

# **COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

## **COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 9 JUILLET 2019**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 2019**

## SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Information sur les élections 2019 de la CME, des CMEL et des CCM et sur le vote électronique	10
III.	Utilisation des opioïdes	11
IV.	Étude sur l'activité de cardiologie interventionnelle à l'AP-HP de 2013 à 2018	13
V.	Point sur l'Hôtel-Dieu	13
VI.	Approbation du compte rendu de la CME du 11 juin 2019	21
VII.	Questions diverses	21

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT DE L'AP-HP**  
**RÉUNION DU MARDI 9 JUILLET 2019**

16h30 à 20h00, salle des instances, 3 avenue Victoria, Paris 4<sup>e</sup>

**SÉANCE PLÉNIÈRE**

1. Informations du président de la CME (P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN)
2. Information sur les élections 2019 de la CME, des CMEL et des CCM et sur le vote électronique (M. Olivier TRÉTON) – exposé de 5 minutes
3. Utilisation des opioïdes (D<sup>r</sup> Anissa BELBACHIR) – exposé de 5 minutes
4. Étude sur l'activité de cardiologie interventionnelle à l'AP-HP de 2013 à 2018 (P<sup>r</sup> Véronique ROGER, D<sup>r</sup> Mélodie BERNAUX) – exposé de 10 minutes
5. Point sur l'Hôtel-Dieu (P<sup>r</sup> Jacques BLACHER, M. Arnaud LUNEL) – exposé de 10 minutes
6. Approbation du compte rendu de la CME du 11 juin 2019
7. Questions diverses

**SÉANCES RESTREINTES**

**Composition D**

- Avis sur les candidatures aux emplois de PHU offerts au recrutement (révision des effectifs HU 2019)

## **Assistent à la séance**

### ***avec voix délibérative :***

P <sup>r</sup> René	ADAM	P <sup>r</sup> François	GOFFINET
P <sup>r</sup> Jean-Yves	ARTIGOU	P <sup>r</sup> Bernard	GRANGER
P <sup>r</sup> Thierry	BÉGUÉ	P <sup>r</sup> Olivier	HÉLÉNON
P <sup>r</sup> Sadek	BELOUCIF	P <sup>r</sup> Dominique	ISRAËL-BIET
D <sup>r</sup> Guy	BENOÎT	D <sup>r</sup> r Mariane	LERUEZ-VILLE
P <sup>r</sup> Olivier	BENVENISTE	D <sup>r</sup> Lucile	MUSSET
P <sup>r</sup> Catherine	BOILEAU	D <sup>r</sup> Isabelle	NÈGRE
D <sup>r</sup> Anne-Reine	BUISINE	P <sup>r</sup> Rémy	NIZARD
P <sup>r</sup> Jean-Claude	CAREL	D <sup>r</sup> Antoine	PELHUCHE
P <sup>r</sup> Yves	COHEN	D <sup>r</sup> Patrick	PELLOUX
P <sup>r</sup> Bruno	CRESTANI	P <sup>r</sup> Michel	PEUCHMAUR
D <sup>r</sup> Sophie	CROZIER	P <sup>r</sup> Dominique	PRIÉ
D <sup>r</sup> Patrick	DASSIER	M <sup>me</sup> Caroline	RAQUIN
D <sup>r</sup> Nathalie	DE CASTRO	P <sup>r</sup> Christian	RICHARD
D <sup>r</sup> Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	M <sup>me</sup> Isabelle	RIOM
D <sup>r</sup> Alain	FAYE	P <sup>r</sup> Rémi	SALOMON
P <sup>r</sup> Noël	GARABÉDIAN	P <sup>r</sup> Éric	THERVET
P <sup>r</sup> Pascale	GAUSSEM	P <sup>r</sup> Nicolas	THIOUNN
D <sup>r</sup> Anne	GERVAIS	D <sup>r</sup> Christophe	TRIVALLE

### ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- P<sup>r</sup> Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- P<sup>r</sup> Bruno RIOU, président de la conférence des doyens d'Île-de-France

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

- D<sup>r</sup> Lynda BENSEFA-COLAS, médecin coordonnateur du service central de santé au travail de l'AP-HP
- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- Pr Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Diderot

### ***les représentants de l'Administration :***

- MM. Patrick CHANSON et Paul TANDONNET, direction de la communication
- M<sup>me</sup> Isabelle MOUNIER-ÉMEURY, direction des patients, des usagers et des associations (DPUA)
- M. Olivier TRÉTON, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information (DSI)

**Secrétariat de la CME :**

- M<sup>me</sup> Isabelle Plantec (DOMU)

**Représentants de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) :**

- Dr Caroline SUBERBIELLE

**Membres excusés :**

D<sup>rs</sup> Marie BORNES et Christian GUY-COICHARD, P<sup>rs</sup> Françoise CHARTIER-BOTTEREL, Marysette FOLLIGUET et Thomas SIMILOWSKI, M<sup>me</sup> Sophie GUILLAUME

*La séance est ouverte à 16 heures 35, sous la présidence du P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN.*

## **I. Informations du président de la CME**

**Le président** indique en introduction qu'il ne prendra position pour aucun candidat durant la campagne électorale qui va s'ouvrir pour les élections de la CME, des CME locales (CMEL) et des comités consultatifs médicaux (CCM). Il souhaite que cette campagne se déroule de façon courtoise et déontologique, en évitant de vaines polémiques, chacun devant concentrer son énergie sur le bien de l'AP-HP.

### ***Nouveaux groupes hospitaliers et départements médico-universitaires (DMU)***

Les nouveaux groupes hospitaliers sont en place. La direction générale a arrêté leurs dénominations : AP-HP. Sorbonne-Université, AP-HP. Centre - Université de Paris, AP-HP. Nord - Université de Paris, AP-HP. Université Paris-Saclay, AP-HP. Hôpitaux universitaires Henri-Mondor et AP-HP. Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis.

Les directeurs médicaux des départements médico-universitaires (DMU) ont été sélectionnés et le directeur général signera prochainement leurs arrêtés de nomination.

**Le président** appelle de ses vœux la constitution d'un groupe de suivi de la mise en place et du fonctionnement des DMU. Ce groupe serait chargé de définir des critères d'évaluation et devrait présenter un bilan à l'issue de deux ans d'exercice afin d'adapter en continu le dispositif. Les DMU ne seront une réussite que s'ils savent garder l'âme des équipes et des services médicaux. Il convient aussi de veiller à ne pas transformer les groupes hospitaliers en 6 « mini-sièges ». Il s'agit d'un véritable défi, qui concerne aussi bien les acteurs administratifs que le corps médical.

### ***Mouvements à la CME***

Les P<sup>rs</sup> Olivier BENVENISTE, René ADAM, Thierry BÉGUÉ et Dominique PRIÉ ont été nommés directeurs médicaux de DMU et ne pourront donc plus siéger dans le collège des hospitalo-universitaires titulaires de la CME. Ils assistent donc à leur dernière séance, sauf s'ils souhaitaient se présenter aux élections partielles qui vont être organisées pour élire les représentants des directeurs médicaux de DMU. Leurs suppléants élus en 2015 sont les P<sup>rs</sup> Nicolas DUPIN pour les médecins, Emmanuel MARTINEAU et François KOSKAS pour les chirurgiens et Éric VICAUT pour les biologistes. La DOMU les contactera afin d'assurer le remplacement des titulaires de leur collège et permettre ainsi le bon fonctionnement de la CME jusqu'à la fin de la mandature.

Le P<sup>r</sup> Yves COHEN est également nommé directeur médical de DMU. Il continuera, comme les autres présidents de CMEL, à être invité à la CME, mais perd son droit de vote. Parmi les présidents de CMEL, seul le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU peut donc désormais voter. Le P<sup>r</sup> Joël ANKRI part en retraite le 31 août prochain et quitte donc aussi la CME.

**Le président** remercie l'ensemble des membres de la CME et rappelle que la direction générale les remerciera par un cocktail lors de la dernière séance de la mandature le 3 décembre. Il estime que la CME a travaillé dans la transparence et a su être une instance où chacun a pu s'exprimer librement sur tous les sujets.

