

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 9 JANVIER 2018

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 6 FÉVRIER 2018

SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME	7
II. Bilan des conférences stratégiques et budgétaires	10
III. Avis sur le plan stratégique 2017-2022 de l'AP-HP pour la télémédecine	14
IV. Bilan d'étape de la réforme de l'organisation du temps de travail à l'AP-HP	16
V. Bilan annuel du programme d'action pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) de l'AP-HP	19
VI. Avis et information sur des modifications de structures	20
VII. Avis sur les avenants aux conventions d'association hospitalo-universitaires avec des hôpitaux hors AP-HP	21
VIII. Avis sur la proposition du directeur général sur la révision des effectifs 2018 de praticiens hospitaliers	21
IX. Approbation du compte rendu de la CME du 5 décembre 2017	22

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Bilan des conférences stratégiques et budgétaires (M^{mes} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ et Christine WELTY)
3. Avis sur le plan stratégique 2017-2022 de l'AP-HP pour la télémédecine (P^r Élisabeth SCHOUMAN-CLAYES)
4. Bilan d'étape de la réforme de l'organisation du temps de travail à l'AP-HP (M. Gérard COTELLON)
5. Bilan annuel du programme d'action pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) de l'AP-HP (D^r Christine MANGIN, P^r Christian RICHARD)
6. Avis et information sur des modifications de structures (P^r Paul LEGMANN)
 - Avis sur la création d'un service bi-site de médecine de la douleur et soins palliatifs dans le pôle *Neurosciences, tête et cou* du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Saint-Louis – Lariboisière* (HUSLL)
 - Avis sur la création d'une fédération de dermatologie entre les GH HUSLL (Saint-Louis) et *Hôpitaux universitaires Paris-Nord-Val-de-Seine* (HUPNVS, Bichat)
 - Information sur la création d'une fédération de toxicologie au sein du GH HUSLL
7. Avis sur les avenants aux conventions d'association hospitalo-universitaires avec des hôpitaux hors AP-HP (M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ)
8. Avis sur la proposition du directeur général sur la révision des effectifs 2018 de praticiens hospitaliers (M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ)
9. Questions diverses

Approbation du compte rendu de la CME du 5 décembre 2017

- Assistent à la séance

• avec voix délibérative :

- M^{me} le P^r Nelly ACHOUR
- 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 Sadek BELOUCIF
- M. Guy BENOÎT
- M. le P^r Olivier BENVENISTE
- M^{me} le D^r Catherine BERNARD
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M. le P^r Francis BONNET
- M^{me} le D^r Marie BORNES
- M^{me} le D^r Clara BOUCHÉ
- M^{me} le P^r Françoise BOTTEREL CHARTIER
- 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. le D^r Rémy COUDERC
- M. le P^r Bruno CRESTANI
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Patrick DASSIER
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le P^r Jacques DURANTEAU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. le P^r Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS
- M. le P^r Philippe GRENIER
- M^{me} Sophie GUILLAUME
- M. le D^r Christian GUY-COICHARD
- M. le P^r Olivier HÉLÉNON
- M. le D^r Olivier HENRY
- M^{me} le P^r Dominique ISRAËL-BIET
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M. le P^r Michel LEJOYEUX
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M. le P^r Laurent MANDELBROT
- M^{me} le D^r Isabelle NÈGRE
- M. le P^r Rémy NIZARD
- M. le D^r Antoine PELHUCHE
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- 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^{me} Isabelle RIOM
- M. le P^r Rémi SALOMON
- M. le D^r Thomas SCHOUMAN
- M. le P^r Éric THERVET
- M. le P^r Nicolas THIOUNN
- M. le D^r Denis TIXIER
- M. le P^r Jean-Marc TRÉLUYER
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Noël ZAHR
- M. le P^r Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- M. Yann FLÉCHER, représentant du comité technique d'établissement central
- 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^{me} le D^r Lynda BENSEFA-COLAS, médecin coordonnateur du service central de santé au travail de l'AP-HP
- M^{me} Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
- M^{me} Sophie BENTÉGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. Michael BESSE, directeur adjoint des patients des usagers et des associations (DPUA)
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
- M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, secrétaire général
- M^{me} Catherine SUEUR, secrétaire générale
- M. Laurent TRÉLUYER, directeur systèmes d'information
- 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)
- M^{me} Suzanne VON COESTER, directrice des affaires juridiques

- ***Représentant de l'ARSIF :***

- M. le D^r Pierre FOUCAUD

- **Membres excusés :**

M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} René ADAM, ALEXANDRE ALLERA, Jean-Louis BEAUDEUX, Thierry BÉGUÉ, Stanislas CHAUSSADE, Gérard CHÉRON, Yves COHEN, Philippe CORNU, Nicolas DANTCHEV, Michel DRU, Jean-Luc DUMAS, Marysette FOLLIGUET, Laurent GILLARDIN, François GOFFINET, Bernard GRANGER, Bertrand GUIDET, Louis MAMAN, Véronique MOLINA, Lucile MUSSET, Jean-Marc NACCACHE, Bruno RIOU, Philippe RUSZNIEWSKI, Namik TARIGHT, Phanarom THONG.

- MM. Arthur DAUPHIN et Jean-Vincent LAQUA.

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

I. Informations du président de la CME

Le président souhaite à l'ensemble des membres de la CME et à leurs proches une excellente année 2018. Il rappelle que la cérémonie des vœux se tiendra lundi 15 janvier 2018 à l'hôtel Scipion. Il remercie l'ensemble des membres de la CME pour leur aide et soutien dans un contexte difficile, alors que l'instance est à mi-mandat. Il rappelle que les membres de la CME doivent porter la voix de la communauté et donc dépasser les intérêts particuliers.

Le président se réjouit de la nomination du P^r Jérôme SALOMON (Raymond-Poincaré) comme directeur de la direction générale de la santé (DGS). Il remplace le P^r Benoît VALLET.

Le président remercie le P^r Ariane MALLAT pour sa participation aux travaux du directoire. Son mandat de 4 ans arrive à terme et sera remplacée prochainement.

Le président accueille le D^r Lynda BENSEFA-COLAS, médecin-coordonnateur du service central de santé au travail de l'AP-HP. Elle siège à la CME en tant qu'invitée permanente.

Plan « ressources humaines – personnel médical » (RHPM)

Le P^r Serge HERSON, conciliateur pour les situations conflictuelles entre personnels médicaux, placé sous la responsabilité conjointe du directeur général et du président de la CME, a entamé un travail important avec l'appui de la DOMU et en lien avec la sous-commission *Vie hospitalière* (CVH).

