

# **COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

## **COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 8 JANVIER 2019**

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 5 FÉVRIER 2019

## SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME	6
II. Présentation du calendrier des élections 2019 des CME et CMEL	9
III. Départements médico-universitaires (DMU)	10
IV. Point sur le déploiement d'ORBIS	20
V. « Contrat socle » du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'agence régionale de santé et l'AP-HP	222
VI. Avis sur la proposition du directeur général de révision des effectifs 2019 de praticiens hospitaliers	23
VII. Approbation du compte rendu de la CME du 4 décembre 2018	23
VIII. Questions diverses	23

# ORDRE DU JOUR

## SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN)
2. Présentation du calendrier des élections 2019 des CME et CMEL (M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT, M. Marc DUPONT)
3. Départements médico-universitaires (DMU) (P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL, M. François CRÉMIEUX)
4. Point sur le déploiement d'ORBIS (D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER, P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH)
5. « Contrat socle » du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'agence régionale de santé et l'AP-HP (M<sup>mes</sup> Isabelle BILGER et Isabelle PLANTEC)
6. Avis sur la proposition du directeur général de révision des effectifs 2019 de praticiens hospitaliers
7. Approbation du compte rendu de la CME du 4 décembre 2018
8. Questions diverses

## **- Assistent à la séance**

- **Avec voix délibérative :**

P <sup>r</sup> Nelly	ACHOUR-FRYDMAN	P <sup>r</sup> François	GOFFINET
P <sup>r</sup> René	ADAM	P <sup>r</sup> Bernard	GRANGER
P <sup>r</sup> Yves	AIGRAIN	P <sup>r</sup> Bertrand	GUIDET
P <sup>r</sup> Joël	ANKRI	M <sup>me</sup> Sophie	GUILLAUME
P <sup>r</sup> Jean-Yves	ARTIGOU	P <sup>r</sup> Olivier	HÉLÉNON
P <sup>r</sup> Thierry	BÉGUÉ	D <sup>r</sup> Olivier	HENRY
P <sup>r</sup> Sadek	BELOUCIF	P <sup>r</sup> Dominique	ISRAËL-BIET
D <sup>r</sup> Emmanuel	BARREAU	P <sup>r</sup> Paul	LEGMANN
M. Guy	BENOÎT	P <sup>r</sup> Michel	LEJOYEUX
P <sup>r</sup> Olivier	BENVENISTE	D <sup>r</sup> Marianne	LERUEZ-VILLE
D <sup>r</sup> Catherine	BERNARD	P <sup>r</sup> Laurent	MANDELBROT
P <sup>r</sup> Catherine	BOILEAU	D <sup>r</sup> Lucile	MUSSET
D <sup>r</sup> Marie	BORNES	D <sup>r</sup> Isabelle	NÈGRE
D <sup>r</sup> Françoise	BOTTEREL-CHARTIER	P <sup>r</sup> Rémy	NIZARD
D <sup>r</sup> Clara	BOUCHÉ	P <sup>r</sup> Antoine	PELHUCHE
D <sup>r</sup> Anne-Reine	BUISINE	P <sup>r</sup> Michel	PEUCHMAUR
P <sup>r</sup> Jean-Claude	CAREL	P <sup>r</sup> Claire	POYARD
P <sup>r</sup> Pierre	CARLI	P <sup>r</sup> Dominique	PRIÉ
P <sup>r</sup> Stanislas	CHAUSSADE	M. Rémi	PIERAGOSTINI
P <sup>r</sup> Gérard	CHÉRON	P <sup>r</sup> Christian	RICHARD
P <sup>r</sup> Philippe	CORNU	D <sup>r</sup> Frédéric	RILLIARD
P <sup>r</sup> Bruno	CRESTANI	P <sup>r</sup> Rémi	SALOMON
D <sup>r</sup> Sophie	CROZIER	P <sup>r</sup> Thomas	SIMILOWSKI
D <sup>r</sup> Nathalie	DE CASTRO	P <sup>r</sup> Éric	THERVET
D <sup>r</sup> Michel	DRU	P <sup>r</sup> Nicolas	THIOUNN
D <sup>r</sup> Alain	FAYE	P <sup>r</sup> Jean-Marc	TRÉLUYER
D <sup>r</sup> Anne	GERVAIS	D <sup>r</sup> Christophe	TRIVALLE
P <sup>r</sup> Noël	GARABÉDIAN	D <sup>r</sup> Christophe	ZAHR
P <sup>r</sup> Pascale	GAUSSEM	P <sup>r</sup> Michel	ZÉRAH
P <sup>r</sup> Bertrand	GODEAU		

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

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

- P<sup>r</sup> Nathalie CHARNAUX, directrice de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
- D<sup>r</sup> Lynda BENSEFA-COLAS, médecin coordonnateur du service central de santé au travail de l'AP-HP
- M<sup>me</sup> Yvette NGUYEN, représentante de la CSIRMT
- M<sup>me</sup> 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. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M. François CRÉMIEUX, directeur général adjoint
- M. Marc DUPONT, directeur des affaires juridiques par intérim (DAJ)
- M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M. Timothée MANTZ (DÉFIP)
- M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, directeur général adjoint
- M<sup>mes</sup> Hélène OPPETIT et Isabelle BILGER, M. Oliver TRETON, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information

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

- D<sup>r</sup> Caroline SUBERBIELLE

- **Membres excusés :**

- D<sup>rs</sup> et P<sup>rs</sup> Philippe ARNAUD, Francis BONNET, Yves COHEN, Nicolas DANTCHEV, Patrick DASSIER, Jacques DURANTEAU, Marysette FOLLIGUET, Christian GUY-COICHARD Vincent JARLIER, Véronique MOLINA, Jean-Marc NACCACHE, Patrick PELLOUX, Élisabeth PORSMOQUER, Valérie PERUT, Denis TIXIER, Noël ZAHR.
- MM. Arthur DAUPHIN, Victor DESPLATS, Yann FLÉCHER, Jean-Vincent LAQUA, M<sup>mes</sup> Caroline RAQUIN et Isabelle RIOM.

## I. Informations du président de la CME

Le **président** présente ses meilleurs vœux aux membres de la CME pour cette quatrième et dernière année de mandature. La cérémonie des vœux du 17 janvier 2018 sera l'occasion de partager un premier bilan et d'envisager l'avenir. Le président salue le travail réalisé par la CME durant ces trois années. Il remercie les membres de la CME et loue en particulier leur liberté de parole et leur respect mutuel. Il souhaite que la correction et l'écoute qui ont présidé aux échanges et débats contradictoires perdurent sans que la proximité des élections nuise à cet esprit. 2019 est une année charnière pour la réussite du plan de transformation de l'AP-HP dans laquelle il appelle chacun à s'engager afin qu'ils servent le bien des patients et de l'institution à laquelle la communauté médicale est attachée.

- Le **président** indique que le D<sup>r</sup> Michel DRU participe à sa dernière CME. Il le remercie pour ses contributions aux travaux de la CME et la qualité des relations qu'il entretient avec tous.

Le D<sup>r</sup> **Michel DRU** indique être le plus ancien membre de la CME : il y siège depuis 1992. Il espère y avoir transmis sa fougue et avoir contribué à régler quelques problèmes. Il a en tout cas apprécié le travail au sein de cette instance.

- Le **président** salue M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ qui assiste à sa dernière CME puisqu'elle rejoindra prochainement la direction de la Sécurité sociale. Au nom du corps médical, il la remercie pour son travail et salue son efficacité et sa courtoisie.

