ainsi essentielle pour les politiques de filière de l'AP-HP, l'humanisation des structures est en cours.

Le D^r Sylvie HAULON rappelle que, si la centralisation des GH a parfois été bien vécue, elle a parfois aussi été considérée comme pénalisante pour d'autres.

Le directeur général convient que tous les GH n'ont pas la même appréciation de cette centralisation.

Le P^r Bruno Riou précise que le document remonté officiellement de l'ARS à la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) et à l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) prévoit maintenant la formation de 60 DES de gériatrie par an en Île-de-France. Reste à communiquer auprès des étudiants de deuxième cycle pour les convaincre de choisir cette spécialité, et à poursuivre ce combat pour l'augmentation des postes au niveau national.

Le P^r Paul LEGMANN souligne que la gériatrie est une discipline d'avenir, ce qui devrait la rendre attractive. Les réformes envisagées sont liées à des problèmes d'organisation. Une fois les USLD réunies avec les unités de gériatrie aiguë (UGA) et les SSR, il faudrait les placer sous la responsabilité d'un praticien, afin d'assurer une rotation des médecins en charge de chacune de ces unités.

Il est indispensable d'intégrer une formation à la gériatrie dans le cadre des DES de médecine d'urgence, de médecine interne et d'autres spécialités (la médecine générale notamment), cela permettrait d'accroître le nombre d'internes en gériatrie.

Le D^r Christophe TRIVALLE signale que la gériatrie n'a pas été « universitarisée » sur tous les GH ce qui est le cas pour le sien. Le service dont il s'occupe compte aujourd'hui 130 lits pour 1 PH temps plein, 2 PH mi-temps et 2 attachés, contre 120 lits en 2003 pour 4 PH temps plein, et plusieurs attachés et internes. Lorsque, comme l'été précédent, cet été et cet hiver, la médecine générale ne met pas les postes d'internes au choix, le service passe de 3 internes à 2, pouvant entraîner des fermetures de lits si on ne trouve pas de médecins pour occuper les postes (ce qui est le cas pour cet hiver). Par ailleurs, lorsqu'un interne est en repos de garde et l'autre en formation, cela devient très difficile de fonctionner. Les attachés, qui sont des médecins à diplôme étranger, ne peuvent être recrutés que s'ils sont en procédure d'autorisation d'exercice (PAE. Or il est actuellement impossible d'en trouver. Les 60 postes d'interne de spécialité qui seront créés au

DES de gériatrie seront pris majoritairement sur les postes de médecine générale en SSR et leur répartition risque de poser problème (compte tenu des besoins). Il pèse donc un risque majeur sur le fonctionnement des SSR gériatriques en plus de celui des SLD.

Le D^r Olivier HENRY souhaite que le directeur général soit entendu lorsqu'il dit que la gériatrie est un atout pour l'AP-HP. Malheureusement, les vacances de postes de praticiens attachés sont considérables en l'absence d'internes. L'hôpital Émile-Roux a été doté de 2 internes pour 900 lits. Les médecins manquent, les mouvements sociaux se multiplient et l'absentéisme est important. Cette dégradation rapide de la situation peut conduire à des difficultés dans la filière et dans l'aval des urgences pour les plus de 75 ans.

Le président fait part de la réponse du directeur de l'ARS au courrier qu'il a cosigné avec le P^r RIOU, président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France, et le D^r Claude CHARESTAN, président de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France, suite aux difficultés rencontrées lors de la commission de répartition des internes de médecine générale pour le semestre d'hiver. Il incite à ne pas attendre pour reprendre contact avec l'ARS pour anticiper très en amont les commissions de répartition. Il souhaite que le P^r Benoît SCHLEMMER puisse relayer ces difficultés.

Le P^r Benoît SCHLEMMER souligne que l'Île-de-France est malheureusement moins attractive qu'auparavant pour les internes, ce qui conduit à une baisse des affectations issues de la procédure de choix post-ECN et oblige à réduire le nombre de postes ouverts.

Le P^r Bruno RIOU estime que le DES est une chance, mais aussi une difficulté pour la gériatrie. Comme le P^r Benoît SCHLEMMER l'a rappelé, les internes ne doivent pas seulement pallier les problèmes de recrutement des établissements, qui devront démontrer une capacité d'encadrement pour se voir affecter des internes. Or, cette capacité est parfois inexistante dans certains hôpitaux, en particulier la nuit.