Le président rappelle la nécessité de mettre en œuvre le plan RHPM dans tous les groupes hospitaliers et hôpitaux de l'AP-HP. Si beaucoup reste encore à faire, on peut d'ores et déjà constater une évolution dans le bon sens. S'agissant d'une « révolution culturelle » il faut forcément du temps pour que ces démarches s'ancrent dans le quotidien. Il se félicite du travail de la CME qui s'est intéressée très tôt à cette démarche.

Il indique que des missions transversales seront proposées aux consultants qui devront s'engager à leur consacrer une partie de leur temps. Dans la mesure où leur profil sera adapté, ils pourront notamment se voir confier des missions d'aide à la résolution des conflits psychosociaux.

Oikéiosis

Suite au travail réalisé dans les groupes stratégiques « oikéiosis », plusieurs séminaires ou séances de travail ont été organisés auxquels le président et le directeur général ont assisté et qui dessinent des perspectives dynamiques et intéressantes : séminaire « aphp.7-Paris Diderot » le 16 décembre, journée de réflexion des hôpitaux universitaires Paris-Sud (HUPS) le 19 décembre et comité exécutif (COMEX) de aphp.6 le 16 janvier.

Le P^r Jacques DURANTEAU précise que ce séminaire a permis de dialoguer avec différents hôpitaux avec lesquels le groupe hospitalier (GH) HUPS travaille, à savoir le centre chirurgical Marie-Lannelongue, l'institut Gustave-Roussy (IGR) et les sites constitutifs des groupements hospitaliers de territoire (GHT) auxquels participent le GH. Cet événement a permis de faire le point sur les relations partenariales sur le périmètre de Paris-Saclay.

Le président ajoute que les discussions conduites dans le cadre de « aphp.5 » se poursuivent.

Un nouveau séminaire « oikéiosis » aura lieu les 1^{er} et 2 février. Un point sera fait en CME.

Visite de l'hôpital marin d'Hendaye

Le président a visité l'hôpital marin d'Hendaye le 15 décembre. Il félicite chaleureusement les équipes de cet hôpital ainsi que celles de San Salvador, où il s'est rendu en septembre, pour leur travail remarquable et leur investissement sans faille auprès de patients souffrant de pathologies très lourdes (poly-malformations, polyhandicaps...).

Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCÉRÈS)

Le P^r Catherine BOILEAU signale que la rencontre qui a eu lieu ce matin avec les auditeurs est la deuxième visite du comité du HCÉRÈS. Fin 2017, a eu lieu l'évaluation du dispositif des départements hospitalo-universitaires (DHU). Commence désormais l'évaluation globale de l'AP-HP. La réunion de ce jour a porté sur la structuration centrale de la recherche, la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) et les partenariats de l'AP-HP avec les autres grandes structures de recherche régionales. Cette démarche se poursuivra par des comités de visite sur site.

Le P^r Catherine BOILEAU rappelle que le HCÉRÈS ne souhaite pas organiser un retour du comité de visite auprès des structures concernées avant le rendu du rapport final. À ce stade, elle constate cependant que les membres du comité de visite saluent le dynamisme de l'institution et sa volonté de porter la recherche au plus haut niveau. Elle en remercie le directeur général et le président de la CME qui ont porté ce message.

Le président ajoute que les inspections générales des affaires sociales (IGAS) et de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) ont été chargées d'une mission sur le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). Il rappelle toute l'importance qu'il attache au label CHU. La médecine française a progressé grâce aux CHU. Le modèle reste pertinent dans ses fondamentaux, même si des adaptations sont nécessaires 60 ans après la réforme Debré. Il Le PHRC doit rester du domaine de la santé et la recherche ne doit pas être concentrée sur un seul organisme.

Commission centrale de l'activité libérale (CCAL)

Les mandats des membres de la commission centrale d'activité libérale arrivent à échéance le 16 février. **Le président** propose de reconduire les mandats actuels des P^{TS} Fabrice MÉNÉGAUX et Bernard GRANGER et du D^r Alain FAYE.

La CME approuve la désignation des P^{TS} Fabrice MÉNÉGAUX et Bernard GRANGER et du D^r Alain FAYE à la CCAL.

Informations du directeur général

Le directeur général présente ses meilleurs vœux à l'ensemble des membres de la commission médicale d'établissement. La cérémonie officielle des vœux à laquelle la communauté est invitée se déroulera le 15 janvier prochain à l'hôtel Scipion.

Épidémie de grippe

Le directeur général souhaite également remercier l'ensemble de la communauté pour sa mobilisation face à l'épidémie de grippe, en particulier entre les 24 et 31 décembre qui a permis de faire face à la pénurie de lits de réanimation. La vaccination massive des membres de la CME a produit ses effets avec une augmentation du taux de vaccination du personnel contre la grippe de 20 %, sous réserve de confirmation.

Évaluation de Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCÉRÈS)

La mobilisation des différents intervenants a permis de présenter des dossiers de qualité devant le comité d'évaluation du HCÉRÈS.

Appel à candidatures pour la création d'instituts hospitalo-universitaires (IHU)

Les candidatures déposées sont de qualité, mais cela n'augure pas du nombre de dossiers retenus. La qualité de ces dossiers et leur diversité sont un signe de vitalité de l'institution. Quel que soit le résultat, le travail ne sera pas perdu.

Collaboration avec la Guyane

Une mission se déplacera en Guyane la semaine prochaine avec une dizaine de PU-PH dans le cadre d'un partenariat noué avec les centres hospitaliers de Cayenne. La solidarité territoriale est très forte et prendra ses marques à l'occasion du déroulement de cette mission. En particulier, les collégiales se sont fortement mobilisées en vue de construire dans la durée.

Programme de transformation « oïkéiosis »

Un point d'étape sur « oïkéiosis » sera présenté lors de la CME de février. Dans le cadre de ce programme, le passage de quatre à trois centres de transplantation hépatique donne lieu à des prises de contact entre les deux communautés médicales concernées (groupes hospitaliers Henri-Mondor et Paris-Sud). Des parlementaires du Val-de-Marne qui s'étaient émus de ce projet et qui sont désormais au fait du rationnel de ce chantier ont également été reçus.

Dépenses de médicaments et dispositifs médicaux

Le P^r Olivier BENVENISTE accompagnera le directeur général à une réunion de la commission des médicaments et dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS) qui doit mener un travail afin de proposer des pistes de contribution aux efforts d'efficience, sans dégrader pour autant la qualité des soins. Un travail similaire a été mené sur les bio-similaires en 2017 mais les efforts peuvent résolument porter sur d'autres domaines.

