COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE

DU MARDI 3 AVRIL 2018

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 15 MAI 2018

SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME 6

II. Projet régional de santé 8

III. Point d'actualité sur la prise de rendez-vous en ligne 12

IV. Démarche éthique à l'AP-HP 13

V. Enquête sur les attentes des jeunes médecins 14

VI. Bilan annuel de la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins 18

VII. Conclusions du groupe de travail sur la néonatologie 19

VIII. Questions diverses 21

IX. Approbation du compte rendu de la CME du 6 mars 2018 22

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (Pr Noël GARABÉDIAN)
2. Projet régional de santé (M. Yannick LE GUEN et Pr Michel FOURNIER, agence régionale de santé) – exposé de 10 minutes
3. Point d'actualité sur la prise de rendez-vous en ligne (Mme Pascaline VILLIÉ) – exposé de 5 minutes
4. Démarche éthique à l'AP-HP (Dr Sophie CROZIER) – exposé de 5 minutes
5. Enquête sur les attentes des jeunes médecins (Dr Laurent GILARDIN) – exposé de 5 minutes
6. Bilan annuel de la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (Dr Michel DRU) – exposé de 10 minutes
7. Conclusions du groupe de travail sur la néonatologie (Pr Pierre-Henri JARREAU) – exposé de 5 minutes
8. Questions diverses
9. Approbation du compte rendu de la CME du 6 mars 2018

SÉANCES RESTREINTES

Composition B

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH des disciplines médicales offerts à la mutation (révision des effectifs 2018)

Composition A

- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH des disciplines médicales et pharmaceutiques offerts à la mutation (révision des effectifs 2018)
- Avis sur la mobilité hospitalière d'un PU-PH
- Avis sur une proposition d'engagement de procédure disciplinaire à l'encontre d'un PU-PH

- **Présents à la séance**

- ***avec voix délibérative :***

- Mme le Pr Nelly ACHOUR
- M. le Pr René ADAM
- M. Alexandre ALLERA
- M. le Pr Joël ANKRI
- M. le Pr Philippe ARNAUD
- M. le Pr Jean-Yves ARTIGOU
- M. le Pr Thierry BÉGUÉ
- M. le Pr Sadek BELOUCIF
- M. Guy BENOÎT
- M. le Pr Olivier BENVENISTE
- Mme le Dr Catherine BERNARD
- Mme le Pr Catherine BOILEAU
- Mme le Dr Clara BOUCHÉ
- Mme le Dr Anne-Reine BUISINE
- M. le Pr Jean-Claude CAREL
- M. le Pr Pierre CARLI
- M. le Pr Philippe CORNU
- M. le Pr Bruno CRESTANI
- Mme le Dr Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le Dr Patrick DASSIER
- Mme le Dr Nathalie DE CASTRO
- M. le Dr Michel DRU
- M. le Pr Jean-Luc DUMAS
- M. le Dr Alain FAYE
- Mme le Pr Marysette FOLLIGUET
- M. le Pr Noël GARABÉDIAN
- Mme le Dr Anne GERVAIS
- M. le Dr Laurent GILARDIN
- M. le Pr François GOFFINET
- M. le Pr Bernard GRANGER
- M. le Pr Bertrand GUIDET
- Mme Sophie GUILLAUME
- M. le Dr Olivier HENRY
- Mme le Pr Dominique ISRAËL-BIET
- M. le Dr Vincent JARLIER
- M. le Pr Paul LEGMANN
- M. le Pr Michel LEJOYEUX
- Mme le Pr Ariane MALLAT
- M. le Pr Laurent MANDELBROT
- M. Moïse MICHEL
- Mme le Dr Lucile MUSSET
- Mme le Dr Isabelle NÈGRE
- M. le Pr Rémy NIZARD
- M. le Pr Michel PEUCHMAUR
- M. le Pr Dominique PRIÉ
- Mme Caroline RAQUIN
- M. le Dr Frédéric RILLIARD
- Mme Isabelle RIOM
- M. le Pr Rémi SALOMON
- M. le Pr Jean-Marc TRÉLUYER
- M. le Dr Christophe TRIVALLE
- M. le Dr Noël ZAHR
- M. le Pr Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***

  - M. Martin HIRSCH, directeur général
  - M. le Pr Bruno RIOU, président de la conférence des doyens d'Île-de-France
  - M. le Pr Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
  - M. le Pr Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène

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

  - M. le Pr Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
  - Mme Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
  - Mme Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

  - M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
  - Mme Sophie BENTÉGEAT, directrice des patients, usagers et associations (DPUA)
  - M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
  - M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines (DRH)
  - Mme Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
  - Mme Florence VÉBER, directrice des relations internationales (DRI)
  - Mme Suzanne VON COESTER, directrice des affaires juridiques (DAJ)
  - Mme Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
  - Mmes Hélène OPPETIT, Gwenn PICHON-NAUDÉ et Mme MARIE GUERRIER (DOMU)

- ***Représentant de l'ARSIF :***

  - M. le Dr Pierre FOUCAUD

- ***Membres excusés :***

Mmes et MM. les D^{rs} et P^{rs} Yves AIGRAIN, Lynda BENSÉFA-COLAS, Francis BONNET, Marie BORNES, Françoise BOTTEREL-CHARTIER, Christophe CELLIER, Stanislas CHAUSSADE, Gérard CHÉRON, Yves COHEN, Rémy COUDERC, Nicolas DANTCHEV, Jacques DURANTEAU, Jean-Eudes FONTAN, Pascale GAUSSEM, Philippe GRENIER, Christian GUY-COICHARD, Olivier HÉLÉNON, Louis MAMAN, Véronique MOLINA, Jean-Marc NACCACHE, Antoine PELHUCHE, Patrick PELLOUX, Valérie PÉRUT, Élisabeth PORSMOGUER, Claire POYART, Christian RICHARD, Thomas SCHOUMAN, Taright NAMIK, Éric THERVET, Nicolas THIOUNN, Phanarom THONG, Denis TIXIER, Françoise ZANTMAN.

  - MM. Arthur DAUPHIN, Jean-Vincent LAQUA, M. Yann FLÉCHER.

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

I. Informations du président de la CME

Hommage au Dr Nicolas DURET-ROBERT

La CME a rendu hommage au Dr Nicolas DURET-ROBERT, gériatre dans les hôpitaux Vaugirard, Bicêtre puis Rothschild, décédé le 26 février à l'âge de 57 ans.