M<sup>me</sup> **Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ** déclare avoir beaucoup apprécié ces trois années à l'AP-HP. Une directrice des finances n'a pas toujours le beau rôle. En tout état de cause, elle a voulu exercer ses responsabilités avec transparence et pédagogie, en sous-commission *Activité, ressources* ou à la CME. Ses échanges avec la communauté médicale ont été enrichissants. Elle indique avoir eu plaisir à travailler notamment avec ceux qui géraient des opérations majeures d'investissement. Pour toutes ces raisons ajoute-t-elle, elle quitte l'AP-HP avec un peu de nostalgie. Elle sera désormais adjointe au directeur de la Sécurité sociale, particulièrement chargée des finances sociales, de la retraite et de la dépendance.

Le **président** la félicite pour son nouveau poste. Il la remercie pour son travail, son souci d'honnêteté et de transparence dans un des postes les plus difficiles de l'AP-HP.

*Assises nationales hospitalo-universitaires des 12, 13 et 14 décembre 2018 (Poitiers)*

Le **président** résume le contenu des discussions qui ont eu lieu et qui concerné notamment la gouvernance des CHU, l'implication accrue des universités et la place des CHU dans le territoire. Le rapport « Le CHU de demain » et la synthèse des propositions seront mis en ligne sur le [site de la CME](#). Ils comptent six axes, assortis chacun d'une proposition principale :

1. Transformer la synergie entre CHU et Université : créer une nouvelle forme d'association entre le CHU et l'Université et le cadre juridique et opérationnel de cette synergie ;
2. CHU et universités co-animateurs de la santé dans les territoires : instaurer une responsabilité territoriale conjointe du CHU et de l'Université ;
3. Réaffirmer la place des acteurs de santé et le sens de leur métier : rénover l'exercice et les carrières en CHU. Cet axe suscite de nombreux débats.

4. CHU et Université, co-pilotes de la transformation des études de santé : instaurer une responsabilité partagée de la nouvelle gouvernance CHU/Université en matière de politique territoriale de formation en santé ;
5. CHU et Université, moteurs et accélérateurs de la recherche médicale mondiale et de l'innovation » : créer les conditions d'un pilotage stratégique CHU-Université de la recherche en santé.

#### *Réunions du directoire des 11 décembre 2018 et 4 janvier 2019*

Deux directoires ont été consacrés à l'organisation des départements médico-universitaires (DMU) qui sont à l'ordre du jour de la présente séance de la CME.

Un point sur les derniers chiffres de l'activité à fin décembre 2018 a été présenté au directoire du 4 janvier : les passages aux urgences continuent d'augmenter, l'hospitalisation complète stagne et serait en-dessous de la cible prévue (et inférieure à 2017), tandis que l'hospitalisation partielle augmente plus que prévu.

#### *Relations avec l'hôpital Marie-Lannelongue.*

Des discussions sont en cours avec Marie-Lannelongue, dont le bâtiment doit être reconstruit, avec deux alternatives : reconstruction *in situ* dans le cadre d'un rapprochement avec Saint-Joseph ou reconstruction sur le site de Paul-Brousse dans le cadre d'une coopération avec l'AP-HP.

#### *Conseil stratégique avec l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)*

Le conseil de tutelle, nouvellement dénommé « conseil stratégique » s'est tenu le 8 janvier.

Le président souligne que l'AP-HP doit assumer pleinement son rôle de CHU d'Île-de-France, ce qui nécessite d'organiser rapidement la gradation des soins sur le territoire en s'appuyant sur le CHU, de manière à éviter les doublons et assurer la cohérence de l'activité au sien de la région. Une difficulté tient cependant à la spécificité de l'AP-HP qui, à la différence des autres CHU, n'est pas établissement support des groupements hospitaliers de territoire (GHT), mais seulement associés à ceux-ci.

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

**Le directeur général** souhaite aux membres de la CME une très bonne année 2019, tant sur le plan personnel que professionnel. Il espère que les améliorations visées seront apportées et les projets menés réussis. La réunion de la semaine suivante sera l'occasion de parler des perspectives que l'AP-HP mérite. Le directeur général s'associe ensuite aux remerciements exprimés à M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ et la félicite pour ses nouvelles et importantes responsabilités. Le directeur général relève que des personnes qui connaissent bien l'AP-HP se trouvent ainsi notamment à la direction du budget et à la direction de la Sécurité sociale. Ceci n'allège certes pas les contraintes qui pèsent sur l'institution, mais est néanmoins appréciable.

#### *Comptes 2018*

La clôture des comptes 2018 est en cours de préparation. Il apparaît d'ores et déjà que l'activité ambulatoire est dynamique tandis que l'activité conventionnelle est stable. Les discussions avec l'ARS laissent penser que la dynamique à l'AP-HP serait supérieure à celle des hôpitaux publics de

la région Île-de-France. Les efforts portent leurs fruits. Les dépenses sont maîtrisées. Les résultats de fin d'année devraient être supérieurs aux prévisions.

### *Cycle de conférences stratégiques*

Le directeur général souligne la qualité des cycles de conférences stratégiques. Dans le contexte difficile de 2018 et les perspectives contraintes pour 2019, les travaux préparatoires de la gouvernance administrative et médicale et la qualité du dialogue ont permis de respecter les contraintes sans renoncer à porter des projets. Le directeur général en remercie les contributeurs.

### *Services d'aide médicale urgente (SAMU)*

L'ARS a accordé un budget de 300 000 € aux SAMU franciliens dont les quatre gérés par l'AP-HP. Ce budget permet de renforcer les moyens et de continuer à améliorer la qualité de service. Ponctuellement, il a également permis des avancées lors des conflits de fin d'année.

### *Urgences de l'hôpital Lariboisière*

Les P<sup>S</sup> Dominique PATERON et le D<sup>r</sup> Pierre CHARESTAN ont été missionnés par l'ARSIF suite au décès survenu aux urgences de l'hôpital Lariboisière le 17 décembre 2018. Le directeur général remercie ceux qui ont participé à cette mission.

### *Projet du nouvel Hôtel-Dieu*

La commission finale de sélection du projet relatif au parvis de l'Hôtel-Dieu se tiendra le 10 janvier. Après la stabilisation du projet médical en effet, une consultation a été lancée pour la prise en charge partielle du projet par un consortium apportant un complément de financement. Le travail en cours implique la gouvernance du groupe hospitalier. Les projets sont prometteurs.

### *Campus hospitalo-universitaire Grand Paris nord*

L'important débat relatif à l'implantation de l'hôpital nord à Saint-Ouen s'achèvera à la fin du mois de février. Parallèlement, l'AP-HP négocie avec *Peugeot société anonyme* (PSA) et l'Université avec les autres propriétaires.

### *Système de prise de rendez-vous en ligne*

L'impact du système de prise de rendez-vous en ligne a été étudié par la chaire de recherche *Hospinnomix* et a fait l'objet d'une communication. Le nombre de consultations a progressé tandis que le nombre de « non rendus en consultation » a diminué (conformément à l'un des sous-objectifs de ce projet). Ce système concerne presque tous les hôpitaux. De nombreuses améliorations doivent certes encore être apportées. Après la première année néanmoins, les résultats sont favorables, quoique certainement contrastés selon les services. Le système est plébiscité par les patients.

## **II. Présentation du calendrier des élections 2019 des CME et CMEL**

**Le président** souhaite que les prochaines élections se déroulent dans un climat courtois, favorable à l'AP-HP et à son avenir. Il espère de nombreux débats en interne et non par l'intermédiaire des médias dont l'usage devrait être réservé à la communication d'informations scientifiques et médicales et non au développement de polémiques. Il souhaite un climat serein pour soutenir



l'AP-HP dont il rappelle l'importance : 1<sup>er</sup> CHU d'Europe, 40 % de la recherche française, 17 ou 18 % du poids des CHU en France.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** précise que le cahier des charges des élections est en cours de préparation à la DOMU. Un vote électronique sera organisé. Les élections seront organisées comme à l'accoutumée, et tiendront compte de la nomination des chefs de DMU en juin. Les CME, CME locales (CMEL) et comités consultatifs médicaux (CCM) seront élus en octobre et en novembre. Les présidents seront élus en décembre. Les nouvelles instances seront établies en janvier 2020.