Dispositions sur la fin de vie

Un séminaire se tiendra le 15 janvier 2018 à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) sur les conditions de fin de vie en réanimation. Alors que les évolutions législatives et de jurisprudence se multiplient et ont conduit à des situations difficiles, il est apparu nécessaire de mener une réflexion conjointe pour venir en soutien des équipes sur ces questions. Il remercie à cette occasion le D^r Sophie CROZIER pour sa coordination des structures d'éthique. En mars, une semaine

sera consacrée aux sujets d'éthique. Son programme pourra prochainement être partagé avec la CME.

Séminaire sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Un séminaire se tiendra le 31 janvier 2018 avec la Fédération hospitalière de France (FHF) Île-de-France et l'ensemble des hôpitaux constitutifs des GHT de la région pour avancer sur la manière dont les partenariats peuvent passer à une phase opérationnelle.

II. Bilan des conférences stratégiques et budgétaires

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ présente la synthèse financière des conférences budgétaires et stratégiques. Elle rappelle que l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2018 fixe une cible d'évolution de l'activité de 2,5 % en volume. Les contractualisations avec les groupes hospitaliers sont supérieures à cette cible d'activité avec un objectif de croissance de + 2,3 % en hospitalisation complète et de + 4 % en hospitalisation partielle. En retenant une hypothèse d'évolution tarifaire de - 1 %, les recettes progresseraient en conséquence de + 1,91 % entre 2017 et 2018, soit + 53,5 M€ de recettes supplémentaires (dont 30 M€ issus des mesures nouvelles, 19 M€ issus de l'efficacité socle et 4,3 M€ issus de l'amélioration du codage). Au lancement des conférences, la prévision d'évolution des recettes était de 2,40 %.

Plus de la moitié de la dynamique d'activité est portée par des mesures nouvelles. Parmi celles-ci, on peut retenir, entre autres, la création d'une salle hybride pour l'hôpital Bichat (3,2 M€ de recettes supplémentaires) ou encore l'ouverture de salles supplémentaires pour les blocs opératoires de Saint-Louis (2,4 M€).

Concernant les charges de personnel, le cadrage du directeur général au moment du lancement des conférences budgétaires et stratégiques portait sur une évolution de + 1 % de la masse salariale entre 2017 et 2018. L'ÉPRD initial visait une évolution de + 0,7 % de ces charges, notamment en raison du décalage de mesures de revalorisation salariale (accord *Parcours professionnels, carrières et rémunérations* [PPCR]) et de la mise en place du jour de carence. Les premières propositions des groupes hospitaliers portaient sur une augmentation des charges de personnel de 1,53 % en vision consolidée.

À l'issue des conférences stratégiques, la revalorisation de ces charges a été revue à hauteur de + 0,96 %. Il est à noter que ce taux n'intègre pas le report des revalorisations catégorielles ainsi que les prévisions définitives pour les juniors, qui sont deux éléments qui entraîneront une baisse des dépenses de personnel de 24 M€. En vision consolidée, la hausse des charges de personnel passerait ainsi de + 0,96 % à + 0,5 %.

Pour certains groupes hospitaliers, l'effet en année pleine des recrutements réalisés en 2017 sur la base de mesures nouvelles conduit à une évolution tendancielle de la masse salariale plus importante. Pour d'autres, c'est l'arbitrage des mesures nouvelles qui conduit à enregistrer une évolution plus forte de la masse salariale.

Les effectifs de personnel non médical (PNM) seraient en baisse de 175 équivalents temps plein (ÉTP). Certains groupes hospitaliers seraient sur une évolution positive. Les effectifs de PNM seraient toutefois en hausse dans quelques groupes hospitaliers (notamment pour les hôpitaux

universitaires Paris-Ouest [HUPO] sous le coup de mesures nouvelles). Les groupes qui connaissent les infléchissements d'effectifs de PNM les plus importants sont ceux qui ont bénéficié d'investissements au cours des années antérieures. Ces investissements, désormais opérationnels, permettent de générer des économies de moyens. C'est le cas notamment pour les hôpitaux universitaires Paris-Seine-Saint-Denis (HUPSSD) avec l'ouverture du bâtiment Larrey B et le regroupement des laboratoires à Jean-Verdier. Pour les hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière – Charles Foix (HUPSL), deux projets importants permettent également de réaliser des gains d'efficience : le bloc ambulatoire Gaston-Cordier et la plate-forme de biologie.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ indique que les effectifs de personnel médical (PM) progresseraient de 13 ÉTP entre 2017 et 2018. Certaines hausses sont plus fortes dans certains groupes hospitaliers pour les mêmes raisons que celles invoquées pour justifier l'évolution des effectifs de PNM.

Des pré-notifications budgétaires ont été envoyées début janvier aux groupes hospitaliers : les notifications définitives seront adressées vers le 20 janvier. Elles préciseront les arbitrages en exploitation et en investissement. Les pré-notifications intègrent le niveau des dotations pour les missions d'intérêt général (MIG), les financements de la dotation annuelle de financement (DAF) de la psychiatrie et la dotation modulée à l'activité pour financer le SSR. Ces éléments viennent dégrader la situation des groupes hospitaliers de –38 M€. Cette dégradation n'est que partiellement compensée par les gains de 24 M€ obtenus par l'intermédiaire du report de l'accord PPCR.

Concernant les investissements de travaux, les arbitrages sont conformes au cadrage à hauteur de 25 M€. L'enveloppe d'investissements pour les équipements s'élèvera à 7 M€. La liste des arbitrages figure dans le document support.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ ajoute que certaines opérations ne sont pas encore validées car toujours en cours d'instruction. Des travaux complémentaires auront lieu dans les prochains mois, notamment pour ce qui concerne les blocs opératoires de Bicêtre.

Le président demande à la DOMU de présenter les aspects stratégiques du cycle des conférences à la prochaine CME.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE rappelle que le GH *Hôpitaux universitaires Paris-Centre* (HUPC) augmente son activité depuis deux ans mais voit pourtant ses recettes diminuer. Il souhaite que la direction puisse faire acte de pédagogie et expliquer pourquoi le déficit s'aggrave alors que l'activité est en croissance. De plus, quelle est la part de ce déficit qui tient aux structures inoccupées de l'Hôtel-Dieu et que représente l'accueil des personnes sans domicile par exemple dans ce déficit ? Il tient à préciser que l'investissement dans une plate-forme logistique pour l'hôpital Cochin pour un montant d'un million d'euros porte sur l'équipement d'un local poubelle au sein de la nouvelle pépinière d'entreprise de Cochin en échange de leur avoir cédé gratuitement le terrain !

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ note le besoin d'éclairer les motifs des déficits d'exploitation constatés dans les GH concernés. Nonobstant, son exposé n'avait pas pour objet de présenter une situation spécifique de chaque groupe hospitalier mais de donner une vision globale au périmètre

de l'AP-HP. Elle propose de donner ces éléments d'explication lors d'une prochaine CME ou d'une prochaine réunion de la sous-commission Activité-recettes (CAR).