La CME a observé un instant de recueillement en sa mémoire.

Situation budgétaire de l'AP-HP

Le président fait état des inquiétudes que suscitent la situation budgétaire de l'AP-HP et ses conséquences. Le comité des directeurs et présidents de CME locale des groupes hospitaliers (GH) du 4 avril fera un tour d'horizon pour faire le point sur la situation et les mesures à adopter. Un dialogue est nécessaire pour que ces problèmes budgétaires affectent le moins possible le travail du personnel soignant auprès des patients. Nous devons certes procéder à des réorganisations mais nous avons aussi besoin de l'écoute et du soutien des tutelles. L'étau budgétaire doit être desserré et la pression relâchée car le malaise est grand dans les services. C'est le discours que le président a tenu auprès de Mme Cécile COURRÈGES, directrice générale de l'organisation des soins (DGOS) qu'avec des présidents de CME de CHU il a rencontrée le 12 mars. La même position a été défendue auprès de M. Raymond LE MOIGN, directeur de cabinet de la ministre de la Santé.

Conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine

Le directeur général, le président de la CME et le président de conférence des doyens, le Pr Bruno RIOU, ont co-signé une lettre de mission à la direction de l'inspection et de l'audit (DIA) la chargeant de faire un état des lieux des modalités d'accueil des internes dans les GH, d'évaluer les dispositifs mis en place pour améliorer la qualité de vie au travail, respecter la réglementation sur le temps de travail et prévenir les risques psycho-sociaux, et apprécier les évolutions à envisager en rapport avec la réforme du 3e cycle des études médicales. Cette mission sera menée en liaison avec un comité de pilotage associant le Pr Jean-Yves ARTIGOU, président du comité des internes, le Pr Didier SAMUEL, doyen, un représentant des internes de médecine à la CME et la DOMU.

Unités de soins de longue durée (USLD)

En accord avec le directoire, le directeur général a confié une mission à Mme Cécile BALANGER, récemment recrutée comme chargée de mission auprès de la direction générale, pour réfléchir sur la place et le dimensionnement des USLD à l'AP-HP compte tenu des engagements financiers et calendaires que l'AP-HP a pris en novembre 2013 dans l'avenant USLD au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec l'agence régionale de santé (ARS). La mission doit s'appuyer sur le groupe de liaison composé des gériatres de la CME et de représentants de la collégiale de gériatrie.

Sécurité des systèmes d'information

M. Arnaud POUPARD, conseiller sécurité du directeur général, travaille actuellement sur l'introduction de normes dans les cahiers des charges afin d'assurer la sécurité des systèmes d'information embarqués dans les appareils biomédicaux en réseau. Les P^rs^ Michel ZÉRAH et Claire

POYART représenteront la CME sur ce sujet très important puisqu'il vise à éviter la prise de contrôle des appareils par des personnes malveillantes.

Conseil de tutelle du 30 mars 2018

L'ordre du jour comportait notamment un point relatif à la situation budgétaire et un point sur les maladies rares.

Le président exprime sa forte préoccupation et son incompréhension concernant les le financement des centres de maladies rares. Les budgets alloués affectent sérieusement le travail des centres de maladies rares de l'AP-HP qui représentent 49 % des centres en France. La DGOS nous demande de n'utiliser les crédits alloués que pour la coordination des centres alors que nous en avons également besoin pour assurer la prise en charge de nos patients pour lesquels nous avons souvent un rôle d'ultra-recours. Les tutelles doivent se rappeler que l'AP-HP a un rôle de recours au niveau régional, mais aussi au national.

Assistants spécialistes partagés (ASP)

Le jury de sélection des assistants spécialistes partagés se réunira le 10 avril. Seulement 86 dossiers ont été déposés alors que l'ARS n'avait pas mis de limitation. **Le président** encourage le dépôt de dossiers pour 2019 et souligne le rôle important des assistants spécialistes partagés dans la coopération avec les centres hospitaliers d'Île-de-France et les centres de santé.

Consultanat

La réunion des rangs A de la CME pour examiner les demandes de consultanat 2018-2019 aura lieu le 10 avril. Les avis de la CME seront transmis au directeur général avant envoi à l'ARS.

Assises hospitalo-universitaires

Le président souhaite que la CME mène sa propre réflexion sur le CHU de demain et apporte ainsi sa contribution aux travaux que mènent les conférences des directeurs généraux, présidents de CME de CHU, doyens des facultés de santé et présidents d'université et qui aboutiront aux assises hospitalo-universitaires de Poitiers en décembre prochain.

Informations du directeur général

Le directeur général mesure la difficulté de la situation actuelle pour l'AP-HP et chacun de ses agents. Il convient qu'il est difficile de gérer des économies lorsqu'elles concernent le gel d'une partie de la masse salariale et qu'elles conduisent à remettre en cause un certain nombre de fonctionnements. La direction générale a conscience de ces difficultés et cherche donc à y apporter des solutions, au-delà des mesures prises pour 2018 qui permettront d'éviter un déficit équivalent à celui connu en 2017. Des actions ont été entreprises afin d'apporter des réponses aux difficultés plus chroniques rencontrées.

Actuellement, si les conditions sont réunies pour modifier le périmètre et la localisation du siège, c'est parce que des réorganisations ont été engagées en amont sur le moyen et long terme (campus hospitalo-universitaire Grand Paris-Nord, nouveau Raymond-Poincaré).

Les projets hospitalo-universitaires sur des périmètres tels que ceux de Paris V ou Paris VI sont fondés sur l'idée que la consultation des communautés médicales sur un projet médical est

préférable à une démarche administrative. Les efforts déployés pour sauvegarder les investissements et solliciter le soutien de la puissance publique sur des projets d'investissement à l'est et à l'ouest visent à améliorer la qualité de prise en charge. Les médecins qui exerceront dans les établissements ayant bénéficié de ces investissements travailleront ainsi dans les meilleures conditions.

Les plans de dé-précarisation ont également pour but de donner des perspectives d'avenir au personnel de l'AP-HP. Ces projets permettent de démentir une vision caricaturale et injuste selon laquelle les directeurs seraient uniquement motivés par les chiffres et les plans d'économie. Ces procès d'intention ne reflètent pas la réalité et ne permettent pas d'avancer sur les véritables problèmes. Les directeurs et les médecins qui choisissent de travailler pour l'AP-HP ne sont pas intéressés par le profit mais partagent l'idée que le bien commun et les contraintes supplémentaires rencontrées sont des facteurs de motivation pour améliorer la situation. Lors des travaux menés sur les réorganisations, la direction générale est animée par le souci d'un équilibre entre la qualité des soins et du travail à l'hôpital et la performance économique, mais jamais au détriment des premiers.