**Le P<sup>r</sup> Rémi SALOMON** s'enquiert de la composition de la CMEL et de la CME, des rôles respectifs des instances et des règles de subsidiarité.

**Le président** annonce que ces sujets feront l'objet d'un groupe de travail de la CME et d'une présentation en CME. Il souhaite que la composition de la CME ne soit pas bouleversée et que ses équilibres soient préservés. Les chefs de pôles seront remplacés par les chefs de DMU. Une réflexion doit avoir lieu sur le collège des représentants des groupes hospitaliers, actuellement composé des 12 présidents de CMEL. Quelles que soient les modalités électorales et la représentation, il importera surtout de veiller aux messages véhiculés et à la future stratégie, avec toujours le bien des patients pour objectif. La CME centrale devra être le lieu où s'élabore la stratégie médicale de l'AP-HP et où est garantie son unité et le bon équilibre entre les groupes hospitaliers. Son rôle restera fondamental. Au-delà des textes, c'est la manière dont elle sera gérée qui comptera.

**Le président** rappelle son attachement aux services, qui doivent retrouver toute leur place dans le cadre des DMU car ils sont le lieu où existe vraiment la notion d'équipe au service des patients et où l'on peut et doit faire vivre le dialogue au sein du corps médical et soignant.

**Le P<sup>r</sup> Rémi SALOMON** pense que l'autonomie accrue des grands GH devrait s'incarner dans la gouvernance médicale. Des règles devraient être établies. Il conviendra de répondre notamment aux questions relatives à l'existence de commissions des effectifs ou à l'équilibre entre différents sites.

**Le président** confirme que tous ces sujets seront traités par le groupe de travail de la CME qui associera la DOMU et la direction des affaires juridiques (DAJ).

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** estime qu'il serait utile de conclure les réflexions mi-février.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** pense que mars serait une échéance plus raisonnable. Elle rappelle que le bureau de la CME se réunira le 21 janvier.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** signale que des contributions ont déjà été transmises par les présidents de CMEL, les présidents de sous-commission notamment.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** maintient que l'échéance de mars sera la plus pertinente. Il sera impossible de présenter des résultats lors de la réunion du bureau le 21 janvier.

**Le président** décide que le groupe de travail présentera ses propositions au bureau du 19 février, puis à la CME du 5 mars.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** pointe un problème lié au calendrier des CME de groupement hospitalier de territoire (GHT).

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** rapporte qu'un report des élections des CME pourrait être envisagé pour tenir compte de l'instauration de CME de GHT. Des réponses de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Fédération hospitalière de France (FHF) sont attendues à ce sujet.

**Le président** espère qu'aucun report n'aura lieu. Il souhaite maintenir l'échéance du 22 décembre 2019, date de la fin du mandat de l'actuelle CME.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** considère que la représentation médicale ne pourrait être la somme des différents hôpitaux constituant un GH. Le scrutin selon le statut et les disciplines doit être conservé. Des groupes par statut et disciplines trans-hospitaliers lui paraissent pertinents. Il invite le futur groupe de travail à confirmer si la sobriété attendue de la gouvernance administrative s'appliquera aussi à la gouvernance médicale.

**Le directeur général** indique qu'après la phase d'élaboration relative aux DMU, un calendrier général tenant compte de la constitution des GH et des nouvelles CMEL en fonction des GH pourra être construit. Les comités techniques d'établissement locaux (CTEL) seront également redessinés et le règlement intérieur revu. La ministre a en effet agréé la « nouvelle AP-HP » par un courrier en décembre 2018, et prévu le cas échéant des mesures réglementaires. La CME de février serait ainsi l'occasion de présenter une vision d'ensemble des changements et d'échelonner les consultations.

**Le président** déclare qu'en tout état de cause, tout doit être achevé en fin d'année. Il plaide pour la simplicité : ce qui fonctionne en matière de représentation doit être repris, sans consacrer un temps excessif aux élections. Des CME locales continueront d'exister. Il affirme que l'enjeu majeur concerne le quotidien dans les hôpitaux et non les élections.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** estime qu'il importe néanmoins de connaître les règles.

**Le président** réaffirme qu'il convient d'être aussi simple que possible. Des règles existent. Elles seront modifiées en fonction des DMU et des nouveaux groupes.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** déclare s'interroger sur la représentation des groupes et des disciplines.

**Le président** confirme la réunion rapide du groupe de travail de la CME qui associera la DOMU pour un passage à la CME du 5 mars.

### **III. Départements médico-universitaires (DMU)**

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL** rappelle que les départements médico-universitaires (DMU) ont fait l'objet de nombreux travaux collectifs. Plusieurs documents ont été élaborés, dont une synthèse mise en ligne sur le [site de la CME](#).

Les pôles sont amenés à évoluer en DMU car :

- des masses critiques hospitalo-universitaires en recherche sont nécessaires ;
- l'interaction entre l'AP-HP et son territoire doit être améliorée ;
- la structuration des pôles mérite d'être repensée ;
- la « nouvelle AP-HP » impulse un changement global.

En réaffirmant que l'organisation médicale est centrée sur les services, une structure complémentaire est nécessaire pour organiser les soins, le parcours patient et améliorer les performances en recherche et en enseignement.

Les DMU ont ainsi commencé à être évoqués durant l'été 2018. Une phase d'élaboration a ensuite été ouverte, scandée notamment par des sondages organisés par les médecins de la CME, l'adresse *électronique* DMU, les contributions de la conférence des doyens, etc. Le groupe de travail dédié a également fait preuve d'un grand dynamisme et le P<sup>f</sup> Jean-Claude CAREL remercie ses membres pour leur productivité et la convivialité des échanges. À l'issue de ce travail, un document présentant les orientations ouvertes à la discussion ce jour a été élaboré (et mis en ligne sur le [site de la CME](#)). Sous une forme à définir, le contenu en sera intégré au règlement intérieur. Ce dernier doit être élaboré en janvier et sera discuté en CME en février.

Les prochaines étapes sont :

- la finalisation des contours des DMU en fin de premier trimestre ;
- la nomination des directeurs de DMU en juillet 2019 dans le cadre des nouveaux GH.

Une quinzaine de chapitres ont été définis.

#### La méthode de constitution des DMU

Sont préconisées :

- une appropriation individuelle et collective, *via* notamment des séminaires élargis ;
- une évaluation, même informelle, des pôles qui auraient vocation à être socles de DMU ;
- une consultation élargie par courrier électronique avec bien évidemment un choix porté la gouvernance.

#### Périmètre

Une vingtaine de DMU par nouveau GH est envisagée avec des logiques de spécialités (de disciplines), d'organe ou de métiers. Un service sera forcément et uniquement dans un DMU. De même, une discipline devrait être réunie en un DMU, mais des exceptions pourraient être justifiées (en biologie ou pour les pharmacies à usage intérieur [PUI] par exemple).

#### DMU inter-universitaires et inter-GH

Les discussions relatives aux DMU interuniversitaires et inter-GH ont été nombreuses. Ces DMU sont jugés utiles et nécessaires. Des DMU, comme le SAMU, pourraient recouvrir l'ensemble de l'AP-HP selon la décision que prendra le directoire. Les unités de formation et de recherche (UFR) concernées par les DMU inter-universitaires doivent bien évidemment être impliquées.

#### DMU dépassant le périmètre de l'AP-HP

Dans certains cas, les DMU pourront judicieusement dépasser le périmètre de l'AP-HP, en nouant des liens mutuellement bénéfiques réciproques entre DMU, services de GHT, centres de santé, structures de médecine de ville, etc. Ceci devra être formalisé dans la gouvernance.

## Évaluation

La collégialité et l'information de tout le personnel sont clés, ainsi qu'une contractualisation et un point d'étape d'abord informel à mi-temps puis une évaluation finale après quatre ans. Les éventuels dysfonctionnements devront bien évidemment pouvoir être signalés et discutés avant ces échéances.