Le président affirme qu'il est essentiel de donner des explications claires et de proposer une transparence complète sur ces points, *a fortiori* lorsque les équipes sont sous tension.

Le P^r Paul LEGMANN souhaite savoir si les prévisions effectuées au cours des cinq dernières années ont été vérifiées dans les faits en termes de croissance de l'activité et de recettes. Il craint en fait que les prévisions très précises formalisées fin 2017 soient démenties fin 2018, car des événements non prévisibles auront eu cours dans l'intervalle.

Le directeur général confirme que les prévisions ont été respectées au cours des quatre dernières années en dépenses comme en recettes. C'est uniquement en 2017 que les prévisions ont été mises en défaut. L'année 2017 a été atypique pour toutes les structures hospitalières publiques, avec une activité qui a été systématiquement moins élevée que la prévision. Lors de son intervention devant le conseil de surveillance, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) avait avancé que l'écart pouvait tenir au fait que l'année 2017 n'était pas bissextile comme 2016. Cette explication est loin d'être anecdotique puisqu'un jour de moins dans l'année revient à retrancher mécaniquement 0,3 % de l'activité mais bien évidemment pas suffisante. Pour éviter de se trouver en fin d'année en écart, des dispositions sont prises pour un suivi plus resserré. Dans tous les cas, un point de situation sera présenté plus tôt dans l'année afin de vérifier si la trajectoire est respectée. En outre, il faut rappeler que ces prévisions sont prudentes et sous-évaluent les prévisions d'activité que remontent les GH.

Le D^r Nathalie DE CASTRO suppose que la précision des prévisions tient au fait que les GH se sont engagés sur des suppressions des postes. Elle souhaite savoir si ces suppressions correspondent à des non-remplacements suite à des départs en retraite.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ rappelle que la contractualisation intervient groupe hospitalier par groupe hospitalier sans effet de vase communicant entre GH. Son exposé retrace une vision consolidée de l'évolution de l'activité par spécialité. Ce niveau de détails est nécessaire pour suivre l'écart par rapport à la cible. Concernant la masse salariale, les hypothèses sont travaillées par les groupes hospitaliers : elles fournissent des informations détaillées sur l'évolution des effectifs par catégorie et par mois. Les réductions d'emplois sont associées à des mesures d'efficacité, notamment des investissements qui peuvent augmenter l'activité et/ou minorer les besoins de personnel.

Le directeur général souhaite rappeler que l'effort visé en 2018 correspond à une baisse de 280 ÉTP sur l'ensemble du périmètre. Cette trajectoire est donc synonyme d'une quasi stabilité des effectifs. La direction vise à faire porter l'effort sur les fonctions support, dans la mesure du possible, tout en engrangeant des projets de regroupement d'activités qui vont dans le sens d'une rationalisation. Toutefois, ce principe vaut toutes choses égales par ailleurs. Si l'absentéisme augmente, il en découlera des tensions sur les effectifs puisque la masse salariale devra être maîtrisée. Par ailleurs, l'objectif est de moins recourir à l'intérim – qui est à la fois plus cher et moins satisfaisant en termes de qualité des soins - et de poursuivre une politique permettant de maintenir les effectifs permanents.

Le D^r Christophe TRIVALLE constate que son GH devra réduire les effectifs médicaux de 7 ÉTP. Or la gériatrie peine à recruter et les structures de SLD ont besoin de médecins pour s'occuper des malades. Son groupe hospitalier fait appel à des médecins étrangers pour les structures de soins de longue durée (SLD) mais, face à deux départs, il lui a été demandé de ne retenir qu'un candidat du concours de procédure d'autorisation d'exercice (PAE) sur deux demandes, au motif d'une faible activité. Pourtant, les structures de SLD ne peuvent pas fonctionner sans médecins.

Le D^r Isabelle NÈGRE souhaite savoir quelles mesures sont prévues pour mieux recouvrer les recettes. Elle doute par ailleurs que le codage soit fiable et permette de relier sérieusement l'activité médicale et les systèmes d'information financiers. Dans son secteur, elle témoigne que des erreurs sont commises et qu'elle doit les corriger manuellement.

Le directeur général reconnaît qu'il existe l'impératif de maîtriser la masse salariale tandis que, par ailleurs, certains secteurs traversent des difficultés de recrutement. Il est de la responsabilité de chaque GH d'ajuster les ressources en fonction de l'activité prévisionnelle. Hormis pour ce qui concerne les mesures nouvelles, le niveau central n'intervient pas dans ces équations : ces décisions sont du ressort de la gouvernance du groupe hospitalier.

Le taux de recouvrement des recettes est de 90 % au global sur le périmètre de l'AP-HP mais que l'objectif affiché est de 95 %. Plusieurs outils sont mobilisés pour atteindre cette cible. Un de ces outils est actuellement en test dans les hôpitaux de l'est parisien : le projet de gestion du trafic des malades incluant une préadmission en ligne. La direction générale porte beaucoup d'espoir dans les résultats qui pourront être obtenus grâce à ce projet en termes d'amélioration du taux de recouvrement, même si ce projet demeure difficile à déployer. Le projet est de pouvoir l'étendre en 2018 et début 2019.

Le P^r Michel PEUCHMAUR souhaite obtenir des informations sur les conséquences possibles des mécanismes de compensation de l'augmentation de la contribution sociale généralisée (CSG) sur la masse salariale globale.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ précise que pour le PNM, l'augmentation de la CSG est compensée par une prime pour l'agent laquelle prime évite la baisse du salaire net. Pour empêcher que cette prime ne pèse sur la masse salariale, l'employeur bénéficie d'une réduction des cotisations maladie patronales. Ce montage permet que la mesure soit neutre pour le salarié comme pour l'employeur. Les modalités concernant le PM pourront lui être fournies.

Le président émet le souhait que les soins ne pâtissent pas du contexte difficile actuel. Il demande que les effectifs de personnel soignant soient préservés car les médecins doivent évidemment être accompagnés. Il peut admettre que des rééquilibrages soient nécessaires en fonction des évolutions de l'activité, mais au final il demande que les effectifs soient en nombre suffisant. Pressurer les hôpitaux pour une recherche toujours accrue de rentabilité devient difficilement supportable à tous les niveaux.

III. Avis sur le plan stratégique 2017-2022 de l'AP-HP pour la télémédecine

Le P^r Élisabeth SCHOUMAN-CLAYES rappelle que la télémédecine regroupe la télé-expertise (TLE), la téléconsultation (TLC) médicale et la télésurveillance (TLS). Les réunions de concertation

pluridisciplinaires (RCP), les conseils délivrés à un patient sur la base d'échanges électroniques et le transfert électronique d'images ne sont pas de la télémédecine.