**Le président** remercie M<sup>me</sup> Isabelle PLANTEC pour avoir assuré le secrétariat de la CME depuis trois mandatures. Elle quitte l'AP-HP pour l'agence régionale de santé (ARS).

## **Recherche**

**Le président** se réjouit des bons résultats de l'AP-HP au 4<sup>e</sup> appel à projets pour la constitution de réseaux hospitalo-universitaires (RHU) : 6 de ses projets ont été retenus et elle est partenaire dans 4 autres projets lauréats, sur un total de 15 lauréats et 121 M€. L'institution assoit ainsi sa notoriété en matière de recherche médicale, représentant d'ores et déjà 35 % de la recherche médicale française. En matière de recherche, le président réaffirme par ailleurs le rôle que doit jouer la sous-commission *Stratégie, innovation, recherche, Université* (SIRU) de la CME dans les instances de l'AP-HP.

**Le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU** indique que la SIRU occupe une place très active dans ce paysage. Ses champs d'intervention ont beaucoup évolué durant la présente mandature, du fait notamment de la création de différentes structures auxquelles elle a été invitée à participer, telles la gouvernance de l'entrepôt de données, la fondation AP-HP et la réorganisation de la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI). Elle espère que le travail entamé par la SIRU se poursuivra sous la prochaine mandature.

**Le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU** ajoute que l'évaluation du Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCÉRÈS) récemment réalisée s'avérera très utile comme moyen de structurer la recherche fondamentale, sans négliger pour autant la recherche clinique. À ce sujet, elle invite les membres de la CME à rejoindre l'atelier prévu dans le cadre du très prochain séminaire « *oikéiosis* » pour tracer ensemble les lignes de la recherche future.

## **Révision des effectifs**

**Le président** indique que les réunions avec les doyens pour la révision des effectifs hospitalo-universitaires ont donné lieu à des échanges intéressants. Les rapports de l'AP-HP avec les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) constituent toutefois un point de vigilance. Nos rapports avec les ÉSPIC doivent être basés sur des partenariats pour le bien des patients et non sur des concurrences déloyales et stériles avec les hôpitaux publics. Un travail de mise à plat des conventions hospitalo-universitaires pourrait être utilement envisagé.

**Le président** rappelle le calendrier de la révision des effectifs de praticiens hospitaliers (PH). Les groupes hospitaliers (GH) doivent retourner leurs demandes au Siègre avant le 9 septembre. Les conférences budgétaires d'octobre procéderont à l'examen des masses salariales. La réunion de la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (CTEM) élargie se tiendra le lundi 14 octobre à 15 heures à l'hôpital Necker, suivie de deux séries de réunions du groupe restreint de la CME avec les GH programmées à l'hôpital Necker lundi 4 novembre de 14 heures à 17 heures et lundi 26 novembre de 14 heures à 17 heures.

## **Plan antibiotiques**

**Le président** informe la CME du courriel que lui a adressé le P<sup>r</sup> Daniel VITTECOQ, référent en antibiothérapie de l'AP-HP. Le P<sup>r</sup> VITTECOQ et le D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER, responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH) de l'AP-HP, ont réuni le 8 juillet la commission des anti-infectieux (COMAI) pour faire le point sur le plan antibiotiques et présenter les travaux en cours en lien avec le logiciel ORBIS afin de faciliter leurs actions d'aide à la maîtrise des prescriptions. Il apparaît que la consommation globale d'antibiotiques a augmenté de 5 % à l'AP-HP en 2018 après des années consécutives de baisse. Les objectifs de notre « plan antibiotiques » ne sont donc pas atteints. Le plan d'action prévoyait 3 points concernant ORBIS qui ne sont toujours pas finalisés :

- *la fiche de recueil des avis des référents ;*
- *la possibilité de requête pour que les référents puissent évaluer la mise en œuvre de la réévaluation des traitements au 3<sup>e</sup> jour au sein de leur hôpital ;*
- *la possibilité de requête pour qu'ils disposent en temps réel de la liste des patients exposés à certains antibiotiques cibles au sein de leur hôpital.*

**Le président** rappelle l'importance de la lutte contre la diffusion des résistances bactériennes, à laquelle l'ensemble du personnel médical doit être sensibilisé. Il demande au D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information, de prendre contact avec le P<sup>r</sup> VITTECOQ pour résoudre les problèmes rencontrés par les référents sur ORBIS.

### ***Informations du directeur général***

Le **directeur général** indique que les échéances ont été tenues sur le programme de transformation de l'AP-HP. Le calendrier fixé en 2018 a été respecté. Il en remercie les membres de la CME, qui ont été sollicités à plusieurs reprises pour approuver les différentes étapes du projet. De même, ces dernières ont également été soumises à l'approbation des autres instances centrales et locales.

Le projet de transformation prévoit la création de quatre nouveaux groupes hospitalo-universitaires, qui ont été réalisés en lien avec les doyens des universités. De plus, deux nouveaux groupes hospitaliers conservent leur périmètre antérieur. Il s'agit de Seine-Saint-Denis et d'Henri-Mondor qui sont respectivement associés à AP-HP.Nord-Université de Paris et à AP-HP.Université Paris-Saclay et y seront intégrés ultérieurement.

Des arrêtés ministériels ont créé les nouveaux groupes hospitaliers en lieu et place des anciens. Les équipes de direction ont été nommées. Le décret du 30 juin 2019 a permis la création des nouveaux comités techniques d'établissement (CTE), sans recourir à de nouvelles élections et en s'appuyant sur les résultats du scrutin de décembre 2018. Il revient désormais aux organisations syndicales de proposer leurs représentants dont le nombre sera conforme auxdits résultats. Quant aux CMEL, il convient d'attendre l'issue de la phase de transition pour disposer de nouvelles instances au périmètre des nouveaux groupes hospitaliers.

En outre, les périmètres des différents départements médico-universitaires ont été fixés par arrêté, permettant de procéder aux nominations des directeurs et directrices de ces ensembles à l'issue d'un processus de consultation et de proposition. La nouvelle organisation est par conséquent en place, au terme d'un travail de transformation qui a duré neuf mois.

Il s'agira désormais de faire vivre cette organisation ; des propositions pourront être avancées lors du séminaire de fin de semaine. Le financement sera assuré par le fonds de transformation, alimenté par une partie des revenus du bail à construction de l'Hôtel-Dieu. Ce fonds d'un montant de 30 M€ permettra en effet de financer des projets sur la qualité de vie au travail des agents ainsi que des projets sur la qualité de prise en charge des patients. Des appels à projets seront lancés sur ces sujets majeurs pour l'Institution.

Par ailleurs, le projet prévoit la réorganisation complète du Siège de l'AP-HP. Il y a une dizaine de jours, le groupement « L'Architecte » a été retenu pour son projet d'implantation sur le site de Saint-Antoine. La livraison du nouveau siège est prévue en fin d'année 2021, pour une installation au début de l'année 2022. Le site actuel du Siège est d'ores et déjà en vente.

S'agissant de la vie et de l'évolution de la nouvelle organisation, **le directeur général** espère que les attentes de chacun seront pour une large part satisfaites.

**Le directeur général** indique que les dernières semaines ont vu des avancées significatives sur le sujet des urgences. En effet, les effectifs ont été révisés dans le cadre du budget 2019 modificatif. La masse salariale a ainsi été accrue de 0,3 % pour favoriser le remplacement des congés de maternité et le renforcement des urgences avec l'octroi de 230 emplois supplémentaires, dont 200 ont d'ores et déjà été répartis. En outre, les effectifs évolueront au regard du nombre de passages.

En juillet 2019, la prime de 100 € nets sera versée aux agents conformément à la décision de la ministre. De plus, la prise en compte du risque sera harmonisée à 56 € nets pour tous les agents. De plus, la mise en place de protocoles de coopération sera accélérée durant l'été, dans un esprit de simplification. Un arrêté permettra en effet de rémunérer ces protocoles à hauteur de 100 € bruts. À ce titre, un protocole de coopération de Saint-Antoine sera élargi à l'ensemble de l'AP-HP. La rémunération, qui n'est pas limitée aux urgences, devrait favoriser le développement de telles initiatives.