Le directeur général explique que la réforme du temps de travail a particulièrement concerné les personnels dans les hôpitaux gériatriques qui n'étaient pas sur les mêmes rythmes de travail que le reste de l'AP-HP. Leur situation donc a été normalisée. Les ratios de l'AP-HP en personnels non médicaux par lit sont en gériatrie plus élevés que hors AP-HP, ce que la direction ne cherche pas à modifier, ni à mettre particulièrement en avant.

Le président demande à la sous-commission *Structures et stratégie* de constituer un groupe de suivi de la mise en œuvre des propositions de la collégiale.

IV. Avis sur le bilan social 2015 de l'AP-HP (M. Gérard COTELLON, M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ)

1. Personnel non médical

M. Gérard COTELLON rappelle que, depuis le décret du 23 décembre 2014, les sages-femmes ne figurent plus au bilan social du personnel non médical.

La part des soignants diminue légèrement, même si elle reste prédominante, avec 68,9 % contre 69,2 % en 2014.

La répartition par sexe est constante.

En ÉTPR, de 2013 et 2015, les effectifs diminuent de 0,11 %, contre une hausse de 0,63 % entre 2012 et 2014. Cette diminution s'analyse comme suit :

- personnels titulaires : – 0,21 % (– 1,93 % de 2011 à 2013) ;
- stagiaires : – 16,45 % ;
- contractuels en contrat à durée indéterminée (CDI) : +9,34 %, suite à la politique de lutte contre la précarisation ;
- personnels en contrat à durée déterminée (CDD) : +7,76 %, ce qui contredit les objectifs contractés avec les partenaires sociaux et entraîne actuellement des discussions avec les directeurs des ressources humaines (DRH) des GH pour inverser la tendance ;
- contrats aidés : +83,65 %, conformément à la politique nationale.

La pyramide des âges est conforme à ce qui existe dans les CHU.

Les infirmiers comptent 54 % de personnels de moins de 35 ans, suite aux recrutements réalisés fin 2012. La pyramide des aides-soignants est plus homogène.

L'âge moyen continue à augmenter, de 41,9 % contre 39,4 % en 2013 et 40,6 % en 2014. Le personnel technique et ouvrier et le personnel administratif sont en moyenne les plus âgés.

La durée moyenne des absences des agents ayant eu au moins un arrêt de travail diminue légèrement pour les absences médicales (arrêt maladie, etc.) et augmente légèrement pour les absences non médicales (congé maternité, etc.). La situation diffère selon les catégories A (baisse de la durée des absences non médicales ; stabilité de celle des absences médicales), B (baisse des durées des absences médicales et non médicales) ou C (hausse de la durée des absences non médicales ; baisse de la durée des absences médicales).

La journée de carence avait en 2013 entraîné une baisse de l'absentéisme tous motifs confondus. Elle sera probablement remise en place après les élections.

L'absentéisme tous motifs confondus est de 9,34 % en septembre 2016, contre 9,11 % en septembre 2015. Les absences pour maladies ordinaires sont cependant en hausse.

Les promotions professionnelles sont en hausse par rapport à 2014, en nombre de nouvelles prises en charge. Des étudiants en kinésithérapie ont été recrutés à leur arrivée dans les écoles afin de garantir une arrivée de personnel qui fait actuellement défaut dans les GH.

2. Personnel médical

M^{me} **Gwenn PICHON- NAUDÉ** constate une augmentation totale de 1,3 % des effectifs médicaux en unités physiques au 31 décembre 2015 par rapport à 2014, essentiellement due à l'augmentation du nombre de personnels juniors. En unités physiques, les effectifs médicaux seniors diminuent de 0,2 %, même si le nombre des seniors PU-PH augmente. Le nombre des MCU-PH et surtout des PH temps partiel diminue fortement. Le nombre des PH contractuels augmente ; celui des praticiens attachés diminue.

En équivalents temps plein rémunérés (ÉTPR) moyens annuels, les effectifs augmentent essentiellement en raison de la hausse qui concerne les PH temps plein et les praticiens contractuels.

En effectifs physiques, les praticiens attachés sont majoritaires, suivis des HU titulaires et temporaires et des PH temps plein.

En ÉTP, les PH temps pleins sont majoritaires, suivis des praticiens attachés et des HU titulaires et temporaires.

En moyenne, les praticiens attachés travaillent 4 demi-journées par semaine.