En outre, ces projets ne doivent pas être menés de manière irréaliste et se traduire par un impact économique qui ne pourrait être assumé. Ce chemin n'est pas toujours aisé et nécessite des compromis. La démarche menée est la résultante de projets médicaux et d'échanges avec les représentants de la communauté médicale. La réunion du 4 avril évoquée par le président répond à une préoccupation des présidents de CMEL qui préconisent l'identification de mesures structurelles et organisationnelles dans les services plutôt qu'un gel uniforme.

Par ailleurs, la production de données chiffrées permet d'objectiver les discussions afin de tenir compte des spécificités humaines, organisationnelles et médicales. À trop caricaturer, les prises de position à l'emporte-pièce d'une inutile agressivité, risquerait, par conséquent, de générer des crispations et de favoriser le retour à des postures dont l'AP-HP tente de se défaire pour trouver des solutions communes.

Le directeur général souligne qu'il n'a jamais refusé le débat ou le changement de position s'il est justifié, ainsi que l'identification de solutions par d'autres acteurs que ceux exerçant des fonctions de direction, à partir du moment où elles sont partagées. Il n'abandonnera jamais cette manière de travailler, à savoir, écouter, ne pas répondre à la provocation, ne pas oublier le cap à tenir et revendiquer des valeurs communes, quelles que soient les difficultés qui peuvent entraver le chemin.

II. Projet régional de santé (PRS)

M. Yannick Le Guen indique que le PRS regroupe des objectifs partagés par l'agence régionale de santé d'Ile-de-France (Arsif) et ses partenaires pour une période de cinq ans. Ce nouveau PRS dit « PRS 2 » repose sur une approche globale du système de santé. Le cadre d'orientation stratégique contient les grandes priorités pour dix ans. Le schéma régional de santé détaille les projets et actions. Enfin, un programme national d'accès à la prévention et aux soins concerne les populations en situation de précarité.

Le niveau régional n'est pas le lieu des actions. Il convient donc de tenir compte du niveau territorial (bassins de santé). La région francilienne se distingue ainsi par les meilleurs indicateurs globaux de santé publique (espérance de vie, mortalité…) mais présente les inégalités les plus fortes. La prévention est également un axe prioritaire pour cette région. Compte tenu de la

diversité des territoires dans cette région, une approche plus ascendante et adaptée aux spécificités locales doit être menée.

Huit thématiques prioritaires (4 populationnelles et 4 par pathologie) donnent sens à ce PRS. La transformation du système de santé s'articule autour de cinq axes.

1. Améliorer les parcours sur les territoires : renforcement de la structuration amont-aval, réduction de la complexité administrative, amélioration de la prévention, notamment au profit des patients chroniques, pour diminuer la pression sur l'hôpital (prises en charge non programmées) et optimisation de l'échange et du partage d'information entre établissements de santé, médico-social, ville.

2. Apporter une réponse aux besoins plus pertinente et efficiente : avoir une analyse territoriale partagée, par filière, avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT) des missions de référence et de recours ; s'appuyer sur une organisation territoriale pour rendre plus pertinent le recours aux services d'urgences ; optimiser la gestion des ressources humaines, rendre plus transparentes les priorités en termes d'allocations de ressources.

3. Mieux diffuser les produits de l'innovation et de la recherche : assurer un meilleur accès des patients aux protocoles de recherche clinique en tout point du territoire ; enrichir les pratiques des professionnels.

4. Renforcer le pouvoir d'agir des usagers, citoyens et habitants : développer le service public d'information en santé (sante.fr).

5. Intégrer la santé dans toutes les politiques (santé-environnement, santé au travail…)

Le président constate que le PRS est ambitieux. Il constate aussi que l'on demande beaucoup de choses à l'AP-HP, mais a préoccupation immédiate de la communauté médicale est de prendre en charge ses patients. Or l'étau budgétaire devient de plus en plus insupportable et décourage les jeunes médecins. Il faut le desserrer et tenir enfin compte des nombreux paramètres sur lesquels l'AP-HP n'a pas la main ou qui ne sont pas financés à leur juste niveau (précarité, créances irrécouvrables, baisse des tarifs…) Il souhaite que l'ARSIF relaie les messages de la communauté médicale de l'AP-HP auprès du ministère et qu'elle accompagne et aide l'AP-HP pour mener à bien les réorganisations médicales auxquelles elle est prête. L'institution ne peut pas y parvenir sans soutien. Il est urgent de relayer l'ensemble de ces messages au niveau ministériel.

M. Yannick Le GUEN déclare que l'agence régionale de santé soutient souvent l'AP-HP notamment pour défendre les projets d'investissements ou d'autres actions. Cependant, les moyens d'action de l'agence sont limités. Néanmoins, l'ARSIF sera toujours aux côtés de l'AP-HP pour que le service rendu aux patients soit le meilleur possible.

Le Dr Olivier HENRY observe qu'une grande partie des services de l'AP-HP fonctionnent grâce aux praticiens attachés. Il précise que ces praticiens titulaires d'un diplôme étranger sont recrutés, après avoir satisfait à la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) et à l'échelon 1. Or dans certains hôpitaux publics de la région, hors AP-HP, ces praticiens ont négocié leur niveau de rémunération qui se situe à l'échelon 6. Il souhaite savoir pourquoi l'ARSIF tolère de telles inégalités dans le secteur hospitalier public car elles pénalisent lourdement notre institution. En outre, il s'interroge sur les motifs du maintien d'un contrôleur financier d'une extrême rigidité. Il

souligne que l'AP-HP a survécu à ce système aux effets dévastateurs car un certain nombre de ces praticiens rejoignent l'institution pour valider leur PAE.

M. Yannick Le Guen souligne que la procédure particulière du contrôleur financier est spécifique à l'AP-HP. L'Arsif n'est pas en charge de cette règlementation. Le domaine d'activité de l'AP-HP est sous tension. L'Arsif a donc pris l'initiative de faire un focus sur les ressources humaines du système de santé car la situation évoquée est assez peu partagée au niveau de la direction générale de l'Arsif.