L'AP-HP s'est engagé historiquement dans cette voie avec TÉLIF (gestion à distance des urgences neurochirurgicales) en 1994, puis OPHDIAT (télédepistage de la rétinopathie diabétique) en 2004. En 2016, l'offre de télémédecine de l'AP-HP couvrait 46 000 patients sur 39 activités différentes. Cependant, nombre de ces activités ne sont pas totalement abouties car beaucoup d'entre elles ne sont pas associées à des comptes rendus écrits. En outre, nombre d'activités sont informelles et ne sont pas recensées.

La stratégie de l'AP-HP est de s'appuyer, quand faire se peut, sur l'outil régional de télémédecine, ORTIF. Il sera étendu à des solutions de télésurveillance en 2018 et à la téléconsultation directe. L'outil sera disponible sur smartphone d'ici un mois. Cet outil évoluera vers la version 2 d'ORTIF (appel d'offres en cours).

En 2018, la téléexpertise et la téléconsultation passeront dans le droit commun, alors que la télésurveillance restera dans le champ des expérimentations, plusieurs thématiques étant retenues dans le programme ÉTAPES, préfigurateur de tarification.

Le plan stratégique télémédecine de l'AP-HP vise à répondre aux attentes de la population, des soignants et de l'ARS. C'est un mode de prise en charge structurant au regard du virage ambulatoire et de la collaboration ville-hôpital. C'est également un outil de déploiement des GHT. Alors que les outils sont désormais matures (ou quasi), la télémédecine est un enjeu pour l'AP-HP dans un contexte où les structures concurrentes conduisent des initiatives proactives dans ce domaine. Le projet vise à mettre en place une offre globale sur le périmètre de l'AP-HP.

Pour ancrer ce projet, il convient d'inscrire la télémédecine dans un mode d'exercice quotidien. La télémédecine ne doit pas être une offre d'experts isolés mais une offre d'équipe. Son succès passera par la promotion d'ORTIF dans un environnement technique adapté, c'est-à-dire que ORTIF V2 devra être intégré à ORBIS. L'AP-HP devra développer une offre de disciplines au niveau régional, ce qui entraînera des évolutions organisationnelles puisque l'institution aura à s'engager à répondre aux demandes d'expertise dans un délai de 48 heures et à proposer des créneaux privilégiés de consultations. La téléexpertise a à s'ouvrir à la médecine de ville. L'offre de l'AP-HP sera rendue plus visible. Les actes de télémédecine ont à être tracés afin de pouvoir en assurer la facturation. Concernant le financement, des discussions devront porter sur le niveau des honoraires (aujourd'hui fixé à 28 € dans le cadre du projet ÉTAPES), sans prise en compte des téléconsultations complexes, ainsi que sur le recouvrement pour les patients non connus de l'AP-HP. Les projections tablent sur une activité multipliée par trois de l'activité de télémédecine d'ici 2020.

En conclusion, la télémédecine est une opportunité et à la fois un risque pour l'AP-HP sachant que le risque principal serait de ne pas s'engager dans cette voie. La télémédecine impose de mener une démarche proactive et de favoriser le partage. Le sujet doit être discuté avec la CME, les collégiales, les référents télémédecine des GH et l'ensemble de la communauté.

Le D^r Sophie CROZIER s'étonne que l'exposé n'englobe pas les besoins en personnel. Elle rappelle que l'objectif de la télémédecine est d'avoir accès à des avis d'experts pour prendre des décisions parfois en situation d'urgence. Cependant, le projet proposé dans le domaine neurovasculaire

n'est plus soutenu en Île-de-France pour des raisons de moyens. Elle signale par ailleurs que la connexion ORTIF est très lente (parfois entre 10 et 20 minutes). Même si la pratique est interdite, il est plus rapide d'envoyer des photos sur smartphones pour recueillir l'avis de l'expert en situation d'urgence. En outre, elle rappelle que la télémédecine est destinée à pallier la pénurie des médecins en France mais qu'il existe un paradoxe puisque cette nouvelle technique nécessite elle-même des moyens humains qui restent actuellement une ressource rare.

Le P^r Élisabeth SCHOUMAN-CLAYES souligne que la majorité des activités de téléexpertise et de téléconsultation ne s'inscrivent pas le cadre de l'urgence critique. Par ailleurs, elle indique que les outils sont matures et fonctionnent dès lors qu'ils sont utilisés régulièrement. Elle reconnaît que la gestion de l'urgence (encore plus en cas de téléconsultation) n'est pas le plus simple en situation de démarrage.

Le P^r Rémi SALOMON constate que le temps passé par chaque médecin devant un écran pour échanger avec des confrères devient de plus en plus important. Or ce temps n'est pas valorisé. De toute évidence, le développement de la télémédecine nécessite une informatisation idoine, en lien avec le dossier médical partagé (DMP), et des connexions ville-hôpital opérantes. Aux États-Unis, des systèmes de soins intégrés facilitent les échanges ville-hôpital.

Le président souligne que le sujet de la télémédecine soulève des questions de coûts et de personnel mais interroge aussi la dimension médico-légale. En chirurgie, rendre un avis rapidement sur la base d'images ou de vidéos suppose que la qualité du support soit parfaite sauf à se tromper sur le diagnostic. Suivant les disciplines, la télémédecine peut être plus difficile à appliquer. Par ailleurs, il rejoint ceux qui affirment que des moyens doivent être accordés afin que le système fonctionne correctement.

Le P^r Élisabeth SCHOUMAN-CLAYES précise que les activités de télémédecine sont souvent la formalisation de pratiques existantes et non des activités nouvelles. Déjà de très nombreux médecins donnent régulièrement des avis à distance sans les tracer et donc sans facturation.

Le président considère qu'il est parfois difficile de facturer les actes et conseils entre confrères.

Le D^r Nathalie DE CASTRO souligne le risque que certaines activités relevant de la médecine de ville plutôt ne soient incluses dans le champ de la télémédecine, or ce n'est pas le rôle de l'AP-HP de se substituer au médecin généraliste en développant ces activités, comme par exemple pour le suivi d'un patient sous anticoagulants.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande que soient présentées des données chiffrées sur cette activité et qu'il soit précisé son seuil de rentabilité. L'AP-HP a certes un rôle à jouer dans ce domaine, mais il doute que cette activité permette d'accroître les revenus.

Le D^r Clara BOUCHÉ indique que des applications cotées et financées existent en diabétologie et génèrent des revenus pour l'industriel qui développe l'application bien supérieurs à ceux qui reviennent aux structures de soins qui répondent à la demande. Elle souhaite que cette activité puisse être cotée à l'AP-HP.