L'âge moyen des praticiens seniors est de 47,2 ans.

La féminisation des effectifs se poursuit, notamment chez les contractuels (+0,9 % par rapport à 2014) ; les HU titulaires (+0,5 %) et les PH (+0,5 %).

Les dépenses de personnel médical ont augmenté de 2,73 % pour atteindre plus d'un milliard d'euros. L'augmentation est de 5,6 % sur les deux dernières années.

Le compte épargne temps (CET) historique n'est plus incrémenté. Reste le CET pérenne. 231 085 jours ont été stockés en 2015. 40 474 jours ont été payés, pour un total de 12 142 000 €.

3. Sages-femmes

Les effectifs 2015 comprennent 641,46 ÉTPR de sages-femmes, dont 90,8 % de titulaires et stagiaires. Leur âge moyen est de 36,5 ans, en légère progression. 20 % de ces sages-femmes travaillent à temps partiel, essentiellement à 80 %.

Les ÉTPR moyens annuels ont augmenté de 1,61 % depuis 2013.

Le turn-over est de 3,2 % en 2015.

Rapporté à l'effectif global, l'absentéisme moyen par agent est de 20,8 jours (8,7 jours pour absence non médicale et 12,1 jours pour absence médicale). La durée moyenne des absences par agent ayant eu un arrêt de travail est de 130 jours.

23,4 jours de CET sont stockés par sage-femme ayant ouvert un CET en moyenne, pour 40 heures supplémentaires en moyenne en 2015.

Le D^r Anne GERVAIS rappelle que la CME doit rendre son avis sur l'exactitude de la situation présentée, or il est bien signalé la quasi stabilité des effectifs avec le développement d'activité nouvelle et l'augmentation d'activité. Plus encore pour les personnels non médicaux (PNM) : baisse des effectifs PNM de 130 titulaires et 250 soignants depuis 2013. Cela traduit bien la sincérité du bilan social qui confirme la diminution de la présence auprès des malades.

Par ailleurs pour les cadres, les efforts de recrutement ne portent pas leurs fruits.

Enfin il est signalé que 7 % des jeunes recrutés comme PNM en 2013 étaient partis dans l'année, et 28 % en 2015. Seuls 91 % des entrants en 2015 sont toujours à l'AP-HP à la fin de l'année : la situation s'est donc aggravée.

M. Gérard COTELLON confirme que le métier de cadre connaît une désaffection : l'école des cadres ne parvient pas à tenir ses quotas, malgré l'accompagnement et la préparation aux concours réalisés.

Les départs des infirmiers s'expliquent par le recours croissant à des contractuels, qui partent dès qu'ils peuvent trouver un poste pérenne dans un établissement.

La baisse des effectifs PNM de 250 soignants depuis 2013 inclut la sortie des sages-femmes des effectifs PNM.

M. Guy BENOÎT précise que depuis 2012, les effectifs administratifs et de direction de catégorie A exprimés en ÉTPR, augmentent de 14,2 %, soit de 249 postes. En revanche, le personnel médical diminue de 0,2 %.

La moyenne d'âge était en 2013 de 45,17 ans pour les PH, et de 49,5 ans en 2015.

M. Gérard COTELLON explique l'augmentation du personnel de catégorie A administratif par l'augmentation du personnel lié à l'informatique.

Le directeur général précise que le nombre de directeurs d'hôpital a diminué sur la période.

Le P^r Bernard GRANGER se réjouit de cette débureaucratization de l'institution, si elle est avérée.

Le directeur général juge ce commentaire inutile.

Le P^r Bernard GRANGER souhaiterait que soit donné le nombre de médecins des hôpitaux, PH et PU-PH, ayant quitté l'AP-HP par démission ou mise en disponibilité en 2015.

M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ indique que les chiffres de septembre 2016 ne montraient pas une augmentation significative des départs.

Le P^r Michel ZÉRAH s'étonne que les durées d'absence des médecins n'aient pas été évoquées dans la présentation. Cette donnée semble inaccessible dans l'AP-HP.

M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ explique qu'en l'absence de logiciel de gestion du temps du personnel médical, il est nécessaire de lancer des requêtes individuelles, à consolider ensuite, pour obtenir ces informations. Ce travail n'a pas été effectué.