Le Pr Bruno Riou constate que le diagnostic concernant l'activité aux urgences est erroné et inquiétant. Selon l'Arsif, l'amélioration des relations avec la médecine de ville permettrait de résoudre la crise à laquelle sont confrontées les urgences. Cependant, selon lui, le problème ne se situe pas là, car les multiples patients en attente dans des brancards n'ont pas besoin d'une consultation de médecin généraliste mais d'une hospitalisation. Il exprime sa lassitude au sujet de ce diagnostic relayé à tous les niveaux de l'État y compris à la direction générale de l'organisation des soins (DGOS). Il fait observer que lorsque l'Arsif sera confrontée à un véritable risque notamment la fermeture ou l'impossibilité de faire fonctionner des centres importants, elle n'aura pas anticipé la situation.

M. Yannick Le Guen explique que tous les acteurs ont eu une part de responsabilité dans les réponses imparfaites apportées. Cependant, une bonne partie des patients des urgences ne devrait pas être présent dans ce service. Il est donc important, dans un premier temps, de réduire leur nombre en assurant leur prise en charge par la médecine de ville.

Le Pr Bruno Riou déclare que le flux des malades ne gêne pas les urgentistes, qu'il s'agit d'un problème secondaire. En revanche, ces derniers sont davantage préoccupés par les patients nécessitant des soins lourds qui attendent d'être hospitalisés. D'autre part, il est démontré que ces patients sur des brancards aux urgences sont victimes d'une surmorbidité et d'une surmortalité.

Le Pr Pierre Carli précise que le conseil national de l'urgence est mobilisé sur ce sujet. Il fait observer que les patients qui attendent plusieurs heures sans motif d'hospitalisation sont victimes de l'encombrement de l'hôpital et donc de l'aval des urgences. Une réflexion globale et sectorielle sur l'organisation s'impose donc.

Le président indique qu'il attend beaucoup de la gradation des soins car il est impératif de s'organiser au sein du territoire.

Le Pr Rémi Salomon s'enquiert des actions que l'Arsif peut mener pour résoudre la problématique mise en exergue par les Prs Bruno Riou et Pierre Carli. De nouvelles organisations pourraient permettre de désengorger les urgences afin de mieux soigner les patients nécessitant des soins plus lourds. Par ailleurs, l'avenir permettra d'améliorer les relations entre la ville et l'hôpital grâce aux systèmes d'information. Il souhaiterait connaître le rôle de l'ARS dans la structuration du système d'information en Île-de-France.

M. Yannick Le Guen rappelle que l'Arsif a fortement investi dans le projet terris@nté. Cette plateforme sera étendue à l'ensemble des acteurs de soins. L'Arsif a donc une politique très structurante et ambitieuse en la matière. Un travail est en cours avec une partie des équipes de l'AP-HP pour alimenter cette plateforme d'échange et de partage d'informations qui contribuera à une meilleure structuration de l'amont et de l'aval. D'autres voies sont explorées notamment une

plus grande autonomie des acteurs territoriaux pour organiser des projets (périnatalité, personnes âgées…) et le test de nouvelles modalités organisationnelles (centres de soins non programmés). La complexité administrative sera également réduite avec la mise en place d'un guichet unique pour les patients complexes.

Le directeur général demande si le PRS part du principe que la gradation des soins doit être améliorée en Ile-de-France et selon quels principes.

M. Yannick Le Guen indique que l'Arsif part du principe qu'il existe des inégalités territoriales prononcées. Il est donc nécessaire d'améliorer la gradation des soins. Elle considère qu'elle n'est pas parvenue à un point d'équilibre dans les projets médicaux des GHT. Il est donc indispensable d'aller au-delà des GHT pour organiser une réelle gradation des soins. Un travail sera mené dans chaque filière afin de travailler sur cet enjeu qui sera le plus important dans les cinq ans à venir.

Le Pr Nelly Achour-Frydman rappelle que la révision de la loi de bioéthique est en cours. Les conditions d'accès à la procréation médicalement assistée (PMA) seront probablement modifiées, ce qui entraînera une hausse des demandes. Elle rappelle que les centres d'aides à la procréation sont limités en nombre. Elle demande si une augmentation des autorisations est envisagée dans le cadre du PRS pour que de nouveaux centres se mettent en place.

M. Yannick le Guen affirme que le PRS évoluera en fonction des objectifs fixés par le gouvernement. Il précise qu'il s'inquiète davantage des indicateurs de mortalité périnatale qui continuent de croître notamment dans les départements 91 et 95.

Le Pr Michel Fournier indique les sujets comme celui de la PMA ont vocation à être débattus en comité de pilotage. S'agissant de la gradation des soins, il souligne que la transformation la plus fructueuse consiste à développer des filières de prise en charge au sein de chaque GHT tout en s'appuyant sur les filières existantes, en particulier celles tissées par les centres spécialisés de l'AP-HP.

Le Dr Christophe Trivalle fait observer que les moyens dans les unités de gériatrie aiguë (Uga) ont été renforcés. En revanche, les soins de longue durée (SLD) et les soins de suite et de rééducation (SSR) sont abandonnés. En septembre, seuls 15 internes du diplôme d'études spécialisées (DES) de gériatrie seront répartis dans les SSR gériatriques alors qu'ils en comptaient 60 auparavant. L'activité diminuera donc dans les services où les besoins sont les plus importants, ce qui est totalement aberrant. En outre, les internes de médecine générale sont retirés des SSR et n'ont pas une formation adéquate en gériatrie. Ils ne peuvent donc prendre en charge correctement les patients gériatriques de ville qui du coup se retrouvent aux urgences.

Le Pr Paul Legmann s'interroge sur la stratégie actuelle et future de l'Arsif pour la diffusion des équipements médicaux lourds à visée interventionnelle.

M. Yannick Le Guen précise que le PRS comportera un focus sur les investissements.

Le Dr Nathalie de Castro demande si l'Arsif demandera à l'AP-HP de fermer certains services.

M. Yannick Le Guen répond que l'optimisation de la gradation des soins reposera sur une approche par territoire et par filière. Il ne peut donc anticiper ce qui sera décidé.

III. Point d'actualité sur la prise de rendez-vous en ligne

Mme Pascaline VILLIÉ indique que ce projet répond à trois grands enjeux :

- l'accessibilité des consultations ;
- le développement de l'attractivité de l'AP-HP ;
- une gestion des rendez-vous facilitée et une diminution du taux de rendez-vous non-honorés.

