

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 8 OCTOBRE 2019

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 2019

SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Orientations relatives à la nouvelle organisation du Siège	11
III.	Renforcement de la politique d'intéressement pour la recherche	12
IV.	Cadre juridique applicable en matière de retransmission des séances de chirurgie en direct	14
V.	Point sur les relations internationales de l'AP-HP	17
VI.	Plan d'action « Gériamed » : résultats et perspectives	19
VII.	Point sur le schéma stratégique des unités de soins de longue durée de l'AP-HP	20
VIII.	Approbation des comptes rendus des CME des 9 juillet et 10 septembre 2019	23
IX.	Questions diverses	23

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT DE L'AP-HP
RÉUNION DU MARDI 8 OCTOBRE 2019**

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

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Orientations relatives à la nouvelle organisation du Siège (M. Jérôme MARCHAND-ARVIER)
3. Renforcement de la politique d'intéressement pour la recherche (P^r Philippe-Gabriel STEG, M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE)
4. Cadre juridique applicable en matière de retransmission des séances de chirurgie en direct (P^r Jacques BELGHITI, M^{me} Charline NICOLAS)
5. Point sur les relations internationales de l'AP-HP (D^r Florence VÉBER, P^{rs} Didier HOUSSIN et René ADAM)
6. Plan d'action « Gériamed » : résultats et perspectives (M^{me} Christine GUÉRI, D^r Christine MANGIN)
7. Point sur le schéma stratégique des unités de soins de longue durée de l'AP-HP (M. Pierre-Emmanuel LECERF, M^{me} Cécile BALANDIER)
8. Approbation des comptes rendus des CME des 9 juillet et 10 septembre 2019
9. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition A

- Avis sur une demande d'intégration d'un PU-PH
- Avis sur une demande d'intégration d'un directeur de recherche dans le corps des PU-PH
- Avis sur la mobilité hospitalière d'un PU-PH

Assistent à la séance :

avec voix délibérative :

P ^r René	ADAM	P ^r Bernard	GRANGER
P ^r Thomas	APARICIO	P ^r Bertrand	GUIDET
P ^r Jean-Yves	ARTIGOU	P ^r Olivier	HÉLÉNON
P ^r Sadek	BELOUCIF	P ^r Emmanuel	MARTINOD
M. Guy	BENOÎT	D ^r Véronique	MOLINA
P ^r Catherine	BOILEAU	D ^r Antoine	PELHUCHE
D ^r Clara	BOUCHÉ	D ^r Patrick	PELLOUX
P ^r Pierre	CARLI	M. Rémi	PIERAGOSTINI
P ^r Olivier	CLÉMENT	P ^r Jean-Damien	RICARD
P ^r Bruno	CRESTANI	P ^r Christian	RICHARD
D ^r Sophie	CROZIER	D ^r Frédéric	RILLIARD
D ^r Patrick	DASSIER	M ^{me} Isabelle	RIOM
D ^r Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	P ^r Rémi	SALOMON
P ^r Jacques	DURANTEAU	P ^r Thomas	SIMILOXSKI
D ^r Alain	FAYE	P ^r Laurent	TEILLET
P ^r Nelly	FRYDMANN-ACHOUR	P ^r Nicolas	THIOUNN
Pr Noël	GARABÉDIAN	D ^r Christophe	TRIVALLE
D ^r Anne	GERVAIS	P ^r Éric	VICAUT
P ^r Bertrand	GODEAU		

avec voix consultative :

- M. Martin HIRSCH, directeur général

en qualité d'invités permanents :

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

les représentants de l'Administration :

- M^{me} Cécile BALANDIER, chargée de mission
- M. Patrick CHANSON, direction de la communication
- M. François CRÉMIEUX, directeur général adjoint
- M. Vincent HIRSCH, directeur adjoint de cabinet du directeur général
- M. Pierre-Emmanuel LECERF, directeur général adjoint
- M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, directeur général adjoint
- M^{me} Isabelle MOUNIER-ÉMEURY, direction des patients, des usagers et des associations (DPUA)
- M^{me} Charline NICOLAS et M. Marc DUPONT, direction des affaires juridiques (DAJ)

- M^{mes} Hélène OPPETIT et Christine GUÉRI, M. Olivier TRÉTON, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- M^{me} Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général
- D^r Florence VÉBER, déléguée aux relations internationales (DRI)

Secrétariat de la CME :

- M^{me} Sandra ROSAS (DOMU)

Membres excusés :

P^{rs} Alain CARIOU, Yves COHEN, Nicolas DUPIN, Marysette FOLLIGUET, Dominique ISRAËL-BIET, Rachel LÉVY, Jean-Michel PAWLITSKY, Dr Mariane LERUEZ-VILLE

La séance est ouverte à 16 heures 10, sous la présidence du P^r Noël GARABÉDIAN.

La CME rend hommage à **M^{me} Audrey COIGNARD**, interne de médecine générale en stage de 4^e semestre dans le service de pédiatrie de l'hôpital Jean-Verdier, retrouvée assassinée par arme blanche à son domicile, le 16 septembre 2019. Elle avait 27 ans. Elle est la 106^e femme assassinée en France cette année.

Les membres de la commission médicale d'établissement observent une minute de silence.

I. Informations du président de la CME

Le président annonce que dans le cadre du mouvement qui secoue les hôpitaux, il a décidé d'assister à l'assemblée générale du « collectif inter-hôpitaux » qui aura lieu le 10 octobre à la Pitié-Salpêtrière. En tant qu'élu de la communauté médicale, il a toujours participé aux combats visant à défendre le service public hospitalier. C'est aussi l'esprit dans lequel a travaillé la CME ces quatre dernières années.

Qualité de vie au travail et qualité des soins

La sous-commission *Vie hospitalière* (CVH) recevra M. Édouard COUTY le 27 novembre à 17 heures salle des instances pour un échange sur le bilan de la CVH et les perspectives à venir. La cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU) se joindra à cet échange : on sait, en effet, que qualité des soins et qualité de vie au travail vont de pair.

Recherche

- Le nouveau comité de recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP) a été installé le 26 septembre. Il a élu le P^r Philippe-Gabriel STEG à l'unanimité à sa présidence.
- Appel à projets pour la création de 20 nouvelles fédérations hospitalo-universitaires (FHU) : l'appellation « FHU » se substitue à celle de « département médico-universitaire » (DHU). 47 candidatures ont été réceptionnées ; 29 ont été retenues après pré-sélection ; l'audition des porteurs de ces 29 candidatures sera conduite les 9 et 10 décembre par un jury présidé par le P^r Kim Fox de l'*Imperial college* de Londres.

Nombre des projets étaient très intéressants, bien que tous n'aient pu être retenus. Le président a demandé que les candidats non retenus reçoivent une aide pour un éventuel futur appel à projets. Les DHU, qui ont permis des réorganisations sur le plan médical et de la recherche, ont été une réussite. La démarche doit donc se poursuivre.

- Le comité scientifique et éthique de l'entrepôt de données de santé (EDS), a été renouvelé. Sa présidente reste le P^r Marie-France MAMZER. Sa nouvelle vice-présidente est le Dr Claire HASSEN-KODJA. Sur proposition du P^r Catherine BOILEAU, présidente de la sous-commission *Stratégie recherche, innovation, Université* (SIRU), et du président de la CME, le P^r Éric VICAUT représentera la CME.

Le président remercie le P^r Philippe LECHAT pour tout le travail effectué dans la msie en place du comité scientifique et éthique, dont il continuera à faire partie, compte tenu de sa grande expérience.

Directoire du 1^{er} octobre

Le directoire du 1^{er} octobre a été l'occasion d'un échange sur le bilan des révisions hospitalo-universitaires (HU) au cours des dernières années et sur les ressources hospitalo-universitaires affectées dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC). Les réunions constituent un moment important permettant d'échanger sur la stratégie hospitalo-universitaire. Elles doivent se poursuivre afin d'assurer une concordance stratégique et favoriser une approche concertée dans les réunions avec le ministère.

Le directoire a aussi pris connaissance de l'avancement du projet « zéro brancard aux urgences ». Un comité de pilotage a été constitué. Il est composé de deux urgentistes, le P^r Dominique PATERON et le D^r Sébastien BEAUNE, deux internistes, les P^{ts} Olivier BENVENISTE et Jacques POUCHOT, et de deux *gériatres*, le P^r Laurent TEILLET et le D^r Virginie FOSSEY-DIAZ. Le projet sera présenté à la CME du 5 novembre.