Le P^r Dominique LE GULUDEC regrette que les internes aient été comptés comme personnel médical, et non comme étudiants. Les élèves infirmières ne sont pas comptées avec le personnel soignant. Elle demande par ailleurs une analyse des ratios évolution de l'activité/ évolution des effectifs sur les 5 à 10 dernières années car c'est ce ratio qui s'est fortement modifié, et qui explique la « surchauffe » exprimée dans les services.

M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ précise que la forme réglementaire du bilan social prévoit l'intégration des étudiants aux effectifs médicaux.

Le P^r Gérard CHÉRON souligne que le planning et les organisations ne peuvent pas être construits sur des effectifs des internes, qui doivent en conséquence être présentés sur des diapositives spécifiques portant sur l'enseignement.

La CME approuve le bilan social 2015 de l'AP-HP à l'unanimité des voix exprimées et une abstention.

V. Les nouvelles commissions des usagers et le label *Hospitalité* de l'AP-HP (M^{me} Sophie BENTÉGEAT, P^r Sadek BELOUCIF)

M^{me} Sophie BENTÉGEAT indique que la commission des usagers doit être mise en place d'ici le 3 décembre et le label *Hospitalité* à partir de janvier 2017.

La loi de modernisation du système de santé remplace la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) par la commission des usagers, dont la composition doit être élargie notamment aux représentants de la CME locale, de la commission

locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CLSIRMT), et de la commission de surveillance du GH. Les présidents et vice-présidents sont dorénavant élus parmi le représentant de la direction, les médiateurs et les représentants des usagers titulaires. Ses compétences également sont élargies aux champs d'intervention suivants :

- la présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves survenus au cours des douze mois précédents et des actions menées par l'établissement pour y remédier ;
- une information sur l'organisation des parcours de soins ;
- le recueil des observations des associations de bénévoles conventionnées ;
- l'élaboration le cas échéant d'un projet des usagers, en lien avec la CME.

La commission des usagers (CDU) est associée (et non plus seulement consultée) à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la CME locale. Elle est également dotée d'un pouvoir de saisine sur tout sujet portant sur la politique de qualité et de sécurité des soins, et sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

La CDU est installée par site et se réunit en format restreint comme plénier à l'instar de la CRUQPC. S'y ajoutent seulement une à deux réunions de coordination des commissions des usagers d'un même groupe hospitalier.

Les présidents et vice-présidents doivent être élus au plus tard le 3 janvier.

Le P^r Sadek BELOUCIF explique que le label *Hospitalité* est issu de la réflexion initiée par le P^r Gérard RÉACH pour permettre aux services d'étendre de manière volontaire la sécurité et la qualité des soins au « prendre soin ».

Le président remercie le P^r Gérard RÉACH d'avoir participé à la mise en place du label *Hospitalité*. Cette prise de conscience marque un progrès pour la prise en charge des patients.

Le D^r Julie PELTIER demande si le label *Hospitalité* garantit l'accueil en chambre seule. Les médecins sont souvent les premiers réceptacles auprès des patients de dysfonctionnements qui concernent le fonctionnement et non le soin.

Le P^r Sadek BELOUCIF confirme que certains services tentent délibérément de réduire la distinction entre personnels médicaux et non médicaux.

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite savoir combien des services testés ont atteint un score de 80 %.

M^{me} Isabelle MOUNIER-ÉMEURY indique qu'au moment de la validation un tiers des services testés aurait obtenu le label, ce qui montre que l'étalonnage était correct. Depuis le lancement des autodiagnostic aucun n'aurait obtenu le label, mais parfois de peu : le taux d'atteinte aux autodiagnostic varie entre 60 et 78 %. Ceux qui n'ont pas atteint 80 % ont commencé à mettre en place des plans d'action pour y remédier.

M^{me} Sophie BENTÉGEAT précise que tous les champs testés (accueil et information, linge, qualité de la relation, propreté confort et environnement, activités culture détente et mieux-être, alimentation et prestations de services) ont le même poids.

Le P^r Thierry BÉGUÉ demande une analyse différenciant les unités de soins selon la présence ou non des cadres de proximité.

VI. Avis sur des avenants et conventions d'association hospitalo-universitaires avec des hôpitaux hors AP-HP (M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ)

M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ indique que le code de la santé publique prévoit que des conventions peuvent être conclues par les universités et les centres hospitaliers régionaux avec d'autres établissements de santé, lors de la procédure annuelle de révision des effectifs hospitalo-universitaires (HU). Des emplois peuvent ainsi être attribués aux établissements déjà liés par convention HU (remplacement de postes devenus vacants ou postes supplémentaires) ou à des établissements nouvellement candidats à une convention HU.