## Collégialité de la gouvernance

La collégialité de la gouvernance des DMU doit être garantie. Un correspondant de l'enseignement et un correspondant recherche sont jugés essentiels. Ils seraient désignés par ou en partenariat avec les doyens et les établissements publics à caractère scientifique et technologique (ÉPST). Les éventuelles structures partenaires et universités seront représentées.

## Le responsable du DMU

La dénomination et les qualités du responsable du DMU ont été longuement débattues. L'intitulé de « directeur » semble être privilégié. Le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL estime qu'il serait pertinent que tout personnel médical hospitalier titulaire puisse être directeur de DMU. Il doit avoir des capacités managériales reconnues (même s'il est difficile de définir de telles compétences). Une parité femmes/hommes est demandée à l'échelle des GH. Les directeurs auraient un mandat de quatre ans renouvelable. La collégialité est également un principe important de la nomination des directeurs. Elle suppose l'élaboration collective d'un projet à diffuser aux chefs de service et à l'ensemble des professionnels du DMU. Après auditions, sur proposition du doyen et du président de la CME, les directeurs de DMU seront nommés par le directeur général

## Cumul des fonctions

Au terme de longues discussions, le groupe de travail a acté le principe de non-cumul des fonctions. Un directeur de DMU aurait en effet la charge d'un vaste périmètre réunissant un millier de personnels médicaux et non médicaux. De nombreux chefs de pôle étant également chefs de service, imposer le non-cumul du jour au lendemain a paru problématique. Des possibilités de dérogation sont ainsi prévues, même si le non-cumul avec une chefferie de service est fortement recommandé.

## Exécutif

L'exécutif du DMU doit être collégial et élargi, comptant une dizaine de personnes. La parité est souhaitée (H/HU, hommes/femmes, etc.), la représentation des tendances diverses est en tout cas demandée. Les missions du cadre paramédical, du cadre administratif ainsi que celles du directeur délégué doivent être renforcées. Chaque membre de l'exécutif devrait avoir une fiche de poste et des missions précises.

## Bureau et conseil

Le bureau et le conseil de DMU relient l'exécutif et les services. Un bureau mensuel devrait réunir les chefs de service et éventuellement représentants des unités mixtes de recherche (UMR) et des patients. Le conseil de DMU, annuel, devrait avoir une composition large.

## Délégation de gestion aux DMU

La délégation de gestion est jugée obligatoire et requiert un choc de confiance. Un contrat d'objectifs et de moyens, un budget, des indicateurs de qualité s'imposent dans ce cadre.

### Qualité de vie au travail

L'enjeu de la qualité de vie au travail est porté collectivement, et en particulier par les services. Le rôle des DMU en la matière est identifié. Le projet de DMU doit en tenir compte. Les responsables de DMU doivent bien évidemment en être familiers. Au-delà des DMU, des outils institutionnels de suivi pérenne de la qualité de vie au travail sont nécessaires.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL** indique que le groupe de travail a élaboré un document d'une quarantaine de pages qui a été résumé en séance et dans un autre texte de synthèse. Par ailleurs, deux sondages relatifs à la « nouvelle AP-HP » ont été organisés.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** ajoute que ces sondages ont suscité de nombreuses questions et critiques. Elle se propose ainsi d'en expliquer l'origine et l'esprit. Un hiatus important a été constaté entre les discussions menées en CME concernant le séminaire dit « *oikeiosis* » et la « nouvelle AP-HP », d'une part, et les réalités du terrain, d'autre part. Un sondage a ainsi visé à évaluer la réalité de cet écart, sur la base de questions spécifiques d'intérêt pour les PH qui en étaient à l'origine. Le sondage est ainsi effectivement partial, destiné à estimer l'intérêt des professionnels et à les interroger sur des principes généraux. Le sondage est court pour encourager les participations et pour tenir compte des échéances sont limitées. L'outil *Google Forms* a ainsi paru le plus approprié. La liste de diffusion des comptes rendus de CME a été utilisée. Elle a certes ses limites, mais elle est la seule existante et utilisable pour toucher 3 000 médecins. Le premier sondage a recueilli 900 réponses, taux jugé honorable. Les adresses des répondants n'ont pas été recueillies pour respecter leur anonymat. Un tiers des répondants sont des hospitalo-universitaires titulaires.

Deux grands types de réponses ont été reçus. Les premières font état d'une majorité, voire d'une grande majorité de personnes concernées par le fonctionnement quotidien dans les services. Elles ont entendu parler de la nouvelle AP-HP, étaient intéressées et souhaitaient être mieux informées. Elles se disent très favorables à leur inclusion et participation aux décisions, à leur consultation sur la future AP-HP et s'accordent sur la nécessité de compter des effectifs suffisants dans les services. Par ailleurs, deux questions concernaient davantage l'organisation administrative des DMU. Les réponses en étaient plus partagées, et indifféremment selon le statut. Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO précise que la question n'était pas de savoir si les intéressés étaient ou non favorables aux DMU. Ces derniers étant en effet actés, l'objectif est de les orienter au mieux. Elle confirme que les discussions du groupe de travail étaient libres et dans un esprit constructif. Il est difficile d'aboutir à un document consensuel sur tous les points et bien qu'elle ne soit pas d'accord avec tout ce qui figure dans ce document, elle souligne qu'il a néanmoins deux mérites : celui d'exister et d'être consultable par tout le personnel de l'AP-HP, qui pourra se les approprier lors des discussions futures.

Le second sondage concerne les éléments à défendre au regard des grandes orientations des DMU. Le tiers des répondants est également constitué d'hospitalo-universitaires titulaires, les autres étant des hospitaliers (surtout des praticiens hospitaliers [PH]). À plus de 90 %, les répondants confirment vouloir :

- être associés aux projets de DMU ;
- une présentation de ces projets aux services ;
- une reconnaissance des activités de recherche et d'enseignement des non-hospitalo-universitaires ;
- une parité H/HU et médicale/non médicale de l'exécutif des DMU ;
- une délégation de gestion vers les services ;
- un renforcement de l'effectif en faveur de la qualité de vie au travail et du bon fonctionnement des services ;
- le maintien des élections directes à la CME.

Concernant l'organisation du temps médical hospitalier, hospitalo-universitaire et le non-cumul, 80 % des répondants sont favorables au non-cumul. Le statut semble conditionner la réponse à ce sujet, mais pas de manière aussi importante qu'on aurait pu le croire *a priori* : seulement 30 % des HU étaient défavorables au non cumul *versus* 14 % des PH.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** précise que ce sondage est une contribution qui mérite d'être intégrée à la réflexion. Il traduit l'intérêt des collègues pour le sujet malgré de grandes interrogations. Ces derniers souhaitent que leur avis soit pris en compte.

**Le président** confirme que le sondage doit être considéré comme un apport à la réflexion. Il remarque que, avec le temps, le nombre des strates médico-administratives est passé de trois à sept. Il importe donc de fluidifier le système, mais il s'interroge sur l'atteinte de cet objectif. Les pôles ont été largement critiqués. Aucune solution ne fait consensus eu égard à la diversité des expériences, des tempéraments et des positions. Parvenir à un consensus des 24 000 médecins de l'AP-HP est difficile. Il importe en conséquence de limiter les impacts négatifs et d'organiser les délégations. Nous devons être cohérents sur nos demandes concernant les délégations de décision ou de gestion. En tout état de cause, le système doit être rendu fluide. Dans tous les cas, les DMU seront un vecteur de meilleure intégration universitaire.