Sur proposition conjointe du président de la CME et du président de la conférence des doyens, le directeur général a nommé le P^r Jacques DURANTEAU (Bicêtre) pour remplacer au directoire le P^r Joël ANKRI, parti à la retraite.

Révision des effectifs 2020 de praticiens hospitaliers (PH)

Le calendrier de la révision des effectifs de PH est disponible sur le [site internet de la CME](#).

Le directeur général indique que la réunion tenue à Ambroise-Paré a également permis de revenir sur le projet de réunion d'Ambroise-Paré et de Raymond-Poincaré, qui a reçu l'éligibilité du comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO). Le dossier sera instruit pendant six mois, avant la validation définitive qui interviendra au printemps.

Concernant les difficultés que traverse le secteur, lors de la dernière CME, ses membres ont adopté un vœu et exprimé un malaise profond dépassant la seule question des urgences. Le président de la CME a ainsi pris l'initiative de prendre rendez-vous avec le directeur de cabinet de la ministre, afin d'exprimer les difficultés rencontrées par la communauté médicale de l'AP-HP, ainsi que ses attentes.

Le diagnostic est aujourd'hui dominé par les difficultés de recrutement, particulièrement marquées sur certains métiers. Elles sont cependant plus diffuses depuis quelques mois, puisqu'elles concernent les infirmières, et plus seulement les métiers spécialisés. Elles sont en grande partie liées à des questions de rémunération, accentuées en Île-de-France. Les attraits du CHU ne contrebalancent plus suffisamment l'écart entre les marchés privé et public. De plus, certaines spécificités de l'AP-HP ne sont pas suffisamment prises en compte par le modèle, notamment la part conséquente de la recherche et les conséquences de la précarité. Une autre difficulté est liée au décalage entre une vision optimale de l'organisation des activités médicales et chirurgicales et la réalité de cette organisation. Des difficultés de pratiques quotidiennes sont également constatées, en partie liées aux problèmes de recrutement, à l'organisation et aux contraintes financières.

Face à ces constats, et en termes d'actions, la rémunération des paramédicaux, qui n'est pas un nouveau problème mais traduit une insuffisance de reconnaissance, a des traductions pratiques, ces personnels étant moins nombreux et quittant l'AP-HP. Il est dès lors nécessaire d'identifier des clés de déblocage. En pratique, certaines actions ont été mises en œuvre, comme l'invention

d'une prime de tutorat, déployée dans les blocs opératoires, les services de radiologie, et qui pourrait l'être plus encore. Cette prime s'élèverait à 150 € par mois, par stagiaire « tutorisé ». Une prime pour les urgences, par ailleurs, concerne 3 % des effectifs soignants, à hauteur de 100 euros (prime sinistre) et 140 € (prime dangerosité). Beaucoup d'équipes travaillent en outre sur les primes de coopération, demandées depuis l'été 2017. Elles seront payées à hauteur de 80 € nets par mois. Ce début de reconnaissance reste cependant très limité, dans la mesure où les processus de validation des protocoles de coopération sont particulièrement dysfonctionnels. La promotion professionnelle, c'est-à-dire la possibilité pour une aide-soignante de devenir infirmière, a par ailleurs été augmentée, bien qu'elle ne soit pas à hauteur des besoins. Elle concerne cette année 200 personnels, contre 80 l'an passé. Le système est ici aussi mal conçu, puisqu'il est nécessaire de rémunérer à la fois la personne formée et la personne remplacée, sans pouvoir tenir compte de la validation des acquis. Le processus de la promotion professionnelle pourrait ainsi être plus efficace. La loi fonction publique a par ailleurs prévu un nouveau mode de reconnaissance par intéressement collectif des équipes, non pas lié à la performance économique mais au service rendu et à sa qualité. L'AP-HP a tout intérêt à développer ce modèle dans certains services. Il permettrait en effet de rémunérer sensiblement mieux certaines équipes. De plus, certains métiers connaissent davantage de tensions que d'autres : masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, métiers de gériatrie, etc. Le caractère durable de ces problématiques a un effet affaiblissant sur la prise en charge des malades. S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, des mesures ont été développées avant l'été. Leur impact fut immédiat. Ces personnels peuvent exercer des activités libérales conjuguées avec leurs activités hospitalières. Ainsi, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes était supérieur en septembre 2019 par rapport à l'année précédente. L'ensemble de ces mesures doit permettre à une proportion de paramédicaux de voir leur rémunération augmenter.

Le problème d'attractivité s'observe également parmi les médecins. Il est plus ou moins marqué en fonction des hôpitaux ou des disciplines. Plusieurs réflexions collectives ont été engagées, mais aucune position commune n'a pu être retenue à ce stade. Le directeur général, à titre personnel, jugerait utile de défendre une reconnaissance des responsabilités exercées en tant que chef de service, directeur de département médico-universitaire (DMU), praticien hospitalier (PH) participant à la recherche et l'enseignement, etc. Les gardes pourraient en outre être assignées aux heures supplémentaires pour leur exonération fiscale et sociale. De plus, la réforme des retraites, qui vise une forme d'égalité, pourrait permettre de considérer que les heures hôpital et université (H et U) doivent être comptabilisées. Enfin, la résolution des questions de début de carrière, en cours pour les PH, doit également être traitée. Les mesures mises en place cet été avec les groupes hospitalo-universitaires (GHU) devraient permettre l'amélioration des organisations, de l'offre, des réponses aux besoins et des coopérations entre équipes. Elles se conjuguent parfaitement avec les actions évoquées sur la cardiologie interventionnelle avant l'été et avec la chirurgie orthopédique lors de la dernière CME. Le contrat « zéro brancard », quant à lui, part du constat qu'un certain nombre de patients arrivés aux urgences et présentant un besoin d'hospitalisation ne peuvent être pris en charge, à hauteur de 77 par nuit en moyenne, chaque nuit. L'analyse des besoins est actuellement conduite, hôpital par hôpital. L'AP-HP doit en outre poursuivre ses investissements. En dépit des difficultés qu'elle a rencontrées ces dernières années, le niveau d'investissement a été maintenu. Le contexte des taux d'intérêt pourrait permettre d'envisager un accord avec l'État dans le sens d'une restructuration de la dette et d'un renforcement des investissements, qui pèseraient moins sur le fonctionnement.

Concernant la rigidité relevée au sein de l'AP-HP, ce diagnostic est au cœur des réformes organisationnelles conduites. Les sommes tirées de l'Hôtel-Dieu et injectées au fonds de

transformation peuvent permettre certains déblocages, une meilleure autonomie, une plus grande flexibilité et une plus grande souplesse. S'agissant de la prise en compte des spécificités de l'AP-HP, le modèle semble à nouveau positif. Il a permis le triplement de l'intéressement recherche, avec la création d'un intéressement au niveau des DMU. Le directeur général est prêt à accentuer la démarche en matière de mécanismes d'intéressement.

Le directeur général invite à ne pas considérer que les responsabilités relèvent exclusivement de facteurs extérieurs. Au contraire, l'AP-HP doit reconnaître ses dysfonctionnements, dans les comportements et les organisations, considérant que ce travail la renforcera. De plus, elle bénéficierait de l'élaboration des propositions ciblées plutôt que d'une attente de changements des cadres, notamment de financement. Elle doit en effet être en mesure d'apporter des réponses concrètes à des problèmes identifiés. En matière de financements, l'AP-HP est partie cette année d'une base de masse salariale nulle. Celle-ci a légèrement augmenté, en parvenant à convaincre que les mesures de remplacement des congés maternité et des effectifs des urgences ne devaient pas se traduire par une masse salariale constante.

Le directeur général se dit ouvert à des formes de discussion collective sur l'ensemble de ces sujets.

La vice-présidente informe qu'elle a également participé à la réunion avec le directeur de cabinet de la ministre. Celui-ci a indiqué qu'il était possible d'envisager un soutien pour l'AP-HP. Suite à cette réunion et en réaction à l'intervention du directeur général, elle souhaite évoquer quatre éléments de contexte.

Le premier concerne la solidarité des problèmes entre le CHU et les centres hospitaliers généraux (CHG) : ainsi, lorsque l'hôpital d'Étampes s'effondre, c'est l'AP-HP qui s'occupe des patients d'Étampes. Donc, pour améliorer le fonctionnement de l'AP-HP, il faut aussi s'occuper de l'hôpital d'Étampes. Cela vaut sur l'ensemble de la France : les CHU et les CHG sont dépendants et solidaires.