19 établissements sont déjà liés par une convention HU avec l'AP-HP. 186 personnels hospitalo-universitaires sont concernés, dont 92 PU-PH, 24 MCU-PH, 68 CCA et 2 AHU.

La CME doit rendre un avis sur les avenants 2016 listés dans les documents fournis, qui concernent des hôpitaux déjà conventionnés avec l'AP-HP.

Un avis est également demandé sur une nouvelle convention liant l'AP-HP, l'unité de formation et de recherche (UFR) Paris 13 et le centre hospitalier René-Dubos de Pontoise pour un PU-PH de gynécologie obstétrique de Paris 13.

Le président estime que les postes hors AP-HP doivent être examinés avec une attention particulière. Les logiques universitaires ne rejoignent pas obligatoirement celle de l'AP-HP. Il souhaite que les conventions qui nous lient aux établissements privés à but non lucratif soient examinées au cas par cas afin de s'assurer de leur positionnement en complémentarité et non pas en concurrence avec l'AP-HP.

Le D^r Julie PELTIER souligne que tous les établissements hospitaliers présentés accueillent des étudiants hospitaliers.

Le président précise qu'il souhaite simplement que les hôpitaux privés se positionnent en complémentarité et non en concurrence avec l'AP-HP.

Le P^r Thierry BÉGUÉ signale que la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (SCTEM) a rendu un avis favorable pour tous les postes situés dans des centres hospitaliers publics et défavorable pour tous ceux situés dans des établissements privés (l'hôpital René-Huguenin, le centre médico-chirurgical Foch, et l'Institut Gustave-Roussy).

Le P^r Bruno RIOU rappelle que la révision des effectifs hospitalo-universitaires est nationale. En cas de désaccord du CHU et du doyen, le ministère peut finir par imposer son choix. L'avis négatif concernant le centre médico-chirurgical Foch notamment risque de ne pas être suivi.

Le D^r Clara BOUCHÉ ne comprend pas que les centres hospitaliers privés soient empêchés de former des internes alors que les médecins généralistes sont encouragés à se former en ville en libéral.

Le P^r Bruno RIOU souligne que dans certaines autres régions que l'Île-de-France, les problèmes de formation en 3^e cycle obligeront les doyens à recourir aux hôpitaux privés. Il est nécessaire en Île-de-France de préserver la capacité de formation en 3^e cycle dans l'ensemble des disciplines.

Le directeur général rappelle qu'une convention entre l'Institut Curie, l'hôpital René-Huguenin et les hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest (HUPIFO) a récemment été approuvée en directoire, à la demande du GH pour répartir les activités de cancérologie entre ces établissements.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE juge qu'il s'agissait d'une erreur.

Le directeur général fait confiance aux communautés médicales d'HUPIFO et de Cochin pour juger du bien-fondé des conventions qu'elles décident. Il paraîtrait donc contradictoire de ne pas valider, quelques mois seulement plus tard, ce partenariat d'abord demandé et soutenu par l'AP-HP et consécutif à une convention déjà validée.

Il est nécessaire de vérifier que chaque convention liant l'AP-HP à un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ÉSPIC) inclut une stratégie à l'égard des patients, des personnels, de la formation et des complémentarités, et de ne pas valider ces conventions dans le cas contraire. Toutefois, émettre un avis négatif avant ces vérifications risquerait de jouer contre l'AP-HP.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE explique que l'hôpital Cochin a signé depuis quinze ans une convention avec l'institut Curie. Néanmoins, leur service de pneumologie préfère toutefois envoyer à Foch les malades qui doivent recevoir une chirurgie thoracique, et à la clinique de l'Alma les malades qui doivent bénéficier d'endoscopies digestives interventionnelles. L'institut Curie cherche donc des collaborations pour obtenir des postes HU, mais ne se soucie pas de collaborer avec l'AP-HP d'un point de vue hospitalier.

Le P^r Joël ANKRI souligne les effets positifs de cette collaboration : par exemple, le GH HUPIFO traite toute la biologie cancérologique de l'hôpital René-Huguenin. Son UFR de médecine n'inclut plus certaines disciplines comme la gynécologie et la cancérologie et ces collaborations permettent également d'offrir aux étudiants l'ensemble des disciplines. Les problèmes liés aux endoscopies sont en cours de résolution.