Le déploiement, lancé il y a un an dans un premier site, progresse à un rythme très satisfaisant car le 100 000e rendez-vous pris en ligne sera atteint au cours de la semaine. Ce service couvre actuellement 11 GH et 24 hôpitaux. Le déploiement devrait s'achever à la fin 2018.

Une enquête en ligne a été lancée en janvier. Elle a montré une grande satisfaction des patients concernant ce service. 85 % des patients se disent prêts à recommander le service. Par ailleurs, un tiers des patients déclarent qu'ils auraient pris rendez-vous dans un hôpital hors AP-HP s'ils n'avaient pas eu la possibilité de prendre un rendez-vous sur Internet. Au regard des objectifs du projet, le service en ligne apporte donc une réponse efficace.

Une enquête a également été réalisée en début d'année auprès de l'ensemble des praticiens dont l'agenda est disponible en ligne. Le taux de retour sur l'enquête *mail* a été est faible (une trentaine de retours) et l'enquête a donc été complétée par des rencontres avec une dizaine de services ciblés et des entretiens ont téléphoniques. Les médecins expriment une forte préoccupation concernant l'orientation des patients et les rendez-vous non-honorés. Plusieurs évolutions ont été mises en place afin d'améliorer l'orientation des patients. En particulier : un contrôle bloquant automatique a été mis en place afin de restreindre l'accès aux rendez-vous de suivi aux patients déjà connus du service. En outre, les patients n'ont pas toujours compris qu'ils avaient la possibilité d'annuler leur rendez-vous à distance. Des mesures d'ergonomie visent donc à rendre plus visible cette possibilité afin de réduire les rendez-vous non-honorés. Enfin, le projet a besoin des praticiens pour continuer de se développer. Actuellement, 11 % des rendez-vous sont pris en ligne parmi les motifs réservables. La volonté est d'atteindre 30 % de rendez-vous pris en ligne, en particulier pour les rendez-vous de suivi. Cet objectif nécessite une implication des praticiens (ouverture de l'agenda, promotion du service auprès des patients…).

Le Pr René ADAM note une étanchéité complète entre les rendez-vous de suivi pris sur site et les rendez-vous pris par le patient sur *Doctolib*. En cas de doublon, certains patients ne sont donc pas présents pour la consultation car ils oublient d'annuler le rendez-vous pris sur site. De plus des rendez-vous sont pris parfois sans identifiant permettant de contacter les patients.

Mme Pascaline VILLIÉ explique que le chargé de rendez-vous a la visibilité, via *Orbis*, sur tous les rendez-vous pris par les patients quel que soit le canal. Toutefois, il est vrai qu'à la première prise de rendez-vous sur internet de certains patients, il n'est pas toujours possible d'établir automatiquement le lien entre le rendez-vous et l'identifiant patient permanent (IPP). Dans ce cas le lien est établi lors de la venue du patient (ou en amont si le patient a pris le soin de préparer son dossier en ligne) et sera enregistré pour tous les rendez-vous ultérieurs.

Le Dr Anne GERVAIS fait remarquer qu'elle a rencontré des difficultés pour annuler un rendez-vous pris sur *Orbis* pour un autre service que le sien (imagerie). L'ajout d'une fonctionnalité permettant ce type d'annulation serait la bienvenue.

Mme Pascaline VILLIÉ précise qu'aujourd'hui, un rendez-vous pris par téléphone ou sur site doit être annulé dans le même canal par le patient. Il est toutefois prévu d'étendre la possibilité d'annulation en ligne à tous les rendez-vous pris par les patients indépendamment du canal. Cette option est actuellement à l'étude.

Le Pr Thierry BÉGUÉ fait observer que ce nouveau service est pertinent pour les rendez-vous de suivi. En revanche, ce système est totalement inadapté pour les premiers rendez-vous en chirurgie orthopédique en raison d'un problème de filtrage des patients.

Le Dr Nathalie DE CASTRO demande si les praticiens pourront gérer leurs consultations à partir de *Doctolib*.

Mme Pascaline VILLIÉ indique que les médecins ont la visibilité sur l'ensemble de leur agenda (rendez-vous pris en ligne ou par téléphone ou sur place) à travers l'application mobile *Doctolib Pro*, uniquement en lecture seule toutefois. Toute modification ou annulation d'une consultation à l'initiative du praticien doit être effectuée par le secrétariat médical, à partir d'*Orbis* rendez-vous. La prise de rendez-vous en ligne n'introduit aucun changement de pratique. Elle précise également qu'il existe plusieurs manières pour aider les patients à s'orienter : un niveau de granularité plus fin pour les motifs de rendez-vous, des informations et consignes indiquées au patient à la prise de rendez-vous, et qu'il doit confirmer avoir lu pour prendre le rendez-vous. En outre, les praticiens peuvent ouvrir uniquement une partie de leur agenda en ligne en ciblant les rendez-vous de suivi notamment. L'outil est donc modulable en fonction des besoins. Le service informatique local pourra conseiller les praticiens sur le meilleur paramétrage à mettre en place.

Le Pr Rémi SALOMON s'enquiert du nombre de primo-consultants et de consultations de suivi. Il fait observer que les primo-consultants sont difficiles à gérer avec *Doctolib*. Il propose de se fixer comme premier objectif la prise de tous les rendez-vous de suivi.

Mme Pascaline VILLIÉ précise que le ratio actuel est de 75 % des consultations de suivi et 25 % de premiers rendez-vous. La prise de rendez-vous en ligne peut ainsi contribuer à simplifier grandement la majeure partie de nos consultations. Concernant les primo-consultants, *Doctolib* est également à considérer comme un moyen de capter une nouvelle patientèle sur d'autres domaines d'activité, en fonction des priorités de chaque service.

Le président indique que ce nouveau service sera amené à se développer. Il convient toutefois d'encadrer ces évolutions.

Le directeur général souligne que peu de projets ont atteint une telle maturité dans un laps de temps aussi court. Il réaffirme que l'équipe informatique est à la disposition de chaque service afin de procéder aux ajustements nécessaires. En outre, cet outil sera utile pour ouvrir la pré-admission en ligne et améliorer les recouvrements.

IV. Démarche éthique à l'AP-HP

Le Dr Sophie CROZIER rappelle qu'une commission d'orientation de la démarche éthique a été mise en place en mai 2017 à la suite d'un audit mené en janvier 2017. Cette commission est composée des présidents des commissions éthiques des GH, d'un représentant des usagers, Mme Marie CITRINI, des soignants paramédicaux, Mme Bénédicte LOMBARD, et d'un doyen, le Pr Didier SAMUEL.