**Le directeur général** a convaincu le gouvernement d'inclure à la future loi relative à la fonction publique une disposition prévoyant pour les hôpitaux un système d'intéressement collectif, indépendamment des résultats financiers. Cette disposition constituerait un élément d'attractivité bienvenu en raison des difficultés de recrutement rencontrées, notamment pour les postes d'infirmières, de kinésithérapeutes et de manipulateurs radio, au regard du système de rémunération proposé. Cette mesure ainsi que les protocoles de coopération permettraient d'améliorer sensiblement cette attractivité. C'est pourquoi l'AP-HP œuvre pour leur mise en place rapide.

Enfin, le sujet de l'aval des urgences a été porté devant l'ARS. Cette dernière a accepté le principe d'un contrat signé avec l'AP-HP, qui s'engagerait à ne pas laisser les patients dormir sur des brancards en contrepartie d'une aide consentie par les tutelles. Ce contrat fixerait le résultat attendu. Il doit être signé avant l'hiver 2019. Deux services d'urgence sont d'ores et déjà sortis du mouvement de grève, car les propositions ont été convenablement reçues par les grévistes.

**Le directeur général** insiste sur le fait que le travail mené au sujet des urgences ne doit pas faire négliger le reste des services. Ces derniers seront également concernés par les mesures envisagées.

**Le président** signale qu'il a rencontré avec la vice-présidente les deux représentants de la coordination infirmière des urgences, qui sont conscients des efforts consentis par la direction, mais « restent vigilants ». Il ajoute que le dispositif des urgences est également impacté par l'organisation sanitaire hors de l'hôpital, c'est-à-dire par la situation de la médecine de ville et des centres hospitaliers généraux. Le problème doit être réglé dans son ensemble, en prenant également en compte les paramètres de démographie médicale. La situation est préoccupante autant sur le court que le moyen terme.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** demande si tous les directeurs médicaux de DMU sont bien nommés. De plus, il souhaite en connaître le taux de parité. Enfin, il s'enquiert de la proportion de PH.

**M. François CRÉMIEUX** indique que la parité femme/homme se situe autour de 23 %. Le taux exact dépend de la nomination à la tête du département médico-universitaire de psychiatrie de

l'AP-HP. Université de Paris-Saclay. Quant au nombre de PH, la réponse sera apportée avant la fin de la CME.

**Le P<sup>r</sup> Yves COHEN** demande des précisions au sujet de l'intéressement.

Le **directeur général** indique que la loi relative à la fonction publique prévoit une rémunération supplémentaire en fonction de la qualité de la prise en charge. C'est pourquoi l'application de cette disposition donnera lieu à une recherche de mesures vertueuses, telle la prise en charge des patients en cancérologie dans des délais brefs.

## **II. Information sur les élections 2019 de la CME, des CMEL et des CCM et sur le vote électronique**

**M. Olivier TRÉTON** indique que la composition des différents collèges reste identique en CME et en CMEL, à l'exception toutefois de l'ajout dans chaque instance d'un représentant de site hospitalier. Par conséquent, le personnel médical devra procéder à trois votes, afin d'élire les représentants des collèges de la CME centrale, les représentants des collèges des CMEL et les représentants de site.

Le vote par correspondance sera remplacé par un vote électronique. Cette modalité devrait favoriser l'augmentation de la participation. Le prestataire a d'ores et déjà été retenu ; quant à la solution de vote, elle est en cours de paramétrage. Un test est prévu au début du mois de septembre 2019 auprès du corps médical afin d'éprouver la robustesse du dispositif.

Du 28 août au 10 septembre 2019, les listes électorales seront publiées et pourront faire l'objet de modifications. Elles seront alors définitivement arrêtées, pour ouvrir la période de candidature à compter du 11 septembre et jusqu'au 24 septembre 2019. Les deux tours des élections se tiendront respectivement du 14 octobre au 20 octobre 2019 et du 15 novembre au 24 novembre 2019. Une fois constituées, les CMEL pourront élire leurs présidents.

Le dispositif de communication prévoit la diffusion d'un guide électoral et la publication des modalités sur le site Internet de la CME. De plus, des affiches et des plaquettes seront transmises aux groupes hospitaliers dans le courant du mois de juillet 2019. Enfin, une information sera diffusée avec le bulletin de paye du mois de septembre 2019.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** souligne que le vote concernant le centre national de gestion et le centre national des professions de santé a été très récemment organisé sous format électronique. Il a pâti d'une participation très faible, de l'ordre de moins de 20 %. Par conséquent, il estime que la participation ne dépend pas des procédures de vote mais de l'intérêt exprimé par le corps électoral. C'est pourquoi il convient plutôt de renforcer la communication, notamment au travers des vecteurs les plus traditionnels, telles les campagnes d'affichage. Enfin, il regrette que la démocratie sociale et participative soit mise en péril par le manque de mobilisation du corps médical.

**Le P<sup>r</sup> Rémi SALOMON** estime qu'il convient d'organiser des réunions au sujet des élections. De plus, il invite tous les membres de la CME à relayer l'information. Par ailleurs, il est essentiel de préciser dans les modalités de l'élection que les médecins ne peuvent pas se présenter aux élections à la fois en qualité de représentant de site et en qualité de membre d'un collège. Toutefois, ils peuvent se porter simultanément candidats à la CME centrale et en CMEL. Enfin, il juge trop floue la définition du rôle du représentant de site.

**M. Olivier TRÉTON** précise que la communication sera nettement améliorée par rapport aux élections qui se sont tenues il y a quatre ans. Quant au représentant de site, il tient un rôle d'animateur de la communauté médicale du site. Il ne s'agit en aucun cas de la création d'un CCM.

**Le P<sup>r</sup> Yves COHEN** propose que les responsables médicaux de DMU soient élus par groupe hospitalier en conservant une proportion d'un représentant pour les groupes hospitaliers de périmètre restreint, à savoir pour l'AP-HP. Hôpitaux universitaires Henri-Mondor et l'AP-HP. Hôpitaux universitaires de Paris Seine-Saint-Denis, et de deux représentants pour les autres groupes hospitaliers.

**Le président** souligne qu'il n'est pas possible d'imposer une telle mesure qui ne relève pas du règlement intérieur. Le bon sens de chacun devrait toutefois permettre d'y parvenir.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** s'enquiert de la date à laquelle les listes électorales seront disponibles sur les différents sites et au Siège, par discipline et par statut. Il demande si le représentant de site peut également disposer d'un mandat en CME centrale. Enfin, il s'enquiert de la possibilité pour un représentant de site élu au sein d'une CMEL d'être admis à la CME centrale.

**M. Olivier TRÉTON** indique qu'un représentant de site siégeant dans une CMEL peut se faire élire à la CME. Cependant, il lui est impossible de se présenter à la CMEL dans un autre collège.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** craint une inégalité de traitement en fonction du type de candidature.

**Le président** explique que le représentant de site dans une CMEL pourra se présenter au même titre que les autres membres de la CMEL pour siéger en CME centrale.

**M. Olivier TRÉTON** rappelle que la publication des listes aura lieu entre le 2 août et le 10 septembre 2019. De plus, elles peuvent être contestées durant cette même période.

**Le P<sup>r</sup> Éric THERVET** s'enquiert du cas d'un praticien qui exerce sur plusieurs sites.

**M. Olivier TRÉTON** rappelle qu'il n'est pas possible d'être élu simultanément dans deux CMEL. De plus, le site de rattachement d'un praticien est défini en fonction du temps affecté qui est fixé à hauteur de trois demi-journées par semaine. Ainsi la règle administrative permet d'identifier un tel site.

**Le P<sup>r</sup> Éric THERVET** observe que certains praticiens sont responsables de services bi-site.

**M. Olivier TRÉTON** précise que, dans ce cas, il convient de choisir l'affectation principale.

### **III. Utilisation des opioïdes**

**Le président** remercie chaleureusement le D<sup>r</sup> Anissa BELBACHIR pour son implication dans la commission *Qualité et sécurité des soins, et conditions de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU).