Le président ajoute que l'Institut Gustave-Roussy (IGR), l'hôpital René Huguenin et l'Institut Curie sont des grands centres anticancéreux, qui ne relèvent pas pleinement d'une démarche privée. L'hôpital Bicêtre travaille beaucoup en cancérologie avec l'IGR. Si la collaboration est claire autour d'activités et de formations complémentaires, ces conventions ne posent aucun problème.

Le P^r Joël ANKRI précise qu'aucun poste n'a été attribué récemment hors AP-HP pour une discipline qui existait au GH.

Le président précise que toutes les disciplines existent à l'AP-HP. Elles ne sont simplement pas présentes dans tous les GH.

La CME approuve les avenants et conventions d'associations à l'unanimité des voix exprimées et 14 abstentions.

VII. Concertation sur la révision des effectifs 2017 de praticiens hospitaliers

Le président félicite l'ensemble des personnes responsables de cette révision des effectifs, qu'il juge efficace et constructive. Il salue le sérieux du travail réalisé par les GH et les collégiales et remercie les membres de la CME et la DOMU qui ont permis le bon déroulement de cette révision. Il espère que cette dynamique positive pourra être maintenue à l'avenir, malgré les problèmes budgétaires croissants qui se présentent.

Il ne s'agit pas aujourd'hui de voter, mais de proposer au directeur général une première liste. La liste retenue par le directeur général sera votée en décembre.

M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ indique que la note de cadrage présentée en CME a été adressée aux GH le 12 avril 2016. Les GH ont travaillé d'avril à juillet sur la présélection. Quatre groupes

restreints se sont tenus les 13, 16, 27 septembre et 7 octobre pour établir un premier classement des GH. Un bureau élargi s'est enfin tenu le 25 octobre.

Les 283 postes présentés ont été classés comme suit par les groupes restreints :

- 201 classés A ;
- 76 classés B ;
- 6 classés C (donc rejetés).

Le bureau élargi a finalement classé 278 postes en A, et 8 postes en C. Certains postes avaient entre-temps été retirés par les GH.

Ces 278 postes sont financés de la manière suivante :

- 190 postes sont autofinancés ;
- 76 postes sont financés institutionnellement ;
- 12 postes sont financés sur des crédits fléchés.

16 de ces postes relèvent du temps continu.

Ces 278 postes incluent 39 postes d'anesthésiste.

Un tableau de répartition des enveloppes institutionnelles entre les GH a été fourni aux membres de la CME.

Le président ajoute qu'il sera tenu compte de ce tableau pour réaliser un équilibre sur quelques années. Ces enveloppes institutionnelles sont à rapporter à l'efficacité et aux cadrages budgétaires des GH.

Le P^r Thierry BÉGUÉ souligne l'utilité pour la décision finale du classement réalisé par les collégiales.

Le président juge essentiel de croiser les classements des GH avec ceux des collégiales.

VIII. Questions diverses

Le D^r Patrick DASSIER signale que les anesthésistes réanimateurs ont envoyé le 3 novembre au ministère un préavis de grève pour la journée du 14 novembre et pour la nuit du 14 au 15 novembre. Les revendications concernent notamment la reconnaissance de la totalité du temps de travail en garde.

Cette grève tient exprime les difficultés d'attractivité des établissements publics de santé. Les anesthésistes réanimateurs de la CME de l'AP-HP demandent quelles sont les conclusions du bilan d'attractivité et de l'audit réalisés dans les différents GH de l'AP-HP. Les mesures d'attractivité entreprises doivent être homogénéisées sur l'ensemble de l'AP-HP pour éviter le dumping social entre les différents GH.

M^{me} Christine WELTY précise que l'audit n'est pas achevé. Un premier document devrait être fourni en décembre, même si les investigations devront peut-être se poursuivre en janvier. Le groupe pourra donc être réuni durant la deuxième quinzaine du mois de décembre.

Le président se dit, en tant que chirurgien et président de CME, très attentif au problème des anesthésistes. Il est indispensable que les pratiques soient homogénéisées au sein de l'AP-HP.

IX. Approbation du compte rendu de la CME du 11 octobre 2016

La CME approuve le compte rendu à l'unanimité.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 19 heures 15.

* *
*
*
*

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

Mardi 6 décembre 2016 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mardi 22 novembre 2016 à 16 heures 30