Les directions fonctionnelles y participent également ainsi que des personnes qualifiées, très investies dans l'éthique.

La commission a pour objectif de structurer la démarche éthique dans l'institution. La semaine de l'éthique qui s'est déroulée du 19 au 23 mars a donné lieu à de nombreux événements dans les différents GH. Elle a également favorisé les échanges sur différents sujets touchant à l'éthique du soin. Elle a en outre, permis de donner une visibilité à la démarche institutionnelle et de communiquer sur la formation en éthique. Plus de 150 participants ont été accueillis la première journée et 400 personnes ont participé aux animations dans les différents GH.

Un questionnaire a été élaboré pour remonter les perceptions et attentes en matière d'éthique. Les attentes exprimées concernent principalement la qualité des soins, le respect des droits des patients et les valeurs de l'hôpital.

Le Dr Sophie CROZIER souligne qu'un des grands objectifs de la démarche éthique est l'amélioration de la qualité des soins dans un contexte tendu pour les soignants.

Le président indique que la présentation met en exergue l'importance de l'éthique du soin qu'il convient de distinguer de la déontologie. Cependant, il regrette que les réanimateurs médicaux n'aient pas été associés à la démarche. Des débats ont néanmoins porté sur la fin de vie lors de la semaine de l'éthique.

Le Dr Sophie CROZIER précise qu'une journée sur la fin de vie a été organisée le 15 janvier par la direction des affaires juridiques (DAJ), le centre d'éthique clinique et la commission d'orientation d'éthique sur la question des demandes d'obstination déraisonnable par les proches de patients en réanimation.

Le Pr Rémi SALOMON se félicite, concernant l'éthique du soin, de la création d'espaces de parole entre les patients et les soignants. Il souhaiterait que des espaces de partage sur les questions éthiques soient également mis en place avec les directions dans les GH.

Le Pr Sadek BELOUCIF remercie le Dr Sophie CROZIER qui a réussi à fédérer les acteurs de l'AP-HP autour d'une démarche commune de manière démocratique et douce.

Le président remercie le Dr CROZIER, ainsi que Mmes Christine GUÉRI et Marie GUERRIER. Il ajoute que le travail mené doit se poursuivre car il est plus que nécessaire dans le contexte actuel.

V. Enquête sur les attentes des jeunes médecins

Le Dr Laurent GILARDIN indique que cette enquête a été menée à la suite de l'annonce du plan de restriction budgétaire. Elle a été réalisée entre le 19 et le 30 mars via les réseaux sociaux à partir des listes de diffusion des syndicats des chefs de clinique et des internes afin de connaître les attentes des jeunes médecins pour les cinq ans à venir. 1 107 non-titulaires dont une majorité d'internes (514) ont répondu au questionnaire.

1. Quel statut souhaitez-vous avoir dans cinq ans ?

Une grande majorité des répondants (59 %) est favorable à un service public exclusif (hospitalo-universitaire ou PH temps plein). L'exercice mixte (public-privé) est souhaité par 25 % des participants. Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) sont, en revanche, peu plébiscités. 70 % des praticiens hospitaliers contractuels (PHC) se projettent en tant que PH à

temps plein. Un certain nombre de praticiens attachés aimeraient occuper une fonction hospitalo-universitaire. Ces postes ne doivent donc pas constituer une variable d'ajustement en cas de restriction budgétaire. Les internes sont les plus nombreux à exprimer un souhait d'exercer dans le libéral ou se prononcent en faveur d'un exercice mixte.

2. Dans quelle structure souhaitez-vous exercer ?

Le secteur public exclusif retient la majorité des suffrages plus de 50 %.

3. Dans quel département souhaitez-vous exercer ?

Certains territoires sont peu attractifs. La plupart des répondants souhaitent exercer à Paris ou dans les Hauts-de-Seine. Un certain nombre de jeunes médecins souhaitent poursuivre leur exercice hors Ile-de France notamment dans leur région d'origine, le sud pour une majorité d'entre eux.

Le Dr Laurent GILARDIN souligne que les jeunes médecins souhaitent s'investir dans le secteur public y compris à l'AP-HP. En revanche, un certain nombre d'entre eux quittent leurs fonctions une fois en poste. Il est donc nécessaire de laisser espérer les jeunes qu'il est encore possible de soigner. Pour ce faire, les missions de l'hôpital public doivent se recentrer sur le soin et la recherche. La gouvernance et le mode de financement doivent également être repensés.

Le Dr Franck VERDONK insiste sur l'importance de soutenir les jeunes qui souhaitent s'investir dans l'hôpital public. Il est donc nécessaire de redéfinir, collectivement et au niveau national, la mission de service public pour assurer sa pérennité.

Le président partage le constat sur l'importance de soutenir les jeunes qui veulent s'investir dans l'hôpital public. À titre personnel, il est pour s'orienter vers un statut unifié des médecins hospitaliers de CHU avec des fonctions et valences universitaires. Il sait que ce point de vue n'est pas partagé par toute la communauté médicale, mais il estime pourtant que c'est la condition à la survie des CHU. Il faut privilégier la carrière des jeunes et leur donner de l'espoir. Il faut surtout mettre fin au « trou noir » entre le clinicat et la titularisation car c'est là où nous perdons de nombreux jeunes de qualité. Les ministères semblent très frileux en la matière. Pourtant, il en va de l'avenir du CHU qui a, certes, un problème de financement, mais aussi un problème d'attractivité des jeunes de qualité. Les conférences hospitalo-universitaires réfléchissent à ces problèmes. La CME de l'AP-HP pourrait aussi apporter sa contribution, sur laquelle pourrait travailler la sous-commission du temps et des effectifs médicaux dans un format élargi.

Le Pr Bruno RIOU note que le message global de cette enquête est très rassurant. Il estime que des données sur les spécialités des répondants pourraient être analysées, ce qui permettrait d'obtenir des informations sur les spécialités qui rencontrent des difficultés de recrutement.

Le Dr Laurent GILARDIN précise que dans une enquête conduite par le syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP) et l'organisme *TNS Sofres* en 2013, les taux de souhait d'exercice à l'hôpital public étaient similaires. Celle-ci déclinait les résultats par spécialité.

Le Dr Nathalie DE CASTRO demande si les internes favorables à l'exercice libéral sont en médecine générale.