Le second concerne les métiers en tension et les rémunérations. La demande du mouvement actuel n'est pas d'améliorer les rémunérations de certains, mais d'améliorer les rémunérations de tous : toutes les infirmières, tous les aides-soignants, tous les paramédicaux sont concernés, comme tous les jeunes médecins. La France paye ses infirmières de façon indécente. Leurs rémunérations les classent au 26^e rang des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Troisième problème : il faut des lits, aux bons endroits, avec les effectifs nécessaires. Et cela est vrai partout. Il faut cesser de nous dire que nous devons mieux nous organiser. Tous les présidents de CME, tous les directeurs de pôle hier, directeurs de DMU aujourd'hui, tous les chefs de service font continûment des efforts d'organisation. Il est faux de dire que nous refusons de nous organiser.

Le point crucial, ce n'est pas l'organisation, ce sont les moyens qui sont alloués. On ne peut pas augmenter les rémunérations, on ne peut pas avoir d'effet sur le réel si le financement ne suit pas. L'an dernier, l'évolution de l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) était de 2,3 % pour l'hôpital. Elle a été annoncée cette année à 2,1 %, avec des jours ouvrés supplémentaires. À jours ouvrés équivalents, l'évolution sera donc de 1,8 %. Par conséquent, nous n'aurons pas les moyens de faire face aux plus de 4 % d'augmentation des charges attendues en 2020. Il arrive un moment où être le plus efficace possible, c'est porter des décisions fortes.

Le 4^e point concerne les valences. Il n'y a pas de valences meilleures que d'autres. Il y a un effort que tous portent au sein des équipes, pour que le CHU marche. En d'autres termes, quand, au sein d'une équipe, un praticien est absent, par exemple, parce qu'il fait de l'enseignement, ou toute autre activité parfaitement justifiée, c'est son collègue qui assure la visite. Il n'est donc pas correct de vouloir valoriser certaines valences et d'autres non. Il y a du temps médical à avoir pour tous. Ce temps médical, en CHU, est consacré à l'enseignement, à la recherche et aux soins, qui sont quand même la base de tout. Le but n'est pas de rémunérer quelques personnels sur contrat, c'est bien la revalorisation pour tous.

Pour conclure, **la vice-présidente** indique que les quelques députés, le rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et le directeur de la Sécurité sociale qu'elle a rencontrés ont tous reconnu que l'ONDAM était insuffisant. Elle invite donc à venir nombreux à l'assemblée générale du 10 octobre à la Pitié pour défendre un ONDAM plus important.

Le P^r Bernard GRANGER salue les propos du directeur général, dont l'analyse est plutôt partagée. Concernant les mesures citées, qui vont dans le bon sens, elles restent insuffisantes, bien que l'AP-HP soit soumise à la politique budgétaire définie par le gouvernement. La transformation actuelle, d'abord, ne semble pas assez poussée. L'instauration des départements et grands GH ne semble pas être une voie prometteuse, et se heurte à un certain scepticisme. La taille de certains GH et leur dispersion génèrent d'ores et déjà des difficultés de fonctionnement, notamment en termes de temps de transport. De plus, cette transformation n'est pas suffisante pour répondre à la « recherche d'autonomie » avancée par la direction. L'autonomie est une valeur professionnelle essentielle et le fonctionnement actuel ne la garantit pas suffisamment. Il plaide pour un principe de subsidiarité, qui mérite d'être exploré. L'autonomie suppose également de conférer davantage de pouvoir de décision et d'action aux acteurs du terrain, qui ne doivent pas être soumis aux lenteurs bureaucratiques. Concernant les difficultés de recrutement, l'AP-HP est aussi en compétition avec les autres hôpitaux publics, qui proposent parfois des conditions initiales d'embauche plus favorables aux contractuels, notamment à des échelons supérieurs au premier échelon. L'AP-HP a pour sa part pour principe d'embaucher à l'échelon minimal, considérant que son attractivité compensera la différence. Or, tel n'est plus le cas aujourd'hui.

Le P^r Bernard GRANGER sollicite enfin des précisions sur le chiffrage des mesures annoncées, ainsi que sur l'état actuel de l'activité et des recettes.

Le P^r Jacques DURANTEAU considère que le constat et les mesures font l'objet d'un consensus, compte tenu de la baisse générale d'attractivité, pour le personnel médical comme paramédical. La question qui se pose est désormais celle des modes d'action. La stratégie de recrutement pour le personnel paramédical semble archaïque, et des mesures plus modernes et réactives semblent dès lors indispensables. La stratégie de recrutement sur les médecins, compte tenu de la compétition à l'œuvre, semble elle aussi peu réactive. Les conditions salariales doivent elles aussi donner lieu à une réflexion, sans quoi des pans d'activités pourraient s'écrouler. Concernant la recherche, l'AP-HP doit obtenir une aide ainsi qu'un retour sur la recherche qu'elle produit. Les équipes qui la produisent doivent être valorisées. De plus, les personnels qui maintiennent le système doivent être valorisés, qu'il s'agisse de PH ou de PUPH.

Le D^r Patrick PELLOUX signale que la défiscalisation des heures de garde existe déjà dans le secteur libéral.

Le P^r Pierre CARLI précise que défiscalisation n'est pas systématique, mais appliquée en cas de carence médicale dans le secteur.

M^{me} Isabelle RIOM souhaiterait que l'espoir dans l'hôpital public soit maintenu. Le recrutement des jeunes professionnels passe quant à lui par la qualité des stages et de l'encadrement. Les internes doivent également être intégrés dans les discussions portant sur les rémunérations.

Le président s'associe à ces propos. Le problème des internes est en effet crucial. Dans les années 1970, un interne était en mesure d'obtenir un prêt pour financer l'achat d'un logement. Tel n'est plus le cas aujourd'hui. Ce décrochage salarial touche en premier lieu le personnel paramédical. La réforme des 35 heures appliquée à l'hôpital en 2002 a aggravé la situation et accru les tensions.

Le P^r Bruno CRESTANI souligne qu'au sein des administrations, certains outils sont ignorés des personnes en charge des décisions. La communication est dès lors cruciale. De plus, les mesures appliquées, bien que répondant à une urgence, doivent être pérennes, éventuellement réévaluées et adaptées.

Le président estime que, même s'il ne s'agit pas de nier les difficultés, il faut être attentif à ne pas non plus noircir l'image de l'AP-HP dans les medias, alors que nous avons des équipes extrêmement compétentes qui réalisent tous les jours des choses remarquables pour les patients et en matière de recherche. Il se réjouit par ailleurs du rôle irremplaçable de la CME comme instance de débat dont les prises de position ont un écho certain.

Le D^r Alain FAYE souligne que l'hôpital, voire l'hôpital universitaire, repose sur le travail d'équipe. Une équipe se construit sur l'exemplarité, malmenée dans le contexte actuel. L'analyse technocratique sur les différents secteurs doit tenir compte du savoir-faire des équipes et, dans ses préconisations, prôner la concertation. Une analyse entre l'intra et l'extra hospitalier aurait par ailleurs dû être conduite.

Le directeur général signale que les effectifs de masseurs kinésithérapeutes affichent à nouveau une tendance à la hausse. L'aspect libéral a probablement eu un effet conséquent. D'autres solutions doivent être identifiées pour les autres professions, compte tenu de la spécificité des masseurs kinésithérapeutes. S'agissant de l'aide à la recherche, les étapes de pérennisation des emplois de technicien d'études cliniques (TEC) et d'attachés de recherche clinique (ARC) doivent se poursuivre. Au sujet de l'autonomie, l'AP-HP aurait intérêt à rendre des DMU pilotes en matière d'autonomie et de concentration, accompagnées par le fonds de transformation.

En ce qui concerne le chiffrage, les mesures citées sont très coûteuses. Si un certain nombre d'éléments sont d'ores et déjà accessibles, d'autres font l'objet de discussions avec les ministères et les autorités. Le directeur général préconise de communiquer aux équipes des signaux rapides. Il propose, dès la semaine suivante, de détailler les chiffrages mesure par mesure.

Le président souhaite que, quels que soient par ailleurs les opinions de chacun, la communauté médicale soit unie pour défendre le service public hospitalier.