Le P^r Élisabeth SCHOUMAN-CLAYES indique qu'il est possible de s'inscrire dans les protocoles de télésurveillance qui sont publiés dans les cahiers des charges ÉTAPES. Il convient d'élaborer un

business plan pour vérifier l'équilibre économique de ces approches. L'effectivité de la tarification n'est pas encore ouverte à cette date mais devrait l'être prochainement.

Le P^r Paul LEGMANN juge important de recueillir un avis médico-légal et juridique sur cette question pour circonscrire la responsabilité de celui qui rend un avis à distance. Par ailleurs, il croit savoir qu'il convient de recueillir le consentement du patient avant d'entrer dans cette démarche.

La CME émet un avis favorable à l'unanimité et 8 abstentions.

IV. Bilan d'étape de la réforme de l'organisation du temps de travail (OTT) à l'AP-HP

M. Gérard COTELLON rappelle que l'arrêté du 1^{er} avril 2016 relatif à l'organisation du travail et aux temps de repos à l'AP-HP met en place la réforme de l'organisation du travail. Celle-ci a été marquée par des conflits sociaux de grande envergure, mais a abouti à la signature d'un protocole d'accord avec une organisation syndicale.

La réforme prévoit un retour au réglementaire avec les éléments suivants :

- la suppression des forfaits protocoles ;
- l'arrêt du maintien du droit à réduction du temps de travail (RTT) et repos de récupération (RR) en dehors des cas prévus par la réglementation (par exemple, un agent en congés bonifiés ne génère pas de RTT) ;
- la suppression de la journée fête des mères ;
- l'introduction d'un nouveau schéma horaire en 7h30 pour les nouveaux recrutés et au choix pour les agents (mais cette option a remporté peu de succès avec moins de 50 agents ayant opté pour cette formule) ;
- le maintien du recrutement en 7h00 pour les remplacements des congés annuels, les contrats à durée déterminée (CDD) de courte durée ou sur demande de l'agent ;
- la suppression du schéma de 7h50 et la généralisation de l'équipe de journée.

Les gains théoriques de cette réforme s'élèvent à 234 000 journées de travail, soit l'équivalent de 1 114 ÉTP de personnel non médical. Ces journées ont été laissées au niveau des services.

Le volume de jours placés sur le compte épargne temps (CET) a diminué, puisque la mise en place de la réforme permet plus facilement aux agents de poser leurs congés.

La mise en place de l'équipe de journée a pu bouleverser l'organisation personnelle de certains agents qui étaient calés sur un planning du matin ou de l'après-midi. Dans l'ensemble des groupes hospitaliers, une attention particulière a été portée sur ces situations qui ont fait l'objet d'accommodements raisonnables. Après examen, un tiers des demandes d'accommodements raisonnables a été accordé. Certains hôpitaux ne sont pas encore passés à l'équipe de journée, notamment en gériatrie.

M. Gérard COTELLON précise qu'il a été mis en place un comité de suivi de la réforme, en central comme en local. Au niveau central, ledit comité a siégé trois fois depuis octobre 2016. Il a pu faire remonter des difficultés dans la mise en œuvre de l'arrêté du directeur général. Le comité de suivi a été plus complexe à mettre en place au niveau local, en lien avec les conflits sociaux. Le comité de suivi a examiné le sujet des dépassements d'horaires. Dans le protocole d'accord signé avec la

Confédération française démocratique du travail (CFDT), il est stipulé que les dépassements d'horaires effectués à la demande de l'encadrement doivent être tracés. Cependant, ne sont pas comptabilisés les dépassements n'excédant pas 10 minutes et liés à la vie du service.

Une enquête a été menée auprès de l'encadrement : le taux de participation a été très faible, on voit tout de même que les dépassements d'horaires sont pris en compte. Une nouvelle enquête sera conduite pour objectiver la volumétrie des dépassements d'horaires et identifier leurs causes. Il est toutefois noté que les dépassements d'horaires sont tracés dans *Gestime*.

M. Gérard COTELLON ajoute que la mise en place de cette réforme n'a pas entraîné une augmentation du turnover, contrairement à ce que craignaient les organisations syndicales. Au global des qualifications, le turnover de l'AP-HP reste stable à 6,8 % depuis trois ans.

Une enquête a été menée sur la stabilité des plannings. Même si le taux de réponse reste faible (20 % de taux de retour), il en ressort que 13 % des répondants témoignent de changement de planning. Dans la grande majorité des cas, ces changements font suite à des arrêts maladie non prévus au sein de l'équipe et nécessitant de décaler la pose du jour de repos.

Le D^r Christophe TRIVALLE souligne que la mise en place de l'équipe de grande journée est très déstabilisante pour les soignants, notamment ceux ayant des contraintes familiales liées à leurs enfants. Pour ces personnels, travailler parfois le matin et parfois l'après-midi rend plus complexe leur organisation familiale. Il souhaite par ailleurs savoir si les enquêtes sont anonymes. Si ce n'est pas le cas, il n'est pas certain que les réponses collectées soient sincères.

Le D^r Marie BORNES demande si la mise en place de cette réforme a conduit à accentuer l'absentéisme.

Le D^r Sophie CROZIER affirme que la mise en place de cette réforme n'a pas permis de mieux reconnaître le travail des soignants, alors que tel était son objectif. Au contraire, elle a induit de fortes tensions. Elle a également conduit à réduire les temps de transmission. Par ailleurs, les personnels effectuent beaucoup d'heures supplémentaires non payées. Les secrétaires hospitalières travaillent de 7 heures à 14 heures, et ne peuvent plus apporter leur aide pour organiser les sorties et prendre les rendez-vous après 14 heures. En définitive, cette réforme ne permet pas de favoriser la conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle puisqu'elle conduit à alterner les plannings du matin et de l'après-midi. Enfin, au-delà des cadres qui ont été très peu nombreux à répondre à l'enquête, elle aurait souhaité que les soignants soient également interrogés sur leur ressenti suite à la mise en place de cette réforme.

Le D^r Anne GERVAIS demande que les indicateurs qui sont suivis puissent être placés en annexe de la présentation afin d'informer les membres de la CME comme l'a été le directoire. Il n'est pas possible d'affirmer que l'absentéisme n'est pas en lien avec la modification de l'organisation du travail. L'instabilité des plannings perdure en raison de l'augmentation de l'absentéisme, les cadres doivent sans cesse revoir ces plannings contrairement à la contrepartie proposée lors de la négociation de la réforme. En raison de la grande équipe, un agent en horaire du matin, peut du jour au lendemain effectuer l'après-midi pour boucher un trou. Ces modifications de planning doivent être interrogées. Elle s'interroge sur les aides possibles par des logiciels évitant que le travail des cadres soit cantonné à ces tâches bureaucratiques de réunions et des tableaux *Excel*. L'OTT a également entraîné une réduction des temps de transmission et de réunions pour les

soignants. Il est important de demander aux équipes quelles sont les conséquences liées à cette diminution des temps de concertation et de transmission. Il faudrait également les interroger sur les effectifs cibles à mettre en place. À toujours imposer de façon verticale les organisations, on ne répond pas aux travers relevés dans le baromètre social 2013 alors que la réforme était censée viser à améliorer la qualité des soins et les conditions de travail.