**Le président** réaffirme l'importance de conforter les services et de rendre le processus de décision plus fluide et rapide. Il déclare croire à la responsabilisation maximale de chacun et aspire à une véritable participation. Il rappelle que l'objectif est en effet de mieux soigner avec les moyens disponibles et il souhaite donc que l'esprit constructif prime sur la critique. Les problématiques quotidiennes peuvent certes faire obstacle aux réflexions de long terme. Ces dernières sont toutefois nécessaires pour éviter d'accumuler les difficultés. Les DMU ne doivent surtout pas effacer les services qui sont essentiels pour maintenir l'esprit de dialogue et garantir des soins de qualité aux patients. Les DMU sont similaires aux pôles, mais avec un volet universitaire accru. Ils doivent permettre une cohérence hospitalo-universitaire associant des services ayant les mêmes ambitions et objectifs. Les DMU ne seront certes pas la panacée, mais ils permettront d'atteindre cet objectif s'ils sont correctement organisés.

**Le P<sup>r</sup> Bruno Riou** revient sur le sondage présenté par le D<sup>r</sup> DE CASTRO pour signaler qu'une journée d'activité non-clinique ne devrait pas être un objectif pour les hospitalo-universitaires (HU). L'Université est leur employeur principal. Ils ne peuvent consacrer tout leur temps à la clinique.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** objecte que les textes permettent aux HU de n'avoir aucune ou 100 % d'activité clinique sous réserve de l'organisation du chef de service et que dans certains services, les HU n'ont pas non plus cette journée garantie, ce n'est donc pas seulement un sujet pour le PH.

**Le P<sup>r</sup> Sadek BELOUCIF** suggère une correction qu'il juge importante à apporter en page 26 du document d'orientation : les « fiches » de poste concernent le personnel non médical tandis que les docteurs ont un « profil » de poste.

Concernant la nouvelle AP-HP et les DMU, **le P<sup>r</sup> Rémi SALOMON** affirme que la médicalisation de la gouvernance et le travail en binôme, voire en trinôme doivent être soulignés. Pour accélérer les prises de décision et réduire la bureaucratie, des délégations de gestion sont nécessaires, non pas en demandant aux médecins de gérer, mais de travailler avec un administratif et un universitaire. Ce travail en binôme reste insuffisant. Par ailleurs, le rapport de la Cour des comptes de 2017 repris lors des assises des CHU recommande de redéfinir les missions des hospitalo-universitaires (HU) et des hospitaliers (H). Par définition, les HU ont plus de 20 % d'activités hors soins. Les H réalisent l'essentiel de leur temps en soins, et mènent des missions de recherche et d'enseignement. C'est l'occasion de reconnaître ces missions, de permettre l'évolution des métiers, et de tenir compte notamment de l'universitarisation du parcours des infirmiers. La relation avec la ville est également un sujet à traiter.

**Le P<sup>r</sup> Thomas SIMIŁOWSKI** salue également la liberté et la qualité des échanges entre participants au groupe de travail. Par ailleurs, il affirme qu'il convient en l'absence de compétences internes, de recourir à des professionnels de l'évaluation des capacités managériales pour identifier des responsables de DMU aptes aux missions prévues. Il déclare ensuite que le terme de « directeur » est très mal choisi. Il prête à confusion, attribuant une fonction à une personne qui n'y a pas été formée.

**Le président** l'interroge sur les autres appellations possibles.

**Le Pr Thomas SIMIŁOWSKI** suggère « responsable ».

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** observe en premier lieu que la logique territoriale des DMU est lisible pour Paris *intra muros*, mais plus difficilement au-delà. Ensuite, il souligne que le directeur délégué de DMU doit être réellement impliqué dans la gestion du DMU, ce qui n'est pas le cas dans les pôles.

**Le président** confirme que la vigilance est de mise à ce sujet.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** remarque que de nombreux matériels de visio-conférence seront nécessaires eu égard à la taille des DMU. Enfin, il sollicite des précisions concernant le « théâtre itinérant », les « *stand-up meetings* » et le « *management* visuel » mentionnés dans le document.

**Le P<sup>r</sup> Laurent MANDELBROT** observe que les DMU sont de fait des pôles dont le périmètre est modifié par l'évolution des GH. Un bilan des pôles multi-sites réunissant plus de 1 000 personnes devrait ainsi être préalablement réalisé. Par ailleurs, la dispersion de certains PU-PH ayant de multiples activités (cliniques, de recherche, administratives, etc.) a déjà été pointée. Dans ces conditions, comment assumer de nouvelles missions sans moyens supplémentaires ?

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL** explique qu'un document rend compte de l'exhaustivité des discussions du groupe de travail tandis que l'autre constitue une synthèse. Ceci explique les éventuelles discordances entre les deux textes. Des orientations, comme l'intervention de psychologues externes spécialisés en évaluation managériale, sont prévues dans le premier document et seront promues, mais elles ne peuvent, à ce stade, être précisément intégrées au règlement intérieur.

Par ailleurs, la journée non-clinique des PH relève du service, centre d'organisation de l'activité médicale, et non du DMU, qui est l'enjeu principal de ce point d'ordre du jour.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** déclare que le DMU ne modifiera pas le quotidien des PH. Ils espèrent simplement que le DMU n'aggraver pas leur situation. Aussi tiennent-ils à ce que des principes qui leur paraissent majeurs soient pris en compte. Elle rappelle que les réponses des HU et des H étaient comparables. 80 % des praticiens répondent favorablement aux sept questions posées en décembre. Elle affirme que les enseignements doivent en être tirés et les idées soulevées intégrées au projet des DMU. Il devrait notamment être décidé que les DMU garantissent les journées non-cliniques. Il devrait être possible de présenter le projet de DMU dans chaque service, d'informer, de consulter les personnels par voie électronique. D'une façon générale, il est crucial de reconnaître les activités de chacun et de généraliser la collégialité. Nul ne peut exercer à la fois un temps plein de praticien hospitalier, de chercheur et d'enseignant. C'est la raison pour laquelle le cumul n'est pas possible et la collégialité est indispensable. Il faut partager les responsabilités pour la coordination de l'enseignement, de la recherche et de la gestion des ressources humaines.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** se dit très heureux de la discussion en cours. Il félicite le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL et M. François CRÉMIEUX pour leur travail. Les futurs hyper-pôles composeront des hyper-GH. Des regroupements ont été jugés pertinents pour restructurer les activités, pour réaliser des économies d'échelle, de postes, etc. Cette transformation est guidée par les difficultés budgétaires de l'AP-HP. Cette dernière doit effectivement se transformer. Deux options existent : reproduire à une plus grande échelle un modèle qui a échoué (hyper-pôles et hyper-GH avec une gouvernance descendante très autoritaire) ou construire une autre structuration marquée par la collégialité, la subsidiarité, la délégation de gestion et un nouveau rôle donné aux services. Cependant, il craint que l'attachement aux services, à la collégialité, à la subsidiarité et à la délégation de gestion se limite à une incantation en l'absence de mesures concrètes. Pour l'heure, aucune garantie n'est donnée à cet égard.

**M. Guy BENOÎT** comprend qu'une délégation de gestion est demandée à la fois à l'échelle des DMU et à celle des services. Il estime que ceci mérite d'être explicité, de même que les définitions et rôles respectifs du DMU et des services.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Marc TRÉLUYER** rappelle que la délégation de gestion a également été annoncée lors de la création des pôles, mais elle n'a pas été concrétisée. Il demande si en l'occurrence, la délégation de gestion sera formalisée et rendue obligatoire.

**M. François CRÉMIEUX** confirme que les intentions présidant à la création des pôles et des DMU sont similaires. Une différence majeure existe néanmoins : des textes nationaux imposaient les pôles à tous tandis qu'en l'occurrence, la réforme est mise en débat. La délégation de gestion n'est pas à l'abri d'échouer. En tout état de cause, cette délégation est discutée, inscrite dans les orientations partagées et reprise par le directoire dans un document. Un groupe de travail plus technique réfléchira à sa déclinaison pratique. L'AP-HP n'est donc pas non plus à l'abri d'une réussite de ce point de vue. Il doute qu'un texte spécifique la prémunisse d'un risque d'échec, mais il serait prêt à en discuter. La principale garantie serait de doter les responsables de DMU d'outils adéquats de pilotage. Il fait part de la volonté affirmée de la direction générale d'organiser la délégation de gestion. Il propose aux membres de la CME d'évaluer l'incarnation de cette volonté d'ici quelques semaines.