II. Orientations relatives à la nouvelle organisation du Sièg

M. Jérôme MARCHAND-ARVIER indique que, dans le cadre de la « nouvelle AP-HP », un travail est conduit depuis plusieurs mois, à la fois sur les groupes hospitalo-universitaires et sur les organisations médicales, avec les départements médico-universitaires. La « nouvelle AP-HP » couvre également le sujet du nouveau sièg et c'est l'objet de cet échange.

Le projet « nouveau siège » est un projet de déménagement de Victoria et Saint-Martin à Saint-Antoine, à échéance début 2022, mais surtout un sujet de redéfinition des missions, qui ont déjà été abordées au sein de la CME, le siège ayant vocation à développer la stratégie, à prendre en charge moins de gestion et à faire l'objet de déconcentrations. Troisièmement, les effectifs du siège ont vocation à être encore resserrés, étant entendu que des efforts substantiels ont déjà été menés depuis 2017. Enfin, il s'agit de favoriser la médicalisation, avec une co-construction plus étroite avec la gouvernance médicale. Afin d'atteindre ces objectifs, il s'est agi de faire évoluer les organisations de la direction générale. Ces éléments ont été présentés en directoire début septembre et lors d'un séminaire rassemblant l'ensemble des cadres du siège le 23 septembre.

Quatre évolutions seront citées, parmi les plus significatives. D'abord, la création d'une direction de la stratégie et de la transformation, sur la base de l'actuelle direction du pilotage et de la transformation (DPT) et d'une partie de la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU), qui pourra désormais apporter son aide à la gouvernance et à la CME dans la définition de la stratégie et le portage des transformations, à partir d'un diagnostic partagé. Cette organisation tient compte des diagnostics et des actions menées en matière de cardiologie interventionnelle, avec le P^f Véronique ROGER et le D^f Mélodie BERNAUX. Cette nouvelle direction de la stratégie et de la transformation sera portée par un tandem, dont un médecin qui sera choisi en lien avec la gouvernance médicale. S'agissant ensuite de la direction des affaires médicales, celle-ci sera recentrée sur la qualité et la sécurité des soins, l'expérience patient et la gestion des personnels médicaux, en articulation avec les groupes hospitalo-universitaires et conformément au principe de déconcentration. La direction de l'audit, de l'inspection et de l'évaluation sera quant à elle considérablement renforcée, avec en particulier l'intégration de la mission dite « HERSON » sur la médiation, la prévention et la résolution des conflits médicaux, en lien avec la CME et sa sous-commission *Vie hospitalière* (CVH). Enfin, s'agissant de la dimension paramédicale, aujourd'hui portée par la direction des soins et des activités paramédicales, il a été décidé de positionner auprès du directeur général un coordonnateur général des soins, davantage porteur et incarnation de cette politique, et d'intégrer les sujets portés par la direction des soins au sein des différentes directions afin que les enjeux paramédicaux soient mieux pris en compte par tous.

Ces orientations générales permettront, après un temps de transition et de préfiguration, et sous réserve d'un accompagnement conséquent en termes de ressources humaines, de repenser l'organisation du siège, afin qu'il soit capable de travailler encore davantage avec la gouvernance médicale et la CME sur les défis majeurs que devra relever l'institution.

Le président remarque que l'AP-HP est aujourd'hui à un tournant après des années de questionnement sur le siège. Cette nouvelle organisation semble se diriger dans la bonne direction. La médicalisation de la gouvernance doit s'opérer en lien étroit avec la CME et sa représentation centrale et locale.

III. Renforcement de la politique d'intéressement pour la recherche

Le P^f Philippe-Gabriel STEG indique en préambule que les propositions présentées ce jour concernant la politique d'intéressement pour la recherche sont rendues possibles par de nouvelles négociations de l'institution à l'échelon national.

M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE souligne le caractère favorable du contexte. Elle rappelle que l'AP-HP a mis en place un système d'intéressement en 2015, avec des résultats globalement jugés positifs. Les financements en recherche et innovation évoluent de manière positive, grâce un

lobbying efficace se traduisant par des augmentations en 2019. La création des référents recherche constitue également une opportunité pour améliorer les interactions sur les activités de recherche.

Il est proposé, dès le 1^{er} janvier 2020, d'augmenter l'enveloppe intéressement, qui représente aujourd'hui 1 % de la dotation pour les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), à 3 %. Il est proposé de baser désormais le dispositif sur des indicateurs globalement suivis, tels que publications et les essais cliniques. Cette évolution permet également de gagner en transparence sur les financements recherche et d'assurer un retour sur investissement pour les producteurs. Cet intéressement doit en outre être réparti sur les trois niveaux d'intervention : le CHU, les groupes hospitaliers et les DMU.

Le P^r Philippe-Gabriel STEG indique que le triplement des crédits d'intéressement à la recherche, le fondement du dispositif sur la production plutôt que sur des éléments plus incertains, et la déclinaison des trois étapes, constituent les trois grands principes de cette nouvelle politique.

Il s'agit par ailleurs de répartir ces 3 % comme suit : 1 % à l'échelon transversal de l'AP-HP, 1 % à l'échelon du GH et 1 % à l'échelon des DMU. Pour l'échelon de l'AP-HP, il s'agira des actions transversales, comme les appels d'offres de type doctorants, postes d'accueil, appels à projets internes, etc., avec une évaluation scientifique par des commissions *ad hoc* ou la commission d'expertise scientifique de l'AP-HP, l'objectif étant de maintenir et pérenniser ce financement. Au niveau du GH, l'objectif est d'investir 1 % pour maintenir, voire renforcer les plateformes d'aide à l'investigation, et d'accompagner et aider les projets à gagner les appels d'offres, qu'ils soient nationaux ou européens. Il s'agira d'atteindre les mêmes taux de succès en Europe que pour les appels d'offres nationaux. S'agissant de l'échelon du DMU, il s'agit d'assurer un retour sur productivité scientifique au plus près des producteurs de recherche. L'attribution reposera sur les scores des services des DMU. Chaque DMU, par l'intermédiaire de son responsable de recherche, aura la main sur la gestion, en fonction de la politique de recherche appliquée dans chaque DMU. Les discussions conduites entre la présidente de la CMU et le directoire mettaient l'exergue sur la nécessité de transparence, que permet le logiciel *Isidor*.

Cette politique d'intéressement sera présentée à l'occasion d'un séminaire avec les référents recherche des CMU fin novembre. Elle se traduit par un véritable effort, compte tenu du triplement de la dotation. Il s'agit donc d'une très bonne nouvelle.

Le président se félicite de cet effort important en faveur de la recherche. Il remercie les P^{rs} Catherine BOILEAU et Gabriel STEG, ainsi que M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE de leur dynamisme et de l'important travail qui a permis ce résultat. Il souligne combien il est important d'aider les équipes à mieux répondre aux appels d'offres européens, sur le modèle d'autres pays, tels que l'Allemagne ou l'Angleterre, où il existe des cellules spécialisées dans cette aide.

Le P^r Catherine Boileau remercie le P^r STEG et M^{me} FAVREL-FEUILLADE, ainsi que le directeur général, pour avoir défendu et accepté cette augmentation des crédits de recherche, qui ont vocation à être redéployés. Il s'agit effectivement d'une très bonne nouvelle, après des actualités plus difficiles. Elle se réjouit que cette nouvelle politique permette d'amplifier les actions des trois niveaux, GHU, DMU et CHU. Concernant le DMU, elle considère que certaines règles doivent être définies. En effet, la politique doit se répercuter directement sur les structures de base, chargées de la production de l'activité de recherche. S'agissant du niveau de professionnalisme des équipes, et plus particulièrement du niveau actuel des dossiers déposés aux appels d'offres, le dépôt d'un dossier auprès d'un appel d'offres européen est nécessaire et doit effectivement être

accompagné. Une réflexion doit cependant porter sur le back-office, qui n'a pas été abordé lors de cette CME. L'administration a besoin d'apprendre à gérer des crédits européens. Des progrès majeurs restent à accomplir en la matière. Pour rappel, l'institution a déjà été amenée à rendre des crédits européens, parce qu'elle n'avait pas été en mesure de les dépenser.

Le P^r Bertrand GODEAU remercie le P^r STEG et son équipe pour la qualité du travail effectué. La possibilité pour les jeunes chercheurs de bénéficier d'un retour et de profiter d'une certaine transparence est majeure pour l'activité des plus jeunes. Cependant, de jeunes chercheurs particulièrement brillants parviennent à obtenir, auprès de laboratoires étrangers, des projets de recherche très avancés, mais se heurtent à la difficulté de l'obtention d'une promotion. Les décisions sont parfois très longues, aboutissant parfois à l'échec de projets de recherche. Une amélioration de la réactivité est donc nécessaire. Dans le cas contraire, l'AP-HP court le risque du départ de jeunes chercheurs.