Le Dr Laurent GILARDIN doute que les internes de médecine générale représentent une partie importante des répondants.

Le Pr Philippe CORNU constate que l'évaluation du système par les jeunes médecins montre que le service public fait encore rêver. Il s'enquiert des réformes souhaitées pour faciliter l'accès des jeunes aux carrières hospitalières.

Le Dr Laurent GILARDIN répond qu'un livre blanc sera élaboré afin de formuler des propositions. S'agissant de la pérennisation d'un poste, une discussion est en cours à la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (CTEM) pour la mise en place d'une bourse au travail. En outre, les chefs de clinique souhaitent avoir une visibilité sur les postes prévus par spécialité et territoire. Or les responsables du centre national de gestion (CNG) ont récemment mis en place le logiciel *Logimed* qui apporte une aide précieuse en la matière, ce qui permettra de fidéliser les jeunes médecins.

Le président juge important de conserver un lien fort avec les personnes bien formées par l'AP-HP et exerçant dans les centres hospitaliers d'Île-de-France. C'est un moyen de mieux organiser l'offre de soins territorial et de réguler l'afflux dans nos services d'urgences.

Le Pr Paul LEGMANN note que cette présentation encourageante est en contradiction avec le barème de l'AP-HP et le sondage du syndicat des médecins des hôpitaux. Il demande si des questions portent sur la satisfaction des internes et chefs de clinique sur leur formation et exercice actuel.

Le Dr Franck VERDONK indique que le questionnaire ne comportait pas une évaluation sur ce sujet. Il suppose toutefois que le ressenti sur le service public est positif compte tenu des réponses apportées. Néanmoins, une enquête récente du syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs (SNPHAR) constate une certaine désillusion des PH. La construction d'un statut de praticien hospitalo-universitaire unique intégrant une mixité possible avec le libéral mériterait donc d'être étudié afin d'améliorer le lien ville-hôpital.

Le Pr Michel ZÉRAH signale que pour la neurochirurgie, une planification pluriannuelle des postes est mise en place. Sur les cinq candidats potentiels pour les postes de PH, quatre ont retiré leur candidature car ils sont partis exercer en ÉSPIC, en province, ou dans le secteur libéral. La situation demeure inquiétante.

Le président confirme le faible nombre de demandes de postes de PH dans certaines spécialités de chirurgie par rapport aux années précédentes, ce qui est inquiétant.

Le Dr Laurent GILARDIN signale que la révision de cette procédure de recrutement fait partie des axes de réflexion.

Le président fait observer que les améliorations ont été apportées dans certaines spécialités sinistrées notamment des PHC plus courts, mais restent insuffisantes.

Le Dr Laurent GILARDIN fait observer que l'absence de visibilité constitue le principal frein au recrutement à l'hôpital public.

Le Pr Rémi SALOMON se félicite de cette initiative car il est urgent d'être force de proposition face à la morosité ambiante. Il retient qu'un certain nombre des jeunes médecins sont favorables à un exercice mixte. Ce constat appelle une réflexion approfondie sur des parcours plus variés dans le temps et l'espace.

Le Pr Nelly ACHOUR-FRYDMAN remarque une forte différence entre la volonté d'être HU ou H.

Le Dr Laurent GILARDIN indique que selon d'autres enquêtes en médecine interne, environ 25 % des jeunes souhaitent devenir HU.

Le Pr Nelly ACHOUR-FRYDMAN s'étonne car le statut HU n'est pas très attractif.

Le Pr Dominique ISRAËL-BIET demande si un suivi des répondants à l'enquête de 2013 est disponible, afin de connaître, pour ceux qui ont quitté l'AP-HP malgré leur souhait affiché en 2013 d'y rester, les motifs de départ. Ce suivi serait d'un intérêt considérable pour une meilleure analyse des résultats de cette étude.

Le Dr Laurent GILARDIN précise que l'enquête est anonyme. Elle ne peut donc donner lieu à un suivi.

M. Guy BENOÎT est admiratif de ces jeunes qui gagnent 2 000 € par mois à 30 ans après avoir subi une sélection drastique et qui souhaitent rester au sein du service public. Ils doivent donc être associés en priorité à la réflexion sur le statut de médecin hospitalier.

Le Dr Michel DRU fait remarquer que de nombreuses études montrent que quand les individus sont face à des dysfonctionnements trop importants dans leur travail, ils cherchent une consolation dans une meilleure rémunération

Le Pr Rémy NIZARD estime que dans certaines spécialités, le différentiel en matière de rémunération avec le secteur libéral est tel que le combat est inégal. La piste de l'exercice mixte libéral/public mérite donc d'être étudiée. En outre, les professionnels du secteur libéral peuvent enrichir l'hôpital public avec leurs méthodes d'organisation.

Le Pr Michel LEJOYEUX considère que la visibilité des postes est un souhait unanimement partagé car une inégalité subsiste entre certaines structures et l'AP-HP. Par ailleurs, compte tenu de la concurrence des ÉSPIC, l'institution devrait mieux promouvoir la qualité de ses soins auprès des jeunes qu'elle accueille.

Le Dr Anne GERVAIS remarque que les statuts de PH sont plébiscités, les jeunes souhaitent être salariés, travailler en équipe, avoir accès à la souplesse du statut en CHU (possibilité de faire recherche, enseignement, activités d'intérêt général). En revanche l'entrée dans la carrière ne permet pas d'être attractif, notamment à Paris et la réévaluation des premiers échelons doit être obtenue. Les praticiens attachés doivent aussi être associés à cette réflexion car une rémunération de moins de 3 000 € pour un attaché à temps plein de 30 ans n'est plus tolérable. Par ailleurs, elle précise que l'exercice mixte privé/public que les jeunes appellent de leurs vœux peut revêtir trois formes différentes (libéral/public, ville/hôpital ou privé-public) ce qui n'est pas pareil. L'exercice en secteur 1 en ville s'apparente à un exercice public même s'il est en ville et peut parfaitement être développé en étant PH. La souplesse préconisée par le Pr Rémy NIZARD peut être introduite sans grand changement. Elle insiste sur le caractère collectif de la médecine, l'individualisation de contrats est un vrai risque pour la cohésion des équipes.

Le Dr Franck VERDONK convient que tous les praticiens ne peuvent exercer une activité mixte car certains soins nécessitent une réflexion d'équipe. Cependant, l'idée d'un lien ville-hôpital pourrait se concrétiser au travers de ces statuts mixtes.