En tant que représentant du comité technique d'établissement central (CTEC), **M. Yann FLÉCHER** souhaite témoigner que la souffrance du personnel est patente. Aujourd'hui, certains cadres affirment que seuls les agents ayant des enfants pourront partir en congés en juillet ou en août. La réforme conduit également à rogner sur la formation professionnelle. Elle n'aboutit en fait qu'à augmenter les tensions et à accroître l'absentéisme, et donc à dégrader la qualité des soins.

Le D^r Patrick DASSIER confirme que le personnel paramédical a exprimé sa souffrance lors de la dernière réunion de CTEC. Avec l'entrée en vigueur de cette réforme, le personnel soignant a le sentiment de ne plus remplir sa mission, c'est-à-dire de bien soigner les patients dont il a la charge.

M. Gérard COTELLON souligne que le sujet de la souffrance au travail concerne tous les hôpitaux en France, indépendamment de la réforme du temps de travail qu'a connu l'AP-HP en 2016. Par ailleurs, le schéma horaire le plus répandu au sein de l'institution est celui de 7h36. Ce schéma existait avant la réforme tandis que la formule de 7h30 ne concerne que 6 % du personnel. Ces changements ne doivent donc pas impacter les transmissions. Concernant l'équipe de journée, certains arrangements avaient été accordés par le passé à des agents ayant des charges de famille sans être revus ensuite lorsque leurs enfants avaient grandi. De fait, les nouveaux recrutés ne se voyaient proposer que des plannings d'après-midi. La mise en place de la grande journée vise à proposer un traitement plus équitable. Par ailleurs, des dérogations ont été accordées à certaines personnes après examen des situations particulières.

M. Gérard COTELLON précise que l'enquête conduite auprès des cadres est anonyme. Ceux-ci doivent uniquement renseigner le service pour lequel ils travaillent.

Le directeur général ne nie pas que la réforme ait pu générer des difficultés. Le bilan présenté ce jour vise à objectiver la situation. Il démontre que la mise en place de ces nouvelles règles n'a pas eu pour conséquence de faire croître le *turn over*. Par ailleurs, l'alternance des équipes fonctionnait systématiquement dans certains hôpitaux antérieurement à la réforme. Par le passé, les règles en place conduisaient à allouer les plannings les moins favorables aux derniers recrutés, c'est-à-dire aux plus jeunes agents. La réforme ne vise pas à maltraiter les personnels mais à proposer un traitement équitable en prenant en compte les contraintes de l'hôpital. Dans la plupart des hôpitaux de France, est proposé un système d'alternance des horaires afin de pouvoir partager les contraintes. L'alternative est de travailler en 12 heures. Ce schéma est réservé à l'AP-HP à certains services hyperspécialisés. Certes, dans certains hôpitaux privés, le travail en 12 heures est la règle. Cependant, si le travail en 12 heures ne répond pas à la volonté des agents, c'est un schéma d'alternance qu'il convient de privilégier.

Les dérogations ponctuelles sont possibles, à la condition que ces dispositions ne reviennent pas à la victoire « du fort sur le faible ». En d'autres termes, il ne souhaite pas que ce soient ceux qui jouissent du plus fort pouvoir d'influence qui obtiennent ces dérogations au détriment de leurs

collègues. Par ailleurs, il rappelle qu'une étude récente démontre que les salariés qui travaillent la nuit sont plus nombreux à être victimes de cancers.

V. Bilan annuel du programme d'action pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) de l'AP-HP

Le P^r Christian RICHARD indique qu'il s'agit d'un bilan d'étape un an après la mise en place du programme d'action 2017-2020. Ce programme d'action dont le suivi est assuré conjointement par la CME et par la DOMU (D^r Christine MANGIN) a pour finalité de favoriser l'implication des patients et des représentants des usagers, la communication, la formation des personnels, la recherche clinique - évaluation, et le lien entre qualité de vie au travail et QSS.

L'implication des représentants des usagers et des patients a été favorisée par la mise en place des commissions des usagers (au niveau des GH) et de la commission centrale de concertation avec les usagers. Au niveau des GH, la participation des usagers au processus de certification, aux journées d'enseignement, aux démarches de retour d'expérience et aux projets de recherche-évaluation a été fortement encouragée. À la demande de la CME, de la direction générale et de la DOMU, d'importants efforts de communication ont été réalisés. Plusieurs documents papiers ont ainsi été élaborés (journal *Nous*, affiches, etc.). Des supports dématérialisés sont aussi proposés dans l'application *AP-HP Pro*.

En matière de formation, des journées thématiques ont été organisées. À l'initiative du président de la CME, un groupe de travail avec l'école de chirurgie a été créé sur le sujet de l'enseignement par simulation. L'utilisation pour la formation médico-soignante des cas vignettes tend par ailleurs à se développer.

Concernant la recherche clinique-évaluation, un travail a été entrepris dans le domaine de la réhabilitation accélérée après chirurgie. D'autre part, à la demande des représentants des usagers au conseil de surveillance (M^{me} Marie CITRINI et M. Thomas SANNIÉ), un projet de recherche clinique-évaluation concernant l'expérience du patient est en développement.

Le programme d'action 2017-2020 décline d'autre part l'ensemble des items spécifiques couverts par la QSS : prévention des événements indésirables associés aux soins, prévention des infections associées aux soins, prise en charge médicamenteuse, prise en charge de la douleur, fin de vie, prévention de la dénutrition et certification. Pour traiter l'ensemble de ces importants sujets, il convient de s'assurer de la disponibilité des personnels de santé et des représentants des usagers, de lever les difficultés de coordination entre les différents acteurs et de s'assurer de l'implication institutionnelle.

Le **président** rappelle toute l'importance de cette thématique. Il tient à ce que la cellule QSS & CAPCU continue son important travail et que l'articulation entre la cellule centrale et les commissions locales permette d'alimenter les discussions.

Dans une période de fortes contraintes, le P^r Rémi SALOMON invite à redonner du sens au travail d'équipe. Pour cela, il convient de libérer du temps aux équipes pour permettre ces échanges.