Le D^r Christophe TRIVALLE salue l'initiative, et propose que la CME se voie présenter, une fois par an, le budget de recherche et sa répartition.

Le président s'associe à cette idée.

Le directeur général souhaite rappeler que l'AP-HP représente 10 % des lits d'hospitalisation et 40 % de la recherche clinique. Statistiquement, par comparaison avec les autres établissements, chaque médecin voit donc moins de malades mais effectue davantage de recherche.

M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE, concernant la promotion, précise qu'une difficulté concernait les promotions internationales, du fait des évolutions réglementaires et législatives. Un travail de lobbying a été assuré auprès de la direction générale de la santé (DGS), permettant aujourd'hui de répondre très rapidement aux promotions internationales.

IV. Cadre juridique applicable en matière de retransmission des séances de chirurgie en direct

M^{me} Charline NICOLAS indique que la pratique de la retransmission des séances de chirurgie en direct pose un certain nombre de questions, tant sur le plan juridique que sur le plan médical. Une affaire contentieuse particulièrement grave est en cours, à la fois pour l'AP-HP et pour les médecins mis en cause. Une patiente opérée en 2016 dans le cadre d'un symposium retransmis en direct a été, à l'issue de cet acte chirurgical, victime d'une perforation au colon alors qu'elle faisait l'objet d'une ablation de calculs. Cette affaire, qui a fait l'objet d'une analyse médico-juridique, pose plusieurs questions, notamment celle de la responsabilité pour faute de l'AP-HP, qui est susceptible d'être engagée, de l'absence de consentement éclairé de la patiente, et enfin des conditions légales de l'intervention d'un médecin ressortissant de l'Union européenne à l'AP-HP dans ce contexte particulier. Cet événement illustre les risques encourus à la fois par les médecins et par l'établissement. L'AP-HP fait actuellement face au tribunal administratif de Paris. Un premier rapport d'expertise lui est défavorable. Du fait de ce contentieux, elle risque de devoir indemniser la patiente d'un montant de 400 000 €, compte tenu des chiffreages retenus par l'expert. Le risque est potentiellement pénal, mais non avéré. Enfin, le risque médiatique est quant à lui avéré. La direction de la communication et la direction juridique ont ainsi été fortement mobilisées depuis le début de l'année, compte tenu de la médiatisation importante de l'affaire par la patiente et son conseil. Cette affaire offre l'occasion d'un rappel des règles juridiques applicables. Celles-ci ont été communiquées dans une note du mois de juin. Il s'agit également de faire le point sur ces pratiques, d'un point de vue médical.

Le P^r Jacques BELGHITI souligne la richesse de la littérature en matière de *live surgery*. Au-delà de la retransmission des interventions chirurgicales en direct, le sujet recouvre également celui des procédures percutanées effectuées en direct. Il est considéré comme un excellent outil pédagogique, qui attire l'audience, favorise le financement des réunions et soulève un débat très important. Un article de 2011 propose un point sur le sujet. Il note la supériorité pédagogique des procédures en direct par rapport aux procédures enregistrées. Par ailleurs, toutes les publications font état d'une augmentation des échecs ou des complications de la procédure, pour un certain nombre de raisons (opérateur non impliqué dans les décisions, pressions pour réaliser la procédure, anxiété, fatigue, moins concentration du fait de la nécessité de commenter la procédure et de répondre aux questions en direct). La littérature souligne donc que cette augmentation des complications pose des questions éthiques. D'abord, il s'agit de savoir si les malades sont bien informés de cette augmentation des risques. Les personnes qui ont participé à ces procédures, pour deux tiers d'entre eux, indiquent qu'elles n'accepteraient pas de s'y soumettre. Au-delà du consentement, il se pose la question du choix de la procédure, de la retransmission en public, de la nature du public et de l'absence de suivi par l'opérateur. De plus, il est nécessaire de garantir au patient que son intimité et son anonymat seront préservés, et que l'intervention ne sera pas utilisée sur les réseaux sociaux. Dans la majorité des cas, les recommandations sont extrêmement strictes, notamment de la part des urologues et les cardiologues. Très récemment, l'Académie nationale de Chirurgie a émis ses propres recommandations, qui sont les suivantes : une procédure discutée collectivement, motivée par rapport à une vidéo pré-enregistrée ; information de l'administration et accréditation/assurance de l'opérateur ; connaissance du malade par l'opérateur, qui doit avoir prévenu le premier qu'il ne pourra assurer le suivi ; interface entre l'opérateur et la salle assuré par un modérateur, qui peut inciter le premier à modifier la procédure prévue ou arrêter la démonstration en direct si nécessaire.

M^{me} Charline NICOLAS indique que s'il n'existe pas de cadre juridique spécifique aux actes chirurgicaux retransmis en direct, le cadre général s'applique, à savoir le recueil du consentement du patient, après l'avoir loyalement informé de manière exhaustive de l'acte envisagé. S'agissant de prestations qui peuvent être effectuées par des médecins étrangers non inscrits à l'ordre et non autorisés à exercer leur profession sur le territoire national, comme tel était le cas dans cette affaire, tout acte temporaire s'assimile à de la prestation de service. Celle-ci n'est pas interdite, mais suppose de remplir les documents adéquats et de les adresser à l'Ordre, qui s'assure de la compétence et des aptitudes du praticien, avant de l'autoriser à opérer, le cas échéant en direct.

Le président relève l'importance du montant d'indemnités évoqué par M^{me} NICOLAS. Il met en garde les chirurgiens sur les risques importants qu'il y a à participer à des séances de chirurgie en direct dans des pays étrangers. Pour sa part, il refuse les invitations de ce type. Il estime qu'il existe aujourd'hui des moyens techniques très modernes qui peuvent remplacer la *live surgery*.

Le P^r René ADAM estime que dès l'instant où la valeur pédagogique du *live surgery* n'est pas supérieure à celle des démonstrations filmées différées, un problème se pose. Il s'agit en l'espèce d'un chirurgien étranger, mais cette réserve pourrait également être émise vis-à-vis des chirurgiens français. L'Association française de chirurgie a conduit de nombreuses procédures de ce type. Depuis quatre ans, elle y a mis un terme, considérant qu'elles représentaient un risque supplémentaire pour le patient.

Le D^r Alain FAYE distingue deux types de *live surgery* : d'une part celles qui permettent à des invités de les suivre, assurées par l'équipe habituelle, et d'autre part une opération assurée par un

chirurgien étranger au service qui travaille avec une équipe de bloc opératoire et du matériel qu'il ne connaît pas . Cette deuxième hypothèse est, en elle-même, génératrice de risque et doit être bannie. Force est de constater qu'en l'espèce le risque s'est réalisé.

Le P^r Emmanuel MARTINOD remercie la direction des affaires juridiques pour cette note. Il souligne la nécessité pour un médecin de se demander si, en matière d'enseignement et d'innovation, s'il accepterait de subir une procédure similaire. En l'occurrence, deux tiers des médecins répondent par la négative. Cette donnée semble très importante. Cette note doit être diffusée très largement, voire au-delà de la communauté chirurgicale.

Le P^r Bruno CRESTANI a le sentiment que ce sujet n'a plus de sens aujourd'hui, compte tenu des technologies aujourd'hui accessibles. L'AP-HP devrait à son sens s'attacher à se tourner vers l'avenir, et refuser la *live surgery*.

Le président attire aussi l'attention sur les risques qu'il y a à accepter d'aller faire un geste chirurgical dans un centre privé en difficulté avec un patient, lorsque le chirurgien n'opère plus dans son environnement naturel ni avec son équipe habituelle .

Le P^r Jacques BELGHITI souligne que le succès de cette technique repose sur l'attente de la survenance d'une difficulté, afin de déterminer comment le chirurgien la surmontera. Par ailleurs, les risques ne disparaissent pas lorsque la démonstration est assurée par l'équipe habituelle, du fait de la différence de concentration, de la nécessité de commenter l'intervention, de répondre immédiatement aux questions, etc.

Le D^r Patrick PELLOUX constate la confrontation de plusieurs systèmes juridiques, en l'occurrence les systèmes français et américain. Concernant le consentement, celui-ci peut être attaqué, notamment si la personne concernée ne réunit pas toutes les conditions requises pour consentir. Ce sujet doit donc faire l'objet d'une grande attention.