**Le P<sup>r</sup> Jean-Marc TRÉLUYER** objecte que les outils de pilotage existaient. En revanche, aucun texte ne précisait les attributions de chacun.

**M. François CRÉMIEUX** rappelle qu'une délégation de signature avait été rendue possible pour le chef de pôle, tant dans le texte sur les pôles que dans le règlement intérieur.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Marc TRÉLUYER** déclare que cette délégation n'a jamais été rendue obligatoire.

**M. François CRÉMIEUX** précise qu'elle n'a jamais été mise en œuvre. L'intention est formalisée. À ce stade, il ne paraît pas nécessaire d'édicter un texte spécifique. Il importe en revanche de définir la délégation par champ (en ressources humaines, etc.) et de l'organiser.

**Le P<sup>r</sup> Thomas SIMIŁOWSKI** fait remarquer que dans le cadre de la délégation de gestion opérationnelle, il sera demandé d'appliquer notamment la DGFPP contre laquelle la CME a pourtant voté.

**Le président** estime qu'on ne peut réclamer les aspects positifs d'une délégation de gestion sans en assumer les aspects plus compliqués.

**Le directeur général** fait savoir que le directoire a étudié deux options : instaurer une délégation de gestion au cas par cas (par négociation entre directeur de DMU et directeur de GH) ou créer un socle de délégation de gestion pour tous. Le directoire a choisi cette dernière option. Ceci est une forme de réponse réglementaire. La définition précise de la délégation de gestion permettra à chacun de réaffirmer, ou non, son attachement à cette modalité. Pour sa part, il espère que tous resteront favorables à la délégation de gestion.

**Le P<sup>r</sup> Michel PEUCHMAUR** demande ce que ferait le responsable de DMU après son mandat de quatre ans si le cumul avec la chefferie de service était interdit.

**Le président** fait remarquer que l'on peut exercer son métier à l'AP-HP sans être chef.

**Le P<sup>r</sup> Michel PEUCHMAUR** pense que l'absence de cumul sera source de conflits. Il estime que la question mérite d'être posée.

**Le président** signale que la situation est identique pour la présidence de CME ou les chefferies de pôle.

**Le P<sup>r</sup> Michel PEUCHMAUR** objecte que les chefs de pôle restaient chefs de service.

**Le président** fait remarquer que certains ont démissionné de la chefferie de service pour être chefs de pôle.

**Le P<sup>r</sup> Michel PEUCHMAUR** affirme que ceux qui l'ont fait étaient en fin de carrière.

**Le président** rappelle l'ampleur des difficultés économiques nationales. L'enjeu consiste à savoir comment exercer le très beau métier de médecin dans ces conditions. Il estime qu'il est impossible de remplir parfaitement toutes ses missions en cumulant des fonctions de responsabilité. Si certains y parviennent, il les salue ; des orientations sont néanmoins utiles.

**Le P<sup>r</sup> Michel PEUCHMAUR** convient de ce point de vue. Il déclare qu'il ne défend pas le cumul. Son interdiction présente toutefois un risque de conflit.

**Le président** répond qu'il appartient à chacun de choisir son évolution et sa carrière.

**Le P<sup>r</sup> Michel PEUCHMAUR** suggère d'instaurer des « chefferies de service tournantes ». Par ailleurs, il demande si les DMU risquent de remettre en cause d'importants projets de restructurations.

**Le président** pense que ce ne devrait pas être le cas. Il l'invite à préciser sa question.

**Le P<sup>r</sup> Michel PEUCHMAUR** explique qu'en dépit des exceptions possibles, recommander de réunir une discipline dans un même DMU peut être problématique, concernant par exemple les services de neuropathologie et de pathologie générale de la Pitié-Salpêtrière, sachant que les premiers souhaitent être avec les neurologues.

**Le président** n'y verrait pas d'inconvénient.

**Le P<sup>r</sup> Michel PEUCHMAUR** en déduit que les exceptions pourraient être nombreuses.

**Le président** réaffirme que le bien du patient doit conduire la réflexion. La cohérence du parcours patient doit être garantie.

**Le P<sup>r</sup> Michel PEUCHMAUR** assure souscrire à ce point, que le document n'acte cependant pas.

**Le président** craint que d'interminables discussions ne tendent à faire oublier le principal : le bien du patient. Chacun est médecin en premier lieu. Les pôles seront remplacés par des DMU. L'année de transformation qui vient sera bien évidemment scandée par des discussions à ce sujet. Il convient d'être vigilant quant aux objectifs, de faire preuve de souplesse au risque d'être noyé par des enjeux réglementaires. Il plaide pour la simplicité, surtout eu égard au contexte de restrictions budgétaires. Les couches administratives seront allégées pour peu que les responsables assument leurs missions.

**Le P<sup>r</sup> Christian RICHARD** rappelle que l'expérience a montré l'échec de la composante enseignement-recherche des pôles hospitalo-universitaires créés il y a une dizaine d'années. Il note ensuite que les départements hospitalo-universitaires (DHU) n'ont pas été évoqués. Il s'enquiert des responsabilités respectives qu'auront les responsables d'un DHU, d'un DMU et d'un établissement public à caractère scientifique et technologique (ÉPST) en regard d'un projet de recherche et de l'équipe concernée.

**Le président** confirme que cette question de l'articulation avec les DHU, les ÉPST et l'enjeu de la cohérence hospitalo-universitaire au sein des DMU sont fondamentaux. Il considère que les pôles sont une des étapes vers une meilleure organisation. Ils ont constitué une étape importante de restructuration et de réflexion collective. Des leçons doivent en être tirées. Les DMU ont vocation à renforcer l'intégration universitaire qui a parfois manqué dans les pôles. Il convient de réintroduire le champ universitaire. Sans cela, les DMU seront un échec. Il souligne que les discussions avec les doyens ont été nombreuses.

**M. François CRÉMIEUX** précise que le document mentionne l'articulation entre DMU et DHU : l'un ne sera jamais superposable à l'autre. Un DHU peut être le lieu de collaboration de personnes de divers pôles, GH ou universités. Les DMU n'ont pas d'ambition à couvrir des périmètres cohérents en termes de projets de recherche, même si ce peut être le cas en certains endroits. La diversité des organisations et des périmètres à coordonner reflète la complexité des missions de soins, d'enseignement et de recherche, qui nécessitent des collaborations ponctuelles. Les responsables enseignement et recherche évoqués dans le document n'ont pas vocation à définir les recherches

à conduire, mais à garantir que les professionnels soient motivés, impliqués et accompagnés dans le champ de la recherche et de l'enseignement. Il ne s'agit nullement de remplacer la relation directe entre un chef de service et un doyen, responsables de l'enseignement médical et notamment des étudiants de 3<sup>e</sup> cycle, mais de garantir que l'accueil des internes, des externes, etc. soit optimal dans les DMU.

**Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** rapporte avoir formulé seulement quelques consignes dans son périmètre : envisager des DMU efficaces et de taille raisonnable, réunir des personnes qui s'entendent et identifier un responsable qui, quelle que soit son appellation, est consensuel. Le bon sens doit ensuite primer. En tout état de cause, l'assemblage final doit être opérant.