**Le D<sup>r</sup> Anissa BELBACHIR** indique que la présentation de ce jour a été réalisée en collaboration avec le D<sup>r</sup> Isabelle NÈGRE, membre du comité de lutte contre la douleur (CLUD) de l'AP-HP et de la CME.

La crise des overdoses américaine a bénéficié d'une large médiatisation. Il convient de s'interroger sur l'éventualité d'une telle menace en France. **Le D<sup>r</sup> Anissa BELBACHIR** estime que tel n'est pas le

cas. La crise américaine s'est caractérisée par une augmentation très importante de décès liés à une prescription d'antalgique et à un mésusage.

Au cours des années 1980, le *New England Journal of Medicine* (NEJM) s'est fait l'écho d'une absence d'addiction aux opioïdes. De plus, l'*American Pain Society* a caractérisé la douleur dans les années 1990 comme étant le « cinquième signe vital ». De ce fait, la prescription des opioïdes s'est étendue à des traumatismes bénins. Enfin, les laboratoires ont organisé des campagnes publicitaires très agressives. Par conséquent, la consommation d'opioïdes a crû aux États-Unis et au Canada dans des proportions considérables entre 1990 et 2014, notamment par rapport à la France qui a connu une augmentation nettement plus modérée.

L'arrêt du Di-Antalvic en 2011 a entraîné une augmentation des prescriptions du Tramadol, de la codéine et de l'opium, ainsi que de la morphine, du Fentanyl et de l'Oxycodone.

Selon une étude de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) publiée en février 2019, la France est le 2<sup>e</sup> pays européen après le Danemark à prescrire les antalgiques non opioïdes, tel le paracétamol. En outre, la France est 4<sup>e</sup> dans le rang des prescriptions des opioïdes faibles. Enfin, seules la France et l'Italie ne prescrivent que très rarement des opioïdes forts.

Une étude sur la part des antalgiques dans les décès d'origine toxique entre 2013 et 2016 montre la forte proportion du Tramadol, suivi de la morphine et de la codéine. Toutefois, l'absence de prélèvement toxicologique ne permet pas d'écarter d'éventuelles associations avec d'autres produits.

Par ailleurs, les médecins généralistes sont les chefs de file de la prescription d'opioïdes (faibles et forts) en France en 2017. Les opioïdes faibles sont prescrits dans 71 % des cas pour la douleur aiguë, la proportion est de 50 % pour les opioïdes forts. De plus, ces derniers sont prescrits dans 43 % des cas pour la douleur chronique.

En conclusion, il convient de se rappeler que le traitement de la douleur est un droit absolu. De plus, la France connaît une consommation modeste des opioïdes, grâce notamment à la réglementation relative à la prescription d'opioïdes forts. Par conséquent, les pratiques doivent être évaluées, sans pour autant remettre en question le recours aux opioïdes dans le traitement de la douleur.

**Le D<sup>r</sup> Anissa BELBACHIR** souhaite que les CLUD forment les prescripteurs au dépistage des patients à risque de mésusage. Il convient également d'éduquer les patients, avec l'aide des usagers. De plus, il faut veiller à la juste prescription, en limitant l'utilisation de certains opioïdes. Par ailleurs, la chirurgie ambulatoire requiert une attention particulière quant à la durée de prescription. En outre, il convient de favoriser l'accès aux structures douleur, par la formation des prescripteurs, notamment en cas de douleur chronique et par la création d'unités similaire à celle de Cochin qui assure l'interface entre l'hôpital et le centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD).

**Le D<sup>r</sup> Anissa BELBACHIR** souhaite remercier la CME, son président, le directeur général et le P<sup>r</sup> Loïc CAPRON. Avec ce dernier, elle a pu faire aboutir différents projets, tel celui de changement de pratiques relatives à la ponction lombaire. Une fiche mémoire sera prochainement diffusée avec le concours de l'ARS et de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) au sujet des céphalées post-ponction lombaire. De plus, le projet relatif à la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) a bénéficié de l'aide de l'AP-HP, avec une première vague de sept établissements référents et douze établissements candidats. Une deuxième vague est d'ores et déjà programmée

jusqu'en 2020. Enfin, un projet de recherche mené en collaboration avec le P<sup>r</sup> Dominique FLETCHER aboutira en 2020.

**Le directeur général** signale qu'il a été interpellé à plusieurs reprises par des patients qui ont subi des prescriptions de Tramadol sans information sur les effets secondaires, qui sont loin d'être négligeables, notamment en termes de dépendance et d'anxiété. Il souhaite que les protocoles de prescription soient revus à ce sujet.

**Le président** observe que l'usage du Tramadol en pédiatrie pose également de graves problèmes. Il déplore la large prescription d'un tel médicament qui présente des risques sérieux.

**Le D<sup>r</sup> Anissa BELBACHIR** précise que, depuis l'arrêt du Di-Antalvic, la prescription du Tramadol a fortement augmenté, entraînant des effets dramatiques. Il convient pour l'usage d'un tel opioïde de renforcer l'accompagnement et le suivi des patients.

Le **directeur général** estime que ce sujet doit être traité au regard du danger encouru.

**Le D<sup>r</sup> Anissa BELBACHIR** souligne que les conditionnements sont parfois inadaptés à une prise de courte durée.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** partage l'avis de veiller à une juste prescription des opioïdes en cas de douleur chronique. De plus, elle observe que le Tramadol est le premier antalgique prescrit dans les services de médecine. C'est pourquoi il conviendrait de limiter systématiquement la durée de prescription à la sortie des patients.

**Le D<sup>r</sup> Anissa BELBACHIR** en convient. Toutefois, les médecins généralistes ont tendance à reconduire le traitement prescrit à l'AP-HP, sans s'interroger sur la notion de durée.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** suggère de renforcer la formation continue sur la prescription d'antalgiques, au regard de la forte consommation observée dans les services (43 kilogrammes en 2008 aux urgences de Bichat).

**Le D<sup>r</sup> Isabelle NÈGRE** rappelle que certaines erreurs commises outre-Atlantique sont reproduites ultérieurement en Europe, même si la France n'a pas connu l'épidémie de morphine des États-Unis. Néanmoins, elle alerte la CME sur les pratiques de rétribution des prescripteurs par les laboratoires qui favorisent la consommation. Toutefois, la réglementation française permet de s'en prévaloir. Pour autant, la chirurgie bénigne est trop souvent l'occasion de prescription d'opioïdes de palier 2, voire 3. Aussi, il convient de rester vigilant sur les cas de prise au-delà de 90 jours. C'est pourquoi ce sujet doit être abordé avec les médecins généralistes. Par ailleurs, l'amélioration de la prise en charge de la douleur doit également être analysée, car les cas de décès n'offrent pas suffisamment de renseignements. Enfin, l'accès aux centres antidouleur doit être valorisé en raison de la consommation particulière engendrée par le développement très prochain de la pratique ambulatoire.

#### **IV. Étude sur l'activité de cardiologie interventionnelle à l'AP-HP de 2013 à 2018**

**Le P<sup>r</sup> Véronique ROGER** indique qu'elle est ancien interne des hôpitaux de Paris et ancien chef de clinique à l'hôpital Tenon en cardiologie. Elle pratique aux États-Unis depuis 1990, à la *Mayo Clinic*. Le travail présenté ce jour a été réalisé en équipe avec le D<sup>r</sup> Mélodie BERNAUX et M. Guillaume PRESSIAT, statisticien, en lien avec les porteurs du projet *oikeiosis* « Relancer la cardiologie », le P<sup>r</sup> Xavier JOUVEN et M<sup>me</sup> Hélène CART-GRANDJEAN. Cette étude a été commandée

par la direction générale pour contribuer à la réflexion sur de l'hôpital de demain en s'appuyant sur une activité qui nécessite des plateaux techniques de pointe. Cette activité est représentative de l'activité de l'AP-HP d'aujourd'hui, c'est-à-dire prenant en charge une population vieillissante, avec des enjeux économiques importants en raison notamment de l'augmentation des coûts et de l'érosion des remboursements. De tels problèmes sont prégnants de part et d'autre de l'Atlantique. L'enjeu pour l'AP-HP est de regagner des parts d'activité. Pour ce faire, il convient d'analyser rigoureusement les données afin de faciliter le changement et les comparaisons de la situation de l'Institution avec celle des autres établissements de santé franciliens.