M. François CRÉMIEUX signale qu'un certain nombre de chirurgiens de l'AP-HP présenteront d'autres techniques de pédagogie et de simulation, dans le cadre d'une chaire autour de l'innovation en chirurgie. Par ailleurs, il suggère de poursuivre la réflexion engagée en la matière.

Le président propose de constituer un groupe dédié à la question, auquel il conviendra d'associer le président de la collégiale des chirurgiens

Le D^r Patrick DASSIER souligne que certaines limites ont été en l'espèce dépassées. La réflexion peut se poursuivre jusqu'à la fin de l'année, mais une position devra être adoptée d'ici 2020.

Le P^r Sadek BELOUCIF salue l'idée de ce groupe de travail sur l'innovation. Le collège royal anglais a émis des recommandations sur le consentement du patient et les éléments qui doivent lui être communiqués par le médecin. En l'occurrence, il ne s'agit pas des informations qu'un médecin raisonnable doit fournir, mais des informations qu'un patient raisonnable est en droit d'attendre. Ce changement de paradigme en matière de consentement pourrait s'appliquer également en France. Pour rappel, la Haute Autorité de santé (HAS) a émis des recommandations, à destination du médecin, concernant l'information fournie au patient. Ce texte court rappelle à de multiples reprises la nécessité de ne pas recueillir la signature du patient.

Le président insiste sur la nécessité de bien informer les médecins et chirurgiens sur les règles à respecter et de les mettre en garde sur les risques encourus. Il souhaite que l'on avance rapidement dans la réflexion et qu'une position soit présentée à la CME.

Le P^r Olivier HÉLÉNON note que les interventions percutanées ont été évoquées, et juge nécessaire d'associer un radiologue à la réflexion.

V. Point sur les relations internationales de l'AP-HP

Le D^r Florence VÉBER se dit heureuse de pouvoir présenter ce jour un bilan des actions institutionnelles réalisées au titre des relations internationales entre 2014 et 2019. Ces actions associent l'ensemble des directions du siège, les GH, et les membres de la commission internationale de la CME, en particulier le P^r René ADAM, qui la préside. La délégation aux relations internationales (DRI) s'inscrit en support de toutes les équipes de l'institution pour les aider dans leurs projets de coopérations internationales essentiellement à destination des pays du sud en développement ou émergents (les coopérations pour les pays développés concernent avant tout la recherche et sont gérées à la délégation à la recherche clinique et à l'innovation [DRCI], les actions concernant l'alliance des CHU européens sont gérés par la direction du pilotage de la transformation [DPT]). Les actions menées ont concerné tous les GH. 58 projets de coopération sont actuellement accompagnés et 62 accords-cadres ont été signés, ayant pour objet de donner de la visibilité et de la pérennité, de faciliter l'accueil des stagiaires et de faciliter l'obtention des subventions. Cette structure est le guichet unique de l'AP-HP pour rechercher des financements, notamment auprès du ministère de la Santé et de l'agence française de développement (AFD) Tous les ans, elle parvient à obtenir 20 % d'une enveloppe missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) spécifique à l'international. Elle assure également le contact avec nos ambassades et la promotion des stages d'internes à l'étranger en lien avec la commission des internes de la CME. Entre 10 et 20 internes partent ainsi à l'étranger tous les ans, rémunérés par l'AP-HP pour leur stage.

En matière de coopération institutionnelle, le thème mère-enfants est le plus important, suivi de celui des maladies chroniques. En effet, la transition épidémiologique s'opère partout dans le monde et même en Afrique subsaharienne, le cancer et les maladies cardiovasculaires sont les premières causes de mortalité. Les thèmes suivants sont : le management et la réalisation des soins, les urgences et le SAMU, les maladies transmissibles, la gériatrie, la recherche clinique, les infections associées aux soins (et la question de l'antibiorésistance est un sujet majeur) et la formation des paramédicaux.

L'AP-HP bénéficie d'une présence très étendue en Amérique latine, en Afrique, au Moyen-Orient et en Asie. À titre d'exemple, sont citées : les équipes du SAMU de Paris travaillent depuis longtemps avec le SAMU de Yokohama et de nombreuses équipes de l'AP-HP travaillent en Chine ; un accord particulier a été conclu avec l'agence régionale de la santé de Shanghai, qui a organisé ses premières journées portes ouvertes, sur le modèle de l'AP-HP, il y a quelques semaines. L'équipe de cardiologie de Lariboisière a mis en place une coopération en cardiologie avec l'apprentissage de l'abord radial pour les angiographies, une première en Inde. Les équipes de Paul-Brousse et de Necker ont pour leur part réalisé la première greffe de foie pédiatrique à Monastir, en Tunisie, en collaboration avec leurs collègues tunisiens. L'équipe de maxillo-facial de la Pitié-Salpêtrière réalise de la microchirurgie au Sénégal. L'équipe administrative de Bichat effectue également un travail remarquable à l'hôpital du Mirebalais à Haïti. Enfin, le D^r Florence VÉBER remercie la DRCI pour le travail effectué en matière de recherche clinique à Mexico.

Le deuxième grand type d'actions menées porte sur l'amélioration de l'accueil des médecins étrangers en formation. Les différentes solutions à disposition restent complexes en raison de la réglementation française. L'AP-HP accueille environ 400 faisant fonction d'interne (FFI), 80 stagiaires associés par an, une vingtaine de stagiaires de recherche clinique, des stagiaires d'observation et des *fellows*, dont le premier sera prochainement accueilli. Une cérémonie d'accueil de tous ces médecins a lieu en novembre et la cérémonie des prix, groupée avec les prix des internes, a lieu en septembre et honore également les collègues étrangers. S'agissant des 35 postes de résidents étrangers des hôpitaux de Paris (REHP), ceux-ci sont financés par l'AP-HP, mais la sélection se fait en lien avec le Collège de médecine qui avait initié cet accueil. L'AP-HP finance aussi 19 postes pour les internes d'Asie du sud-est et de Chine, sélection faite en lien avec nos postes diplomatiques. Au total, 54 postes sont offerts à des collègues étrangers. Ce chiffre reste cependant faible face aux demandes très élevées (143 en 2019).

Le troisième type d'actions suivies également par la DRI a des retombées positives en termes financiers pour l'AP-HP. Il s'agit d'abord de la filiale *AP-HP International* qui a été créée fin décembre 2016. C'est la première filiale privée d'un CHU. Elle a rapporté 29 contrats en deux ans. Son chiffre d'affaires augmente chaque année (1,2M€ en 2017, 2 M€ en 2018) et ses résultats sont bénéficiaires. 46 experts de l'AP-HP sont partis à l'étranger, dont 25 médecins. Ensuite, le deuxième avis rémunéré qui doit être mis en place d'ici la fin de l'année 2019. Il permettra à tout médecin qui le souhaite et qui est sollicité pour un deuxième avis de diriger le demandeur vers une plateforme, très simple d'utilisation, qui permettra de faire des examens biologiques de recours. Enfin, l'accueil des patients étrangers non-résidents et non assurés sociaux, venus pour des soins programmés, et faisant l'objet de devis au tarif des prestations journalières (TJP) + 30 %, est suivi en lien avec la direction des finances. Ils représentent environ 5 000 séjours (soit 0,4 % de séjours en médecine, chirurgie, obstétrique [MCO]) et concernent certains hôpitaux plus que d'autres. Il est à noter que peu de patients sont porteurs de BHRé. Cette démarche génère des recettes de 40M€, recouvrées à 90 %. Les disciplines les plus concernées sont l'hématologie, la cancérologie et la chirurgie. 122 services enregistrent plus de 100 000 € par an à ce titre, dont 10 plus de 500 000 € par an.

D'autres actions permettent de mieux faire connaître l'engagement de l'AP-HP : l'accueil de 20 à 40 délégations par an, la création d'un label qualité et sécurité des soins pour les hôpitaux partenaires (délivré pour la première fois dans un hôpital d'Afrique subsaharienne, en Côte d'Ivoire), la mise en place d'un circuit sécurisé de dons de matériel réformé pour les associations humanitaires (plus de 1 000 dons par an), des liens étroits avec les équipes internationales des unités de formation et de recherche (UFR) afin d'articuler les conventions universitaires et les conventions hospitalières et la mise en place d'outils de communication (logo comprenant une traduction anglaise de l'appellation AP-HP, présentations *PowerPoint* et livret en anglais, sites intranet et internet, rubrique dans la lettre d'information).