Le président rejoint ce propos. La notion d'équipe est essentielle ainsi que le dialogue à l'intérieur des équipes pour faire avancer la qualité et la sécurité des soins.

Le P^r Christian RICHARD rappelle qu'il existe le risque que ce sujet pâtisse d'un manque de moyens et d'un certain désintérêt au vu des difficultés médico-économiques actuelles. Chacun s'intéresse en effet à titre individuel à la qualité et à la sécurité des soins, dans la relation quotidienne médecin-patient, mais l'implication transversale et collective sur ces thématiques n'est que rarement jugée prioritaire alors que l'impact en est majeur au niveau institutionnel. Même si chacun en reconnaît l'intérêt, il convient donc de renforcer encore la place de la QSS & CAPCU pour qu'elle s'ancre de manière formelle dans nos pratiques.

Le président s'associe à ces remarques et suggère que la QSS & CAPCU puisse faire partie des missions des futurs consultants.

Le P^r Rémi SALOMON ajoute que chacun reconnaît que les usagers doivent jouer un rôle accru mais force est de reconnaître que ces discours ne se traduisent pas ou peu dans les faits.

Le président souhaite que le dialogue avec les usagers permette d'avancer de manière constructive.

VI. Avis et information sur des modifications de structures

Trois projets sont commentés par le **P^r Paul LEGMANN**.

1. Avis sur la création d'un service bi-site de médecine de la douleur et soins palliatifs dans le pôle *Neurosciences, tête et cou* du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Saint-Louis – Lariboisière (HUSLL)*

Il est proposé que le service « douleur et soins palliatifs » du pôle 104 « Neurosciences, tête et cou » (NTC) de Lariboisière devienne un service bi-site « médecine de la douleur et soins palliatifs » après intégration de l'unité fonctionnelle de service (UFS) « équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs » de Saint-Louis du pôle 101 « hématologie, immunologie, réanimation respiratoire, radiothérapie et oncologie ». Le nouveau service bi-site verrait son périmètre modifié pour s'articuler autour de l'UFS de soins palliatifs, de l'UFS douleur et de l'UFS équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs. Ce regroupement permettra d'améliorer la visibilité de ce service et son attractivité et de proposer un guichet unique pour la prise en charge des soins palliatifs et de la douleur en oncologie. La consultation « céphalées » resterait rattachée à l'UFS centre d'urgences neurovasculaires et centres d'urgences céphalées.

2. Avis sur la création d'une fédération de dermatologie entre les GH *HUSLL (Saint-Louis)* et les *Hôpitaux universitaires Paris-Nord-Val-de-Seine (HUPNVS, Bichat)*

L'avis de la CME est requis sur la création d'une fédération de dermatologie entre le service de dermatologie de Bichat et le service de dermatologie de Saint-Louis. Son objectif est de structurer une offre de proximité et de recours en dermatologie sur tout le territoire Paris-Nord en développant et optimisant les partenariats, de mettre en place des complémentarités entre les deux services, avec une expertise commune en onco-dermatologie, la prise en charge de dermatoses inflammatoires et des toxidermies. La création de cette fédération permettra de développer les collaborations et de faciliter les échanges et de donner plus de visibilité à l'activité

des deux services. Elle permettra de mettre en place des parcours de formation pour les chefs de clinique et les internes et bénéficiera d'une plateforme d'imagerie et lasers destinée aux professionnels des deux sites.

3. Information sur la création d'une fédération de toxicologie au sein du GH HUSLL

Une fédération intra-GH sera créée sur le site de Lariboisière dénommée *FeTox*. Elle sera consacrée à la prise en charge de l'activité de toxicologie pour redonner de la lisibilité à cette activité. Elle permettra d'optimiser la prise en charge des patients sur la filière des urgences toxicologiques avec un parcours fléché et de renforcer les interactions existantes (biologistes et cliniciens).

Le D^r Christian GUY-COICHARD demande pourquoi l'unité douleur de Saint-Louis n'est pas regroupée dans le service bi-site.

Le P^r Paul LEGMANN indique que la réflexion est engagée mais la décision n'est pas encore prise. La consultation céphalées reste également indépendante (pôle 104 NTC).

La CME rend un avis favorable à l'unanimité et une abstention aux modifications de structures soumises au vote.

VII. Avis sur les avenants aux conventions d'association hospitalo-universitaires avec des hôpitaux hors AP-HP

M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ rappelle que les conventions d'association hospitalo-universitaire avec des hôpitaux hors AP-HP sont prévues par le code de la santé publique. Elles requièrent l'avis du CTEC, de la CME et du conseil de surveillance. Ces conventions lient trois parties : l'organisme extérieur, l'AP-HP et l'unité de formation et de recherche (UFR) de rattachement. Par rapport aux effectifs totaux de personnels hospitalo-universitaires du CHU, les effectifs des établissements conventionnés représentent 8 % des PU-PH, 5 % des MCU-PH, 7 % des chefs de cliniques assistants (CCA) et 1 % des assistants hospitalo-universitaires (AHU). L'avis de la CME sur les avenants aux conventions est requis suite aux nominations intervenues au 1^{er} septembre 2017 dont la liste a été communiquée.

Le D^r Anne GERVAIS constate que des radiologues de l'AP-HP font l'objet d'une convention avec l'institut Gustave-Roussy (IGR). Alors que la télémédecine doit prendre de l'ampleur, elle suggère de les faire revenir dans le giron de l'institution.

M^{me} Christine WELTY signale que ces radiologues ont été recrutés par Gustave-Roussy et qu'ils sont universitaires par convention de rattachement de l'établissement à Paris 11.

Le D^r Anne GERVAIS ne voit pas l'intérêt de cette convention si l'AP-HP ne peut pas en bénéficier.

Le P^r Sadek BELOUCIF rappelle que le travail d'un médecin radiologue ne consiste pas à « prendre des photographies » à distance du patient, mais d'intervenir directement au plan médical auprès des patients.

La CME rend un avis favorable à l'unanimité et 5 abstentions.

VIII. Avis sur la proposition du directeur général sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour 2018

Le président remercie les présidents de CME locale et les membres de la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (CTEM) pour leur travail. Il remercie également la DOMU et la direction générale d'avoir suivi les propositions de révision des effectifs. La liste retenue est celle remontée à l'exception d'un poste de neuro-pédiatrie à Raymond-Poincaré qui sera mis au second tour.

La CME rend un avis favorable à l'unanimité.

IX. Approbation du compte rendu de la CME du 5 décembre 2017

Le compte rendu de la réunion du 5 décembre 2017 est adopté à l'unanimité.

La séance est levée à 19 heures 10.

* *
*

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

mardi 6 février 2017 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

mardi 23 janvier 2017 à 16 heures 30