L'activité présente une forte progression en Île-de-France, cohérente avec son évolution nationale. Cependant, elle ne se répartit pas de la même façon entre l'AP-HP et les ESPIC. En effet, ces derniers représentent 8 % de l'activité nationale quand ils totalisent 25 % de l'activité en Île-de-France. Quant aux cliniques, elles sont très majoritaires pour tout type d'interventions. Les résultats de l'AP-HP sont nettement inférieurs, L'écart se creuse fortement en TAVI (remplacement valvulaire aortique percutané).

Par ailleurs, l'activité de cardiologie interventionnelle de l'Île-de-France se caractérise par une forte proportion de coronarographies et d'angioplasties coronaires. Les autres catégories d'interventions qui sont des pratiques plus spécialisées, représentent une part plus importante de l'activité de cardiologie interventionnelle de l'AP-HP que de l'activité francilienne. Quant aux TAVI, pourtant nés à l'AP-HP, ils connaissent un essor considérable hors AP-HP au détriment de l'institution.

L'évolution du TAVI est emblématique des évolutions de la cardiologie interventionnelle. Cette pratique a permis réaliser des remplacements valvulaires chez des patients pourtant non éligibles au traitement chirurgical. Intervention innovante et hautement spécialisée, le TAVI s'est fortement développé, ces dernières années en particulier dans les cliniques et ESPIC. De plus, le TAVI est passé d'un statut d'intervention de pointe à une forte « démocratisation » en clinique. Ce phénomène est observable tant aux États-Unis qu'en Île-de-France. Les TAVI constituent des interventions dont les risques sont moindres et qui permettent d'opérer des patients considérés auparavant comme inopérables. Par conséquent, le nombre de séjours a considérablement augmenté en Île-de-France, + 213 % entre 2013 et 2018, les ESPIC et les cliniques « grignotant » progressivement la part de l'AP-HP. Les cinq premiers établissements pratiquant des TAVI en 2018 sont hors AP-HP. La durée de séjour pour un TAVI est deux fois plus longue à l'AP-HP (onze jours en moyenne) que dans les ESPIC (six jours en moyenne).

Il convient d'analyser les pratiques afin de les améliorer. En effet, la durée du séjour avant intervention est aujourd'hui de quatre jours à l'AP-HP contre deux jours en clinique. De même, le séjour après intervention est plus court en ESPIC, notamment grâce au départ des personnes âgées en moyen ou long séjour. Tel est également le cas des séjours après intervention en clinique.

En outre, l'indice de sévérité est supérieur à l'AP-HP par rapport à la concurrence, avec 25 % de patientèle présentant un indice de sévérité de niveau 3 ou 4. Ainsi, à l'occasion du congrès *The American College of Cardiology* de mars 2019, le *New England Journal of Medicine* a publié deux articles démontrant l'intérêt du TAVI par rapport à la chirurgie chez l'ensemble des patients c'est-à-dire au-delà des seuls patients âgés ou inopérables. Le *New York Times* a alors annoncé la nette diminution des opérations à cœur ouvert à prévoir pour les prochaines années. Ces nouveaux arguments sonnent le glas du remplacement valvulaire aortique chirurgical. Par conséquent, les établissements capables de répondre à la prévisible augmentation de la demande de TAVI en Île-de-France seront gagnants. Aux États-Unis comme en Europe, la pratique des TAVI ouvre la voie

aux interventions percutanées sur les autres valves cardiaques, mitrale et tricuspide. Les prérequis d'expertise ne sont pas différents en Europe et en France. Dans ces conditions, l'avenir de la chirurgie valvulaire s'annonce particulièrement sombre. Il est essentiel de se tourner vers les pratiques percutanées.

L'activité d'électrophysiologie présente les mêmes caractéristiques en Ile-de-France que les TAVI, à savoir une augmentation des pratiques, une forte prédominance des établissements hors AP-HP et – pour ces mêmes établissements – une durée moyenne de séjours moindre, y compris par rapport à la *Mayo clinic*.

Le constat est le même pour les angioplasties coronaires. De 2013 à 2018, l'augmentation d'activité est bien moindre à l'AP-HP (+ 20 %) que pour les ÉSPIC (+ 52 %), qui présentent par ailleurs des durées de séjour moindres, équivalentes à celles de la *Mayo clinic*. Cette analyse se répète à l'identique pour les coronarographies, qui se caractérise par une augmentation générale de l'activité relativement modeste. Il convient pour ces pratiques de développer l'ambulatoire, où l'AP-HP a pris un véritable retard par rapport aux ÉSPIC. Quant à la *Mayo clinic*, elle propose les coronarographies diagnostic en ambulatoire depuis plus de dix ans.

**Le D<sup>r</sup> Mélodie BERNAUX** indique que l'analyse des flux de patients en cardiologie interventionnelle révèle qu'une partie des consultations et séjours de cardiologie effectués en 2016 et 2017 à l'AP-HP se concluent en 2017 par des séjours en cardiologie interventionnelle dans les autres catégories d'établissements (ÉSPIC ou cliniques). Par exemple, 77 % des patients ayant effectué des passages préalables à la Pitié-Salpêtrière (consultation ou urgences) effectueront un séjour en cardiologie interventionnelle à l'AP-HP. Toutefois, 13 % préféreront un séjour en clinique, un peu moins de 5 % en ÉSPIC et 7 % en centre hospitalier. Il convient de s'interroger sur les raisons de cette fuite de patients.

**Le P<sup>r</sup> Véronique ROGER** souligne que la personnalisation des données par établissement peut permettre à chaque équipe de mener sa propre réflexion sur sa situation.

En conclusion, l'activité de cardiologie interventionnelle connaît depuis cinq ans une érosion majeure à l'AP-HP. C'est pourquoi il est essentiel que l'institution retrouve sa prééminence en la matière, en s'appuyant sur des prestations de pointe offertes à tous les patients, une formation d'excellence des futurs soignants et une expérience patient qui se doit d'être incomparable. La reconquête de ces parts d'activité impose d'amplifier le virage ambulatoire et d'abaisser la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète.

Par ailleurs, **le P<sup>r</sup> Véronique ROGER** souligne que la fuite de patients et l'exode des soignants traduisent des manquements à la stratégie de l'AP-HP qui a toujours visé l'excellence, la qualité et la sécurité. Pour autant, le traitement de ces cas de fuite ne suffirait pas à redresser cette situation, éminemment complexe. Il convient d'approfondir l'analyse sur la base de cette étude et d'engager un ensemble de mesures complémentaires. Ces dernières pourraient notamment concerner en matière de pratique cardiologique l'optimisation des plateaux techniques, la réinternalisation des pratiques considérées comme « portes d'entrée », telles les coronarographies, et le renforcement des filières de pointe et d'expertise (électrophysiologie, TAVI). S'agissant des soignants, un effort doit être fourni pour recruter et retenir les talents, notamment par des conditions de rémunération attractives et par la possibilité de recherche clinique. Enfin, il conviendrait également d'améliorer le système, par un ensemble de transformation organisationnelle visant à la réduction de la durée de prise en charge, et à une amplification du virage ambulatoire.

**Le président** souligne l'intérêt de l'exposé qui a permis de fouiller les raisons de certains dysfonctionnements. Certains chiffres présentés remettent en question la communauté médicale mais également les moyens qui lui sont donnés pour sa pratique. Le travail à entreprendre semble de longue haleine. Néanmoins, il est indispensable pour la préservation du modèle de service public. Il convient notamment de viser la performance. Il signale toutefois qu'il n'est pas favorable à la notion de « parts de marché » qui renvoie à l'idée de rentabilité et qui semble antagoniste avec la notion de service public.