Ces multiples actions sont portées par l'excellence et la compétence des équipes de l'AP-HP, mais aussi par leur enthousiasme et leur passion pour ces démarches internationales, qui contribue au renforcement des systèmes de santé dans le monde, au rayonnement de l'AP-HP et à un accès plus équitable à des soins de qualité.

Le président félicite le D^r VÉBER et son équipe pour la dynamisation de cet axe international, dont l'importance n'est plus à démontrer.

M. Guy BENOÎT note qu'en 2012, pour 1000 séjours, les recettes étaient estimées de 10 à 12 M€. En l'espèce, 5 000 séjours portent la recette à 40 M€. Par ailleurs, les recettes sont recouvrées à 90 %, or l'objectif global de l'AP-HP est fixé à 95 %.

Le D^r Florence VÉBER explique qu'un plan d'action en cours a vocation à augmenter ces recettes. Les services sont cependant tendus, et ne doivent être surchargés. De plus, l'institution fait face à des concurrents redoutables, notamment les fondations privées et les établissements privés d'intérêt collectif (ÉSPIC), dont l'attitude est très agressive sur la patientèle étrangère et qui ont par exemple constitué des services dédiés, ce que l'AP-HP refuse de faire. S'agissant des 95 %, ils peuvent être atteints si les médecins ont conscience qu'il n'est pas possible d'entrer à l'hôpital en soins programmés si le devis n'a pas été réglé.

Le D^r Patrick PELLOUX souligne qu'en l'état, des patients étrangers sont acceptés et soignés dans les cliniques et ÉSPIC puis, en cas de complication, envoyés à l'AP-HP.

Le président confirme que ces situations sont problématiques.

Le D^r Sonia CERCEAU-DELAPORTE demande si des retombées pour les équipes de ces patients sont prévues.

Le D^r Florence VÉBER répond qu'un travail est conduit sur l'intéressement de ces équipes. La direction générale entend rémunérer via l'intéressement, une partie de ce travail, clairement identifiée sur l'unité de gestion du praticien.

La vice-présidente ne comprend pas que les équipes en charge du quotidien (les patients ne faisant pas partie de ce programme) soient moins valorisées. Si des équipes peuvent consacrer une partie de leur temps à ce type d'accueil, c'est que grâce au travail d'autres équipes qui assurent le quotidien.

VI. Plan d'action « Gériamed » : résultats et perspectives

Le D^r Christine MANGIN rappelle que le plan d'action *Gériamed* découle d'un événement indésirable grave, à savoir l'administration récurrente de benzodiazépine sans prescription, survenue dans plusieurs services d'un même hôpital. Après des actions locales et une alerte réalisée par les professionnels et les équipes médico-soignantes face à la récurrence, un plan d'action institutionnel a été demandé auprès du directeur général. La prise en charge médicamenteuse était le sujet de la majorité des recommandations de la visite de certification.

Le plan d'action *Gériamed* est un dispositif innovant, regroupant deux actions : d'une part une visite de risque dans tous les sites contenant des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de soins de longue durée (SLD) ou comprenant une unité cognitivo-comportementale, et d'autre part une session de formation animée par les gériatres du service du D^r Georges SEBBANE.

Tous les sites gériatriques ont été visités dans le cadre de ce plan d'action. 700 professionnels ont été formés à l'occasion de 32 sessions. Cette formation multi-professionnelle réunissait à la fois les professionnels médicaux, paramédicaux, les pharmaciens et les médecins. Elle était fortement ciblée sur l'interactivité et la mise en situation. 85 % des participants ont indiqué qu'ils conseilleraient cette formation à leurs collègues. Les visites de risque ont été assurées dans tous les services de SSR et de SLD. Elles ont permis de constater que des postes étaient vacants, les

effectifs variables, le recours à l'intérim très important et que les infirmières intervenaient parfois sur plusieurs étages. Les locaux et équipements n'étaient pas homogènes. En matière de système d'information, certains hôpitaux perdent des données, telles que l'allergie médicamenteuse et l'alerte en gériatrie sur la fonction rénale. L'ordonnance de sortie est illisible et le nom du médicament, lorsqu'il est trop long, n'est vu que partiellement par l'infirmière. Deux populations à risques spécifiques ont été identifiées dans ces services : les populations atteintes de pathologies démentielles avec des symptômes psycho-comportementaux et les patients présentant des troubles de la déglutition. Deux pratiques à risques ont également été identifiées : la perfusion sous-cutanée et le broyage du médicament. Les prescriptions, si besoin de psychotropes, sont très fréquentes, autorisant ainsi une utilisation peu contrôlée. En ce qui concerne l'administration médicamenteuse, les visites de risques comportaient une visite de nuit et ont permis de constater la retranscription, dans un tiers des sites, des glissements de tâches (avec des administrations médicamenteuses par des aides-soignantes) et l'utilisation du numéro de chambre. L'interruption de tâche a été mise en avant comme un risque majeur. D'autres éléments favorisaient cependant la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Ces services bénéficient ainsi d'une prescription informatisée et d'une analyse pharmaceutique à 100 %. De plus, la collaboration entre professionnels y est assez importante.

Au regard de ces conclusions, les propositions d'axes de travail sont les suivantes : suivre les plans d'action locaux, introduire dans le projet médical de la gériatrie du projet d'établissement de l'AP-HP un axe qualité sécurité des soins, incluant l'affichage d'objectifs spécifiques et l'identification de la spécialité comme une spécialité en tension, mettre en place un indicateur sur le retour d'expérience, ou encore mettre en place une formation à l'utilisation du logiciel du dossier patient pour les nouveaux arrivants.

Le président rappelle les nombreuses alertes émises en CME au sujet de la gériatrie ces dernières années, malheureusement restée vaines, tant en ce qui concerne l'encadrement médical que les personnels soignants, en particulier dans les unités de soins de longue durée (SLD).

Le P^r Laurent TEILLET souligne l'intérêt du plan d'action *Gériamed*, dont le diagnostic a permis à des hôpitaux de s'améliorer. Il a notamment permis de pointer l'effectif trop réduit, le nombre de postes de vacants et la forte proportion d'intérimaires. Les nouveaux arrivants ne sont effectivement pas formés, faute de formateurs prévus.

Le D^r Christophe TRIVALLE salue le caractère positif de l'analyse, mais souligne qu'elle ne répond pas à la problématique initiale, à savoir non pas une prescription hors autorisation de mise sur le marché (AMM), mais une administration qui n'était pas prescrite.

VII. Point sur le schéma stratégique des unités de soins de longue durée (USLD) de l'AP-HP

M. Pierre-Emmanuel LECERF rappelle que les constats de la mission USLD avaient fait l'objet d'une présentation en début d'automne 2018. Ces constats étaient les suivants : d'abord, les patients hospitalo-requérants dans les unités de soins de longue durée, nécessitant des soins médicaux quotidiens, représentent un tiers des patients, ensuite, 40 % des patients sortent de l'USLD, dont 20 % en établissement d'hébergement pour personnes dépendantes (ÉHPAD), troisièmement, les USLD constituent généralement un aval au sein de leur groupe hospitalier et mettent en œuvre un recrutement de proximité (l'un des enjeux étant d'intégrer davantage les USLD dans des filières territoriales, y compris avec des hôpitaux hors AP-HP, comme Georges-Clemenceau, dans

l'Essonne). De ces constats a émané la proposition d'un recentrage des capacités de SLD, avec une diminution envisagée de 30 à 50 %, conforme aux réflexions conduites au niveau national, comme dans le cadre du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Une deuxième phase a été consacrée à des orientations communes ARS/AP-HP, datant de mai 2019. Neuf propositions peuvent être classées en trois fils conducteurs. Le premier est consacré à la confirmation d'un recentrage des USLD sur leurs missions sanitaires, estimé de 30 à 50 %, avec des financements et un forfait soin relevé (pour tenir compte d'une charge de soin plus longue et lourde), et un plan d'humanisation supérieur à celui annoncé dans le cadre du plan global d'investissement de l'AP-HP jusqu'en 2024. Le deuxième fil conducteur concerne l'engagement à l'absence de fermeture de capacités pour les personnes âgées. Les capacités réduites devaient quant à elles être converties, soit en aval, avec la création de places en ÉHPAD, soit en amont, avec l'actualité des avals d'urgence et la problématique des unités de gériatrie aiguë (UGA) et du SSR. De plus, l'AP-HP souhaite rester impliquée dans la création des ÉHPAD, notamment à travers des groupements de coopération sanitaire. Le troisième fil conducteur de ces orientations, prises avec l'autorité de régulation régionale, consistait à intégrer la réflexion des USLD dans une réflexion plus globale sur la filière gériatrique, avec une évaluation des besoins département par département.