**Le P<sup>r</sup> Michel LEJOYEUX** affirme que le montage est compliqué et les équilibres difficiles à instaurer. Il estime dans ce contexte qu'il importe surtout de rassurer les collègues, de leur donner de la visibilité et de leur expliquer que les périmètres, les missions universitaires sont susceptibles d'évoluer.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** tient à rendre hommage à l'engagement des chefs de pôle. Il rappelle ensuite que le comité de suivi des pôles était plutôt efficace et avait compris que les problématiques de délégation de gestion n'avaient pas été résolues. Ce comité n'a cependant pas été renouvelé. Il espère qu'un comité de suivi des DMU sera constitué pour que les responsables de DMU, avec les responsables de l'AP-HP, œuvrent de concert aux progrès des DMU.

**Le directeur général** précise que les DHU ont été d'emblée abordés avec le P<sup>r</sup> Gabriel STEG, nouveau vice-président du directoire de l'AP-HP chargé de la recherche et le nouveau président de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Une réunion mensuelle sera organisée pour éviter la cristallisation d'éventuelles divergences avec l'ÉPST. Par ailleurs, les éléments justifiant le projet de DMU en juillet 2018, les débats du groupe de travail et les sondages donnent une bonne connaissance des conditions d'échec et de réussite. L'absence de bilan concernant les pôles est pointée comme étant un facteur d'échec. Les réflexions ont été nourries par le bilan au moins implicite dressé par chacun, PU, PH, chefs ou non, et par les attentes et aspirations formulées. Les conditions de réussite sont posées. Les orientations soulignent l'importance d'un fonctionnement collégial. La consultation progressive sur le projet, l'association, la prise en compte de la politique des sites, etc., sont défendues. Ces leviers de réussite sont aisés à instaurer, des progrès pourront être faits. Une marge de liberté existe d'ailleurs puisque les lignes directrices ne sont pas impératives. Le directeur général annonce que la traduction de ces orientations dans le projet de règlement intérieur devra être suffisamment souple pour éviter un rejet. Il estime que les conditions de réussite posées et les débats permettent, dans la majorité des cas, des progrès.

**Le président** suggère de progresser dans la création des DMU sans perdre de temps au regard de l'importance des missions à assumer par ailleurs.

**Le P<sup>r</sup> Bruno CRESTANI** estime que l'équilibre des genres est indispensable. Il propose ainsi d'élire un homme et une femme, chacun assumant pendant deux ans le mandat de président de CME.

**Le président** rappelle qu'un article du quotidien *Le Monde* soulignait que les douze présidents de CMEL étaient des hommes. Il confirme qu'il importe de promouvoir la parité au sein des organisations, mais ne voit pas de recette miracle pour y parvenir.

**Le P<sup>r</sup> Nelly FRYDMAN** souligne que les témoignages et propos rapportés dans la presse donnent une vision sombre de la situation à l'AP-HP. Elle s'interroge ainsi sur la manière dont les DMU amélioreront cette situation.

#### **IV. Point sur le déploiement d'ORBIS**

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** propose que la confidentialité et l'entrepôt de données de santé soient évoqués lors d'une prochaine CME.

Pour l'heure, il indique qu'ORBIS<sup>®</sup> représente :

- 22 modules, 27 dossiers spécialités, 59 utilisateurs déclarés, 12 500 utilisateurs connectés le 7 janvier 2019, ce qui en fait le plus important dossier informatisé d'Europe ;
- un taux de déploiement d'environ 42 % en nombre de modules par service et d'environ 58 % en dossiers de spécialités par service ;
- un déploiement contrasté selon les hôpitaux ;
- plus de 8,3 millions de patients répertoriés fin 2018.

Le dernier questionnaire soumis fin 2018 fait état d'un taux de satisfaction de 68 %, soit + 23 points en deux ans, avec des progrès du point de vue en particulier de la fiabilité. Ce taux progresse certes mais il n'est pas encore suffisant, d'autant qu'il est moindre pour le personnel médical. À mesure des enquêtes, des progrès sont constatés dans les réponses relatives à l'aide apportée par ORBIS<sup>®</sup> dans l'exercice de l'activité, à son impact sur l'évolution de l'organisation au sein de l'équipe, et aux taux de recommandation auprès de collègues.

Le rythme des déploiements accélérera en 2019, avec 326 services modules prévus. Tous les modules devraient être déployés fin 2021. Eu égard à l'ampleur de la bascule nécessaire à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP), le déploiement y sera réalisé en dernier.

Des freins ont été notés, liés à l'importance des modules à déployer ou à un manque de couverture fonctionnelle et d'ergonomie. De ce dernier point de vue, un arbitrage est en cours en maternité ; différentes solutions seront proposées à la collégiale. En anesthésie, les développements étant insatisfaisants, des réflexions sont en cours avec la collégiale. Par ailleurs, des évolutions ont été demandées à *Agfa* concernant en particulier les pancartes des dossiers de soins. La version prévue pour juillet 2019 est en cours de test, incluant des tablettes plus modernes et fluides. Les équipes de soins sont bien évidemment impliquées. Les évolutions prévues pour 2020 font déjà l'objet de premiers ateliers de présentation avec *Agfa*.

Le projet « Adoption ORBIS » vise à garantir la prise en mains et la formation régulière des utilisateurs. Il s'avère en effet difficile d'assurer la formation en présentiel des presque 60 000 utilisateurs recensés lors de chaque nouvelle version. Une technologie innovante est ainsi étudiée en particulier pour que les utilisateurs puissent trouver réponse à leurs questions, pour que leurs actions soient analysées et que les erreurs reproduites induisent l'envoi de logiciels de remédiation. Des contenus seront diffusés. L'interactivité sera développée pour améliorer la prise en main et les usages de l'outil. La plate-forme *Adoption* est centrée sur l'expérience des utilisateurs et fondée sur la co-création et l'innovation.

**Le président** s'enquiert de la date à laquelle le site de la CME sera réparé.

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** répond que la refonte est prévue pour 2019.

**Le président** espère des progrès rapides.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** déclare que certains patients ont plusieurs numéros d'identification dans divers hôpitaux de l'AP-HP, ce qui oblige à introduire l'ensemble des numéros pour obtenir tout l'historique. Il s'enquiert de la manière dont ces doublons seront corrigés. Il souligne que le *listing* des médecins généralistes n'est pas à jour et ne permet pas l'envoi des comptes rendus. Enfin, il juge la fonction rangement catastrophique, une règle d'archivage devrait être uniformisée.

**Le P<sup>r</sup> Rémi SALOMON** indique que le programme *Adoption* paraît intéressant. Il se demande toutefois s'il sera suffisant. Déployé à l'hôpital Necker depuis cinq ans, ORBIS<sup>®</sup> est parfaitement utilisé par les jeunes collègues. En consultation, en revanche, les collègues plus âgés continuent d'ouvrir des dossiers papier. Un accompagnement lui paraît ainsi nécessaire pour progresser. Il rappelle qu'il a été dit lors de la précédente CME que la transformation numérique était un des leviers d'équilibrage du budget.

**M<sup>me</sup> Sophie GUILLAUME** souhaite que la collégiale des sages-femmes soit sollicitée de manière concomitante à celle des obstétriciens, dans le cadre du dossier maternité. En effet, 30 000 des 40 000 naissances à l'AP-HP sont réalisées par les sages-femmes qui sont des utilisateurs au quotidien d'ORBIS<sup>®</sup>.