Le président se dit très circonspect sur les postes de PH à temps partiel notamment en chirurgie.

Le Dr Alain FAYE perçoit l'intérêt du travail en équipe pour les titulaires notamment face à la complexité des pathologies prises en charge. Un désamour survient néanmoins lorsque ces derniers se heurtent à des problèmes de logistique. Des pistes ont déjà été données par les titulaires lors de différentes enquêtes. Une synthèse de ces propositions doit donc être réalisée.

Le Dr Laurent GILARDIN répond que la suppression des postes d'attachés ou d'assistants entraînera la survenue rapide de ce désamour.

Le Dr Nathalie DE CASTRO indique qu'actuellement, les PH remplacent les chefs de clinique et les internes. Or ce problème qui a un impact non négligeable est sous-estimé.

VI. Bilan annuel de la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS)

Le Dr Michel DRU rappelle que cette commission règlementaire est composée de 28 membres, en charge des missions suivantes :

- la définition des schémas d'organisation et de fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité et par GH ;
- la définition d'un cadre à l'usage des COPS locales ;
- la fonction de recours en cas de litige ou de contestations sur les organisations retenues localement ;
- la réalisation d'un bilan de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins ;
- un avis sur les conventions de coopération passées avec d'autres établissements afin d'assurer la permanence des soins.

Les actions réalisées en 2017 :

- suivi des dépenses de la permanence des soins et des plages additionnelles ;
- suivi de l'état d'avancement du projet d'informatisation de la gestion du temps du personnel médical ;
- suivi de la mise en application de la circulaire sur le temps continu des urgentistes ;
- suivi de la mise en place des tableaux de service informatisés *Medtime* (en demi-journées et en décompte horaire).

Le Dr Michel DRU précise qu'en 2017 les dépenses liées à la permanence des soins (PDS) et aux plages additionnelles s'élèvent à 92,709 M€ contre 88,637 M€ en 2016. Cette hausse de 4,57 % résulte des astreintes opérationnelles car elles sont mieux rémunérées que les astreintes de sécurité. Par ailleurs, l'indemnité de garde des étudiants est passée de 22 à 52 €.

Le logiciel de gestion du temps médical a été abandonné. Un appel d'offres a donc été lancé pour un nouvel outil. Dans l'attente, *Medtime* est toujours utilisé par l'ensemble des GH.

Le président rappelle qu'il y a quelques années la CME a mené une réflexion le nombre de gardes et astreintes et sur les possibilités de mutualisation. Il demande si celle-ci se poursuit.

Le Dr Michel DRU répond que cette réflexion n'a pas été reprise car la transformation des astreintes en gardes ne génère pas des économies. Il rappelle, en outre, que la hausse des dépenses liées à la PDS est conjoncturelle.

Le président souhaite que le travail soit repris pour s'assurer qu'il n'y a pas encore des possibilités de mutualisation, notamment dans certaines disciplines très spécialisées. Ce seraient autant de marges dont nous pourrions disposer pour préserver la révision des effectifs.

Le Dr Michel Dru fait état des contraintes règlementaires de la PDS. Par ailleurs, les grandes gardes de chirurgie ou d'autres spécialités existent déjà.

Le président demande qu'un nouveau un point sur les gardes soit fait en CME pour identifier les marges de manœuvre potentielles.

Le Dr Patrick Dassier fait observer que des données sur l'évolution des gardes peuvent être communiquées par l'AP-HP, ce qui permettrait d'identifier les centres qui ne s'inscrivent pas dans une vision d'efficience. En outre, il signale que les praticiens qui se déplacent le week-end pour assurer une continuité des soins sont désormais rémunérés, ce qui entraîne une hausse des coûts.

VII. Conclusions du groupe de travail sur la néonatologie

Le Pr Pierre-Henri Jarreau indique que la néonatologie en Île-de-France et dans l'AP-PH est une spécialité en grande tension. Un groupe de travail a donc été constitué. La néonatologie nécessite une continuité de soins et un projet de soins partagé en équipe de périnatalogie.

Les services de néonatologie sont majoritairement hors AP-HP. Cette discipline présente également une grande cohésion professionnelle.

Le groupe de travail constate que le nombre de néonatologistes à l'AP-HP est insuffisant pour assurer l'activité dans les 13 centres périnatals dont 7 centres de type III, 2 de type IIB et 4 de type IIA. L'activité est confrontée à un problème structurel d'attractivité. Trois axes d'amélioration ont ainsi été identifiés : l'intérêt professionnel, les conditions de travail et les incitations financières. Le renforcement de l'intérêt professionnel nécessite un regroupement des structures.

S'agissant des conditions de travail, les équipes doivent être en nombre suffisant pour assurer la continuité des soins et faire face aux absences inévitables notamment les congés maternité. Un nombre de médecins cible doit donc être défini pour chaque structure qui composera la grande équipe.

La néonatologie devrait également bénéficier des mêmes mesures que d'autres disciplines en tension notamment l'anesthésie.

Le défaut actuel de personnel soignant conduit à un transfert de tâches de personnel non médical (PNM) vers des pédiatres dans les unités de type IIA. Un transfert de compétences est donc nécessaire.

Dans l'attente de recrutements suffisants, il est proposé de regrouper les gardes des maternités de type IIA en une ou deux gardes mutualisées. Les modalités de ces gardes sont à définir avec les praticiens concernés.

Le président indique que cette pénurie conjoncturelle de pédiatres doit conduire à réfléchir très rapidement à une mutualisation des gardes.

Le Pr François Goffinet fait observer que deux risques pèsent sur l'obstétrique à moyen et long terme : le maintien de maternités de type I qui seraient moins attractives pour les obstétriciens et

la mise en place de projets de séparation de la chirurgie gynécologique et de l'obstétrique qui fragiliserait la compétence chirurgicale et la permanence des soins en obstétrique. Par ailleurs, les idées technocratiques sur la mutualisation entraîneront un investissement moindre des praticiens et donc des départs.

Le Pr Pierre-Henri JARREAU précise que le renforcement de l'attractivité est nécessaire pour faire face à ce problème conjoncturel.

Le président rappelle que la néonatalogie fait partie des disciplines en tension retenues dans le plan d'attractivité de l'AP-HP comme bénéficiant de la prime d'engagement de carrière hospitalière (PECH). Cependant, il n'est pas possible de lutter contre les salaires proposés par les ÉSPIC.