La troisième phase a débuté avec la présentation à l'ARS et aux conseils départementaux de la réflexion commune AP-HP/ARS. La démarche a en l'occurrence une conséquence pour les conseils départementaux qui financent le forfait hébergement, tant pour les unités de soins de longue durée que pour les ÉHPAD. Un travail d'évaluation du besoin est conduit, essentiellement sur les capacités qui pourraient être converties en médico-social. Au fil des discussions apparaissent plusieurs éléments : l'insistance des conseils départementaux d'intégrer dans la réflexion les personnes handicapées vieillissantes, le besoin pour les structures d'inclure des capacités d'accueil de jour, une ouverture forte à la ville et la volonté que le CHU soit innovant sur toutes les prises en charge mêlant sanitaire et médico-social. D'ici la fin de l'année, le plan d'humanisation réactualisée à l'aune des capacités du SLD doit être évalué. Enfin, plusieurs groupes de travail ont été lancés, en lien avec la collégiale de gériatrie, portant sur le cahier des charges des USLD reconfigurés ou encore des sujets de recherche en gériatrie.

Concernant le sujet de l'attractivité de la filière gériatrique, parmi les postes d'infirmiers et infirmières vacants, une centaine concernent la filière gériatrique. Cette filière connaît en outre des tensions croissantes sur les postes d'aide-soignant, d'où la nécessité de préciser que les formations au rôle d'assistant en soins de gérontologie sont essentielles pour l'attractivité de la filière gériatrique en général, et pas seulement dans les ÉHPAD. Ces postes vacants ont en outre occasionné des fermetures de lits. Les soins de longue durée ont été moins touchés que le SSR par ces dernières, mais elles se prolongent à l'automne. Dans certains hôpitaux, ces fermetures pourraient augmenter d'ici la fin de l'année. Ce sujet d'attractivité a été partagé avec la collégiale de gériatrie la semaine dernière. Il suppose une position proactive. Ces thématiques seront traitées conjointement avec le sujet capacitaire, innovation dans le médico-social et le sanitaire.

Au sujet des ÉHPAD, des innovations se sont fait jour depuis le printemps ou l'été. Suite à de nombreux échanges, la place de l'hospitalisation à domicile (HAD) de l'AP-HP dans les ÉHPAD a vocation à croître, mais elle aura un impact, notamment pour l'aval des urgences (afin d'éviter les ré-hospitalisations).

Le D^r Christophe TRIVALLE, en ce qui concerne les internes de médecine générale, jugerait utile d'imposer un semestre en gériatrie. Concernant le diplôme d'études spécialisés (DES) de

gériatrie, 41 postes sont comptabilisés cette année, contre 80 demandés par an afin de répondre aux besoins. Par ailleurs, 30 postes de PH sont aujourd'hui sans titulaire. De plus, 120 postes d'infirmière et 27 postes d'aide-soignante sont non pourvus. 350 lits de SSR ont en outre été fermés cet été, ainsi que 97 lits de SLD. Cinq ont rouvert. 700 lits de SSR sont par ailleurs bloqués par des séjours extrêmes. La durée moyenne de séjour (DMS) en court séjour gériatrique a augmenté de 2,5 jours en une année. Toute la filière gériatrique est donc sclérosée, et nécessite des mesures urgentes et radicales.

Le P^r Laurent TEILLET partage ce constat. 80 internes de DES pourraient être formées par an, qui ne répondraient cependant pas aux besoins de la région. L'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) n'en a accordé que 42 cette année.

M^{me} Isabelle RIOM précise que l'ONDPS n'émet que des propositions, qui sont ensuite validées par les tutelles ministérielles. Cette année, la stratégie consistait à diminuer l'inadéquation des postes ouverts. Les postes vacants sont ainsi passés de 4 % à 2 %, permettant d'augmenter le nombre d'internes en médecine générale. Sur le chiffre de 485 postes ouverts, aucun n'est vacant cette année, mais le phénomène médiatique de la médecine générale a entraîné des vacances dans d'autres spécialités, comme la gériatrie, la médecine d'urgence, la santé publique, la santé au travail et la biologie médicale.

Le président estime que le sujet ne peut pas reposer exclusivement sur les internes. Il estime incompréhensible d'en être arrivé à cette situation et est prêt à relayer à nouveau les propositions qui lui seront faites.

Le P^r Laurent TEILLET indique que le collège professionnel, le collège national des enseignants et la société française de gériatrie et de gérontologie se rendent régulièrement au ministère. La disparition des internes de médecine générale de ces services est un sujet préoccupant. Les ÉHPAD captent rapidement les jeunes formés, de même que les ÉSPIC et les groupes privés lucratifs.

Le président demande s'il s'agit d'une question de rémunération.

Le P^r Laurent TEILLET le confirme, invoquant également les conditions de travail.

Le D^r Patrick PELLOUX remercie le directeur général et M. LECERF pour le soutien de son initiative, qui est très ambitieuse puisqu'elle vise une diminution de 40 % de la fréquentation des urgences des patients en provenance des ÉHPAD, qui représentent un volume important à Paris (environ 54 000 passages aux urgences). La région Picardie est parvenue à mettre en œuvre cette diminution, par l'amélioration des compétences des personnels dans les ÉHPAD par la formation et l'utilisation de moyens octroyés par les gouvernements. Avec le soutien de l'HAD et des directions de l'AP-HP, une centaine d'ÉHPAD, maisons de retraite et centres de santé de la ville ont été réunis pour s'accorder sur des fiches urgences et une modélisation passant par le SAMU et permettant de limiter l'immédiateté du recours aux urgences.

M. Pierre-Emmanuel LECERF souligne l'importance de cette dimension. Le plan de l'AP-HP d'ici 2024 prévoit de passer de 800 à 1200 patients en HAD. À leur ouverture, les unités d'HAD ne doivent pas uniquement être positionnées dans les hôpitaux avec des filières traditionnelles, mais également être en lien avec les ÉHPAD.

Le P^r Bertrand GODEAU souligne la complexité du problème des internes. Les médecins généralistes n'ont plus qu'un stage à l'hôpital. La formation spécialisée transversale (FST) peut

représenter une opportunité. Les gériatres ont donc un combat commun à mener avec les internistes dans la formation de cette FST, qui n'est pas encore officialisée à ce stade.

M^{me} Isabelle RIOM précise que les internes en médecine générale ne doivent pas suivre un stage à l'hôpital, mais un stage de médecine polyvalente. Il était auparavant possible d'en suivre trois. Concernant le recrutement, de nombreux services de gériatrie et de médecine polyvalente continuent de recruter des médecins généralistes qui n'ont effectué qu'un semestre dans cet exercice. L'ouverture d'une FST de médecine polyvalente est donc indispensable, coordonnée entre la médecine interne et la gériatrie, afin de former les internes une année supplémentaire à cet exercice de médecine polyvalente. Cette demande est actuellement bloquée au niveau ministériel. La situation est à la fois inquiétante pour les patients et les praticiens.

Le P^r Bertrand GODEAU souligne qu'en région parisienne, certains services de médecine ne disposent plus de docteurs, comme l'hôpital de Coulommiers, où un bâtiment de cinq étages a été construit pour un coût de 30 M€.

VIII. Approbation des comptes rendus des CME des 9 juillet et 10 septembre 2019

Regrettant l'absence des comptes rendus, la CME reporte leur approbation.

IX. Questions diverses

La vice-présidente s'enquiert du nombre de lits actuellement fermés sur les sites en raison d'un manque de personnel, hors congés, du nombre d'unités concernées par le problème et du nombre de congés maternité d'infirmières qui ont été remplacés depuis juin. Elle souhaite également savoir combien de sites le font systématiquement.

Le directeur général indique que le nombre de lits fermés cet été et non rouverts est estimé à 430 en MCO, sur l'ensemble de l'AP-HP, 300 en SSR et 150 en SLD. Concernant le remplacement des congés maternité, l'institution n'a pas progressé cette année. En revanche, elle a positionné les emplois dans les équipes de suppléance, à hauteur de 213 emplois.