Évoquant les activités transversales, **le D<sup>r</sup> Isabelle NÈGRE** constate que les services sont reconnus par leur numéro d'unité et non par leur nom, ce qui en rend la connexion difficile. Une table des matières serait ainsi utile. Par ailleurs, elle s'enquiert du coût total d'ORBIS<sup>®</sup>.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** explique le maintien de l'utilisation du dossier papier par le fait que l'observation est importante pour le suivi longitudinal des patients, en particulier ceux souffrant de maladies chroniques. ORBIS<sup>®</sup> constitue un progrès majeur pour les patients hospitalisés, mais une perte de temps pour avoir une vue panoramique de toutes les consultations antérieures.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** s'enquiert de la compatibilité entre *vocal soft* et ORBIS<sup>®</sup>. Les erreurs de transcription sont en effet nombreuses lors des dictées via *vocal soft* dans ORBIS<sup>®</sup>. Par ailleurs, il demande si les données issues d'ORBIS<sup>®</sup> seront automatiquement transférées à la base *Trajectoire* imposée par l'Assurance maladie.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** aimerait connaître quels sont les utilisateurs qui ont répondu au sondage. Dans son entourage, les internes sont généralement satisfaits de l'outil, contrairement aux plus âgés. Elle souligne que dans un contexte d'informatisation, une réflexion devrait être engagée pour définir l'observation médicale, le compte rendu médical, la lettre de sortie, etc. La communauté médicale a, par ailleurs, acté le fait que les internes devaient rédiger les comptes rendus. Ils y consacrent un temps médical notable et ne le contestent pas.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** pointe un problème d'accessibilité aux postes informatique avec des services pourvus de nombreux étudiants notamment. Dans ces conditions, il est impossible de supprimer le papier pour l'instant pour la rédaction des observations médicales. Concernant l'abandon des dossiers papier en consultation, cela a été fait dans de nombreux services de maladies infectieuses mais avec nécessité de moyens humains pour transférer 25 années de suivi du papier à l'informatique, ce qui fait qu'il sera difficile pour tous les malades et toutes les spécialités de remplacer totalement le papier.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** rapporte que les médecins des plateaux d'imagerie ont beaucoup insisté concernant les demandes d'examen connecté. La programmation des examens est relativement fastidieuse *via* ORBIS<sup>®</sup> mais le progrès est notable. Des difficultés apparaissent toutefois pour les collègues cliniciens en consultation en hôpital de jour. Nombre d'entre eux renoncent à faire des demandes connectées pour les patients du fait du temps nécessaire. Enfin, des problèmes d'accès apparaissent. Il suggère ainsi d'étudier la possibilité pour l'infirmière coordonnatrice d'intervenir pour permettre une coordination entre demandes d'examens. Il est en effet particulièrement complexe pour un praticien de demander plusieurs examens le même jour en tenant compte des incompatibilités d'examen.

**Le P<sup>r</sup> Laurent MANDELBROT** suggère de réfléchir aux demandes de dossiers *a posteriori*. Des demandes de dossiers à visée médico-légale impliquent en effet des dossiers informatisés et papiers et d'anciens logiciels dont la pérennité n'est pas garantie.

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** déclare que le taux de doublons est en moyenne de 2,3 %. Il assure qu'une grande attention est apportée à ce sujet. Par ailleurs, ce sont les adresses déclarées à l'Ordre par les médecins qui sont reprises. Elles peuvent certes être corrigées. L'utilisation de la messagerie sécurisée, plus simple, est favorisée. Par ailleurs, le rangement est effectivement problématique, de même que les libellés. Un groupe de travail a été constitué à ce sujet dont les réflexions devraient aboutir prochainement. Des rangements par épisode de soins seront étudiés. Enfin, le coût du déploiement représente 10 M€ (pour une équipe de 120 à 130 personnes) et le coût de maintenance récurrente de 5,5 M€. Enfin, il assure qu'un travail a été entamé avec les sages-femmes de Bicêtre et de Créteil. Toutes les collégiales seront bien évidemment impliquées.

**Le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH** ajoute que le programme *Adoption ORBIS<sup>®</sup>* développé pour l'intelligence artificielle par *International business machines corporation* (IBM) est exceptionnel. Il permettra de bénéficier d'un outil étonnamment convivial et moderne. Cette surcouche palliera la lourdeur d'ORBIS<sup>®</sup> et les difficultés de recherche.

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** indique que le chantier pour créer un lien avec *Trajectoire* pourra être ouvert. S'agissant de *vocal soft*, il est utilisé indépendamment d'ORBIS<sup>®</sup>. Le taux de reconnaissance vocale est de 92 % (et 98 % avec apprentissage). Des erreurs de grammaire peuvent persister, qu'un travail avec l'éditeur vise à régler. Concernant les hôpitaux de jour, une infirmière n'a pas de droit de prescription. Le sujet de l'élargissement de ce droit doit être débattu par ailleurs.

**Le directeur général** rappelle qu'en 2014, l'on s'interrogeait sur l'opportunité d'abandonner ORBIS<sup>®</sup>. Des progrès restent certes nécessaires, mais le directeur général juge le chemin parcouru remarquable eu égard aux écueils surmontés.

## **V. « Contrat socle » du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'agence régionale de santé et l'AP-HP**

**M<sup>me</sup> Isabelle BILGER** indique que le CPOM liant l'ARS et l'AP-HP arrive à échéance. Le CPOM comprend un socle et une partie stratégique constituée d'indicateurs. Des discussions sont en cours pour valider le socle. Ce dernier récapitule les autorisations d'activité de l'AP-HP, décrit les reconnaissances contractuelles et recense les financements versés au titre de 2017.

Le socle est récapitulatif tout en étant stratégique puisqu'il fonde réglementairement les activités de l'institution. De surcroît, il doit être en cohérence avec le projet régional de santé de l'ARS qui définit les perspectives de développement des activités dans la région.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** s'étonne que la CME soit invitée à se prononcer sur un document sans que les indicateurs d'évaluation soient discutés. Par ailleurs, elle estime que les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) 2017 devraient passer en sous-commission *Activité, ressources*. Enfin, elle juge certaines données très discutables. Un financement de 84 000 € est par exemple dédié à l'obésité pour une année, ce qui représente sept lits bariatriques et trois pèse-personnes. Ce montant est totalement insuffisant pour répondre aux missions fixées.

**M<sup>me</sup> Isabelle BILGER** précise que la CME est consultée sur le socle. À partir de mars 2019, une trentaine à une cinquantaine d'indicateurs stratégiques seront contractualisées avec l'ARS. Par ailleurs, elle s'engage à présenter un point sur les MIGAC en sous-commission *Activité, ressources*. Elle explique enfin que l'obésité fait l'objet de deux lignes de financement. Des négociations peuvent être engagées avec l'ARS à ce sujet.

**Le président** note qu'aucun vote formel n'est demandé.

## **VI. Avis sur la proposition du directeur général de révision des effectifs 2019 de praticiens hospitaliers**

**Le président** rappelle qu'un tableau relatif à la révision des effectifs 2019 de PH avait déjà été discuté en séance.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** confirme que tous les postes qui avaient été validés sont enregistrés.

**Le président** relève que le directeur général a approuvé la révision présentée.

*La proposition du directeur général pour la révision des effectifs 2019 de praticiens hospitaliers recueille un avis unanimement favorable de la CME.*

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** s'enquiert de la date de publication des postes.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** pense qu'ils seront publiés en mars.

## **VII. Questions diverses**

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** souhaiterait que les règles de bonnes pratiques soient rappelées en matière de publications. L'utilisation des données issues de dossiers médicaux étant facilitée notamment par ORBIS<sup>®</sup>, il convient de rappeler que tout utilisateur de données de patient en vue d'une publication doit informer et associer le praticien qui a suivi ce dernier. Cette pratique de bon sens doit être rappelée. Il convient de surcroît de valoriser les praticiens de terrain.

**Le président** confirme l'importance d'une telle information et association. Il cite d'ailleurs un travail de recueil et d'élaboration de données auquel il a contribué autrefois et pour lequel il n'a pas été cité alors que plusieurs publications en avaient été faites dans *The New England Journal of Medicine*.

**Le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH** annonce avoir prévu d'évoquer le sujet des interrogations *via* l'entrepôt de données à une prochaine CME.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** réaffirme qu'il est essentiel de rappeler la règle en matière de publications.

**Le président** souscrit à cette intervention. La moindre des corrections est d'associer ceux qui ont assuré le suivi des patients concernés.

*La séance est levée à 19 heures 25.*