**Le président** souligne que les ÉSPIC présentent un historique particulier en Île-de-France et que les pathologies prises en charge par l'AP-HP sont généralement plus graves que dans les ÉSPIC ou en clinique. Il ajoute que la mission sociale est importante à l'AP-HP mais n'est pas reconnue à sa juste valeur.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** souligne que les urgences constituent souvent une porte d'entrée vers les cliniques et les ESPIC, en raison du manque de place dans les hôpitaux publics. C'est pourquoi il convient de renforcer le travail de coopération entre services, afin d'éviter ces fuites de patients.

**Le Dr Anne GERVAIS** souligne d'abord que l'AP-HP a des patients avec 30 % de morbidité de niveau 3 ou 4 pour les TAVI ce qui rend complexe la comparaison des durées moyennes de séjour (DMS) avec les établissements privés. Par ailleurs, connaissant le concept de *magnet hospital*, notamment l'article de 2017 de Tait SHANAFELD de la *Mayo clinic*, elle interroge le P<sup>r</sup> ROGER sur les instruments, tels que le baromètre de satisfaction, qui seraient utiles pour mobiliser les équipes.

**Le P<sup>r</sup> Véronique ROGER** confirme que la *Mayo clinic* dispose d'un tel baromètre, soumis au personnel tous les deux ans. Il fait l'objet d'une forte participation. Ce questionnaire a révélé une érosion de la satisfaction du personnel, autant soignant qu'administratif. Pour autant, le malaise des soignants est moindre aux États-Unis qu'en France. En effet, le taux de satisfaction du personnel de la *Mayo clinic* est toujours supérieur ou égal à 90 %. Quant aux TAVI, la *Mayo clinic* les pratiquait auparavant sur toute personne qui pouvait se déplacer. Désormais, l'activité s'étant largement répandue aux États-Unis, le recrutement est davantage localisé ou concentré sur les patients plus lourds.

**Le P<sup>r</sup> Rémi SALOMON** estime qu'il est essentiel de mener une analyse relativement fine au sujet de la concurrence des ÉSPIC, notamment en raison du niveau de morbidité des patients accueillis à l'AP-HP. En outre, les TAVI étaient initialement réservés aux patients âgés. Par la suite, l'âge de la patientèle a baissé. Il mentionne des publications faisant état d'inquiétudes au sujet du vieillissement des TAVI et de leur devenir au bout de dix ou vingt ans.

**Le Pr Véronique ROGER** reconnaît qu'il existe une inquiétude sur la durée de vie des TAVI. De même, elle confirme une baisse de la moyenne d'âge des patients ainsi que niveaux de sévérité de la pathologie valvulaire au moment de sa prise en charge.

**Le P<sup>r</sup> Rémi SALOMON** s'enquiert du bien-fondé d'accéder à de telles demandes, généralement motivées par le refus d'une sternotomie. De plus, il demande si une opération est requise dix ou vingt ans plus tard.

**Le P<sup>r</sup> Véronique ROGER** confirme que des craintes se font jour parmi le corps médical. Toutefois, en l'absence de données, elles ne peuvent être suffisamment étayées. De plus, les patients

souhaitent ne pas se faire opérer. Dans ces conditions, ils se tournent en cas de refus vers un autre établissement qui fera moins de difficulté pour pratiquer un TAVI.

**Le P<sup>r</sup> Rémy NIZARD** souligne que la méthodologie en chirurgie est telle qu'aucun retour en arrière n'est envisagé en cas d'avancée technique, à l'instar de la méniscectomie ou de la cholécystectomie par voie endoscopique. La réalisation de cette dernière opération a donné lieu à de fortes réserves avant d'être unanimement admise et pratiquée. Des parades pourront être adoptées, ou des substituts. Pour autant, ces avancées chirurgicales ne seront jamais remises en cause, en raison de l'avantage que représente un acte micro-invasif. Par conséquent, il juge illusoire un retour à la sternotomie.

**Le P<sup>r</sup> Véronique ROGER** partage cet avis. Elle était interne dans le service du P<sup>r</sup> Christian CABROL à l'époque de la première angioplastie coronaire. Une conversation similaire à celle de ce jour s'est tenue. Or force est de constater que désormais la chirurgie coronaire est pratiquement abolie.

**Le président** souligne que le constat dressé interroge sur l'avenir des services de chirurgie cardiaque à l'AP-HP, avec les conséquences potentielles sur le nombre de lits d'aval d'urgence ou de spécialité. Il s'agit là de sujets dérangeants, mais qu'il convient absolument de traiter.

**Le P<sup>r</sup> Rémy NIZARD** demande si le constat du nombre insuffisant de TAVI réalisés à l'AP-HP provient d'un nombre insuffisant de praticiens par unité ou d'un nombre insuffisant d'actes par praticiens. En effet, il convient de s'interroger sur l'attractivité des postes médicaux au sein de l'Institution. Par ailleurs, il observe que le succès des ESPIC, qui sont classés en secteur 1 comme les établissements de l'AP-HP, provient notamment de la taille des structures qui restent à échelle humaine et aux conditions hôtelières nettement plus satisfaisantes que celles de l'AP-HP. Il s'agit d'un véritable défi à relever au quotidien.

S'agissant de la notion de système complexe développée dans le rapport présenté, **le P<sup>r</sup> Rémy NIZARD** précise qu'il partage cette analyse. Il s'est en effet efforcé depuis une quinzaine d'années d'alerter la communauté médicale sur un tel sujet. Il juge très malaisé de décider dans le cadre de ce système complexe l'arrêt de certaines activités dans certains sites ou leur regroupement sur un seul et même établissement. De plus, il sera difficile de faire travailler ensemble des personnes qui ne le souhaitent pas. Il encourage ses pairs à lire *Skin in the game – Hidden Asymmetries in daily life* de Nassim Nicholas TALEB. Il estime en effet que l'AP-HP souffre du défaut de se croire immortelle. Il convient par conséquent de prendre au sérieux l'analyse qui vient d'être exposée et d'entamer les réorganisations nécessaires, y compris les plus violentes, afin d'assurer sa survie.

**Le P<sup>r</sup> Véronique ROGER** signale qu'elle ne dispose pas ce jour du nombre de TAVI réalisés par cardiologue. Il convient de fouiller davantage le sujet. Par ailleurs, elle conçoit qu'il soit difficile d'aborder dans le cadre du service public la notion de patient client. Toutefois, il convient de reconnaître que les patients choisissent leur parcours de soin et qu'il faut satisfaire leur demande, au risque de les voir partir dans un autre système.

**Le président** ne partage pas totalement ce constat dans la mesure où nombre de services de l'AP-HP sont à la pointe de leur spécialité.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** suppose que la *Mayo clinic* ne dispose pas des mêmes conditions d'exercice que les sites de l'AP-HP. C'est pourquoi, s'agissant de la *Mayo clinic*, elle s'enquiert des éléments suivants : l'éventualité que les médecins tapent eux-mêmes leurs comptes rendus, le nombre de lits dont s'occupe chaque infirmière et le nombre de chambres doubles.

**Le P<sup>r</sup> Véronique ROGER** indique que les chambres doubles ne sont plus possibles. Quant aux comptes rendus, ils sont effectivement rédigés par les médecins. Enfin, les ratios infirmiers sont supérieurs à ceux de l'AP-HP mais sont régis par la loi. De plus, ces ratios fluctuent en fonction de la fréquentation.

**Le D<sup>r</sup> Isabelle NÈGRE** demande dans quelles conditions est financée la recherche et si tous les actes sont codifiés. En effet, certains actes ne sont pas traités par la tarification à l'activité (T2A). Dans ces conditions, il revient au secteur privé de les pratiquer.

**Le P<sup>r</sup> Véronique ROGER** indique que le système de codage américain est identique pour le secteur public et pour le secteur privé. Quant à la recherche, elle est financée par des bourses.

**Le directeur général** remercie l'équipe qui a réalisé l'analyse présentée. Le rapport qui en résulte montre la voie à suivre pour que les performances soient atteintes à l'AP-HP. De plus, il fait le lien entre la durée de séjour et les leviers qui permettent l'atteinte des résultats attendus.

## **V. Point sur l'Hôtel-Dieu**

**M. Arnaud LUNEL** rappelle que la partie hospitalière du projet n'a pas évolué. En effet, le secteur institutionnel accueillera l'agence générale des équipements et des produits de santé (AGEPS) et sera doté de salles de réunion, conformément aux précédentes versions du projet. En revanche, le projet de valorisation s'est nettement précisé.

**Le P<sup>r</sup> Jacques BLACHER** précise que le projet médical reste inchangé. Il comprend la prise en charge de patients porteurs de maladies chroniques – comme une grande majorité des patients reçus à l'AP-HP – et souvent poly-pathologiques. Ils sont reçus par une équipe multidisciplinaire, qui reste toutefois dans l'esprit de la prise en charge de personnes en grande précarité. C'est pourquoi le projet prévoit une permanence aux soins de santé (PASS) en trois PASS, généraliste, ophtalmologiste et dentaire. De plus, l'Hôtel-Dieu travaille en collaboration avec la prison de la Santé. Il dispense également des missions de santé publique, en matière de santé sexuelle. Il accueille la réunion du centre gratuit d'information, de diagnostic et de dépistage (CEGIDD) du Figuier avec celui de Tarnier. Enfin, y sont assurées des activités de vaccinologie.

Le projet médical prévoit un service d'urgence, qui n'est pas adossé à d'importants services d'hospitalisation complète. Il est toutefois sécurisé par la présence d'un SAMU sur le site de l'Hôtel-Dieu, d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de 12 lits, d'une plateforme de médecine ambulatoire présentant différentes expertises, notamment sur le sommeil, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la cardiologie, la diabétologie, l'hypertension artérielle, la prise en charge des précaires. En outre, l'unité médico-judiciaire accueille des victimes. Quant à la psychiatrie, elle se spécialise dans la victimologie et l'addictologie. Enfin, la structure de l'Hôtel-Dieu conserve des lits d'hospitalisation de psychiatrie qui perdureront dans le futur. Le pôle santé publique comprendra d'une part le soin et d'autre part une structure universitaire de recherche, regroupant notamment *Cochrane France* dirigée par le P<sup>r</sup> Philippe RAVAUD et une unité d'épidémiologie et de santé publique, qui a pour objectif la mise en place de projets innovants utilisant l'intelligence artificielle.

**M. Arnaud LUNEL** précise que le projet prévoit depuis 2016 la valorisation du tiers sud du site, sous la forme d'un bail à construction, de très long terme (80 ans) permettant à un partenaire privé d'investir et d'exploiter selon son propre programme les surfaces qui lui sont confiées. Toutefois, il est possible de lui donner des orientations. Il a donc été demandé au candidat de conserver une

cohérence programmatique par rapport à l'activité de la partie nord à vocation hospitalière. De ce fait, le projet devait intégrer la présence de soignants, de patients, de données de santé, etc. et en tirer également le meilleur parti d'un point de vue programmatique et économique.

La cohérence s'entend également en termes architecturaux. Le projet comprend également des critères d'innovation, de démarche socialement responsable et d'ouverture du site sur la ville. En effet, il a été défini en collaboration avec la Ville de Paris, car l'Hôtel-Dieu est inscrit en zone de grand service urbain au plan local d'urbanisme (PLU) de Paris et qu'il convient de faire évoluer ce PLU pour lui permettre d'intégrer un tel projet.

Après une période d'un an de préparation, la consultation a été lancée en novembre 2017. Les étapes de sélection ont conduit au choix du lauréat le 16 mai 2019 : il s'agit d'un promoteur, *Novaxia*, qui s'est assuré au sein d'un groupement du concours des experts requis pour la mise en œuvre d'un tel projet, tels un architecte des monuments historiques, des exploitants et un investisseur. De plus, l'incendie de Notre-Dame de Paris est survenu à quelques semaines de la fin de la procédure. Le directeur général a indiqué, par un communiqué de presse en date du 18 avril, le souhait de l'AP-HP de faciliter l'accueil des visiteurs durant la période intermédiaire de reconstruction de la cathédrale, tout en préservant les projets hospitalier et de valorisation.

La zone à valoriser sera mise à disposition du partenaire privé lors de l'achèvement de l'aménagement de la partie hospitalière. Elle comprendra pour moitié un pôle d'innovation en santé, ainsi qu'une résidence étudiante à caractère social, une maison du handicap, une crèche associative, des commerces et de la restauration, dont les enseignes seront sélectionnées en lien avec l'AP-HP et la Ville de Paris. Elle fera l'objet d'un loyer versé à l'AP-HP. Si l'AP-HP fait le choix d'un versement en une fois à la signature du bail, le loyer sera de 144 millions d'euros.

Le pôle d'innovation en santé sera piloté par l'incubateur *Biolabs*, acteur fortement implanté sur plusieurs campus américains, afin de créer des synergies entre la partie hospitalière et la zone à valoriser. Il comprendra notamment des espaces de bureau, des espaces de *co-working*, une pépinière, une salle polyvalente pour l'organisation de conférences et une maison des associations de patients. Le projet respectera l'architecture existante, tout en apportant les aménagements nécessaires à une augmentation des surfaces, notamment par la couverture des deux cours situées au Sud. Quant au jardin central, il sera re-végétalisé.

**Le président** se félicite que ce projet voit enfin le jour après des combats et de vives oppositions, y compris au sein de la communauté médicale.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** s'enquiert du déficit annuel de la partie de l'Hôtel-Dieu conservée par l'AP-HP. Elle demande également si ce déficit sera supporté par le groupe hospitalier concerné ou s'il sera réparti entre les six nouveaux groupes hospitaliers.

**Le directeur général** explique que le projet initial prévoyait pour partie des activités sans recettes, qui induisaient un déficit d'environ deux millions d'euros. Tel n'est plus le cas aujourd'hui. En effet, le projet a été densifié et l'Hôtel-Dieu propose une offre de soin dans une localisation en forte demande. C'est pourquoi la partie hospitalière pourrait atteindre l'équilibre financier en fonction des conclusions des derniers échanges avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** s'enquiert de la pertinence du choix d'un loyer capitalisé pour le bail de la partie à revaloriser. En effet, un loyer annuel sur 80 ans paraît plus lucratif.

**Le directeur général** souhaite formuler deux remarques préalables. D'une part, le projet retenu présente des conditions financières supérieures aux attentes, tout en proposant des solutions nettement plus qualitatives que celles de ses concurrents dans une compétition très ouverte. D'autre part, s'il est complexe de trouver des projets similaires afin de disposer de points de comparaison, le projet de valorisation de l'Hôtel-Dieu de Lyon, relativement comparable même si sa situation géographique est naturellement moins valorisante, présente un loyer au m<sup>2</sup> plusieurs fois inférieur à celui de l'Hôtel-Dieu de Paris. Par ailleurs, les candidats étaient tenus de présenter des projections financières proposant les différents modes de versement, afin de disposer de tous les éléments d'analyse. A ce stade, la discussion est encore ouverte, au sujet des différentes solutions proposées, y compris celle d'un versement annuel ou mixte. La perception en un seul versement du loyer offre une plus grande sécurité pour l'AP-HP puisqu'il n'y a aucun risque de non-paiement. En revanche, un loyer versé sur 80 ans, s'il permet de disposer d'une somme plus importante, lisse les flux dans la durée ; or, le versement immédiat permet d'engager rapidement des investissements pour les autres infrastructures de l'AP-HP, en limitant l'endettement de l'Institution. Ainsi les conditions de travail des soignants et les conditions de prise en charge des patients s'en trouveraient améliorées, à brève échéance.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** précise que la communauté médicale locale, qui a participé à l'élaboration de ce projet médical, est satisfaite. Il a pour sa part rédigé la partie psychiatrique du projet initial. Après les nombreuses polémiques soulevées par la définition du projet, le résultat final est globalement satisfaisant. En effet, ce projet n'induit pas de dépenses supplémentaires. Il permettra des conditions de travail de très bon niveau pour les équipes hébergées, malgré de forts questionnements sur les surfaces attribuées. Enfin, certains éléments propulsent l'Hôtel-Dieu dans la médecine de demain. C'est pourquoi il se félicite de l'issue si positive d'un projet dont l'élaboration a rencontré de grandes difficultés.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** demande si l'AP-HP devra rétribuer les prestations du pôle d'innovation en santé. De plus, elle estime que le choix des enseignes de restauration doit rester cohérent avec les orientations de l'AP-HP et notamment de son pôle de prévention.

**M. Arnaud LUNEL** indique que l'offre comporte des éléments précis sur ces aspects. Notamment, l'utilisation de certaines infrastructures sera possible pour l'AP-HP à des conditions avantageuses. En outre, l'AP-HP et la Ville de Paris pourront faire valoir leurs arguments sur le choix des enseignes implantées.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** se félicite que ce projet propulse l'un des plus anciens sites hospitaliers de la chrétienté dans l'ère des nouvelles technologies. Toutefois, il s'inquiète de l'utilisation des 144 M€ versés, dont seulement 30 M€ seront consacrés aux conditions de travail au travers du fonds de transformation. En outre, l'école de chirurgie et l'AGEPS seront délogées de leur site actuel. Par conséquent, il s'enquiert des sommes dédiées à la réinstallation de ces établissements.

**Le directeur général** rappelle que les services de chirurgie de l'AP-HP ont été dernièrement dotés de neuf robots dont le prix totalise un quart de la somme qui sera versée pour la valorisation de l'Hôtel-Dieu. Il rappelle que l'AP-HP a pris l'engagement d'investissements importants financés par le loyer du bail à construction.

Quant à l'école de chirurgie, **le directeur général** souhaite éviter la coexistence de deux projets disjoints sur Paris. C'est pourquoi il convient de pousser l'analyse sur les souhaits des universités et ceux de l'AP-HP afin d'aboutir à un projet d'ensemble suffisamment ambitieux. Il est optimiste sur l'issue de ce travail.

**Le P<sup>r</sup> Bruno Riu** doute que le titre de service des urgences puisse être maintenu à l'avenir à l'Hôtel-Dieu dans la mesure où il s'agit davantage d'une consultation non programmée, sans service d'hospitalisation de courte durée. Il estime en outre que la présence du SMUR ne change rien à l'affaire.

**Le P<sup>r</sup> Jacques Blacher** indique que, depuis la disparition du service d'hospitalisation conventionnelle, le service d'urgence fonctionne correctement. Il ne peut toutefois pas se prononcer pour l'avenir.

**Le P<sup>r</sup> Bruno Riu** précise que sa remarque concernait la labellisation d'un tel service par le ministère. En effet, les consultations non programmées considérées comme des services d'urgence posent d'importants problèmes qui conduiraient vraisemblablement le ministère à prendre des mesures. De plus, le service des urgences n'est pas viable sans unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

**Le P<sup>r</sup> Jacques Blacher** indique que le projet prévoit une UHCD.

**Le P<sup>r</sup> Bruno Riu** s'en félicite.

**Le directeur général** confirme que douze lits d'UHCD ont été prévus et ne sont pas remis en cause. Ils correspondent à la réglementation en vigueur.

**M<sup>me</sup> Isabelle Riou** indique que certains syndicats d'internes sont installés sur le site de la rue du Fer-à-moulin. En raison de la fermeture de ce site, il convient de les reloger.

**Le directeur général** remercie les intervenants pour leur présentation de cette procédure très délicate réalisée dans des conditions difficiles.

## **V. Approbation du compte rendu de la CME du 11 juin 2019**

*Le compte rendu est approuvé.*

## **VI. Questions diverses**

### **1. Retransmission en direct d'actes médicaux**

**Le P<sup>r</sup> Thierry Bégué** déplore la diffusion par la direction des affaires juridiques (DAJ) d'une note aux directeurs d'établissement rappelant les règles juridiques de la retransmission en direct des actes médicaux et obligeant les participants à parler le français. Or les intervenants étrangers ne répondent pas tous à ce critère, car le français n'est plus la langue internationale en médecine. Dans ces conditions, cette mesure met en péril l'avenir universitaire et international de l'AP-HP.

**Le directeur général** explique que l'AP-HP a été traduite en justice à la suite d'un congrès durant lequel un praticien a pratiqué une intervention sans information préalable du patient, cette opération se concluant par un accident médical. C'est pourquoi il convient de rappeler les règles.

**Le P<sup>r</sup> Thierry Bégué** observe que la note fait référence à l'arrêté du 19 mars 2018 qui réclame une attestation de réussite aux tests de connaissance de la langue française. Dans ces conditions, tout praticien exerçant une simple consultation devra fournir une telle attestation. Il juge cette mesure aberrante.

**Le président** estime qu'il convient de distinguer les deux sujets, celui de l'opération durant un congrès et celui des consultations.

**M<sup>me</sup> Charline NICOLAS** rappelle que cette note fait suite au contentieux d'une patiente victime d'un accident lors d'une opération retransmise en direct dans le cadre d'un symposium. C'est pourquoi l'Institution a décidé de rappeler les règles pour des actes médicaux réalisés dans de telles conditions. En aucun cas, le travail des praticiens en consultation n'est concerné par cette note et en aucun cas les simples participants à un colloque n'ont l'obligation de parler français.

## **2. Numérisation des dossiers de candidature examinés en CTEM**

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** observe que les membres de la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (CTEM) ont reçu plusieurs dossiers de PHU, PU-PH, MCU-PH et PH pour évaluation. La question se pose d'une numérisation intégrale des documents. En effet, certains rapports n'ont pas été transmis, notamment pour l'évaluation des PU-PH, car le travail de numérisation de ces documents était jugé trop lourd. Il convient que la CME se prononce sur l'éventuel passage à une numérisation complète des documents.

**Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** souligne que les dossiers en question contiennent trop de documents illustrés qui constituent des fichiers trop lourds. À cette seule condition, le volume des documents transmis numériquement ne pose aucun problème.

## **3. Financement des postes hospitalo-universitaires et reprise de vacances**

**Le P<sup>r</sup> François GOFFINET** s'enquiert d'une éventuelle règle sur l'ensemble de l'AP-HP au sujet d'une promotion d'un MCU-PH en PU-PH. En effet, le groupe hospitalier concerné réclame dans ce cas trois vacances supplémentaires, qui ne sont pourtant pas disponibles.

**Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** refuse toute considération financière sur les valences hospitalières car le nombre d'hospitalo-universitaires, titulaires ou non, n'a jamais varié sur le périmètre. Il sera éventuellement revu à la baisse.

**Le président** partage cet avis. Par conséquent, aucun chef de service ne doit rendre ses vacances.

## **4. Système de conciergerie « Happytal »**

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** s'enquiert du montant de l'abonnement à « Happytal ».

**M<sup>me</sup> Isabelle MOUNIER-EMEURY** indique que la conciergerie à l'hôpital a vocation à faciliter les contacts avec les prestataires de services de ville. Le coût du concierge n'est pas assumé par le personnel ni par les patients. En effet, les usagers de la conciergerie ne paient que le prix de la prestation réalisée dans le quartier.

Trois formules d'expérimentation ont été présentées à la vice-présidente en sous-commission activité ressources (CAR). À l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP), un concierge *Easylife* est financé par la redevance de la cafétéria à hauteur de 80 000 € par an. Pour Saint-Antoine, Tenon, Trousseau et Rothschild, deux concierges *Happytal* sont financés par l'augmentation de la facturation des chambres individuelles à hauteur de 756 000 € par an. Les deux concierges *Happytal* de Beaujon et les quatre concierges-agents d'accueil *Happytal* de Bichat sont financés par l'augmentation de la facturation des chambres individuelles à hauteur de 483 000 € par an.

Enfin, le projet « *oikéiosis* » « Repenser l'accueil du patient et de ses Proches » a pour objectif de définir l'accueil idéal à mettre en œuvre, incluant cette réflexion sur la conciergerie (avec étude de comment il serait possible de le faire en interne).

*L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 19 heures 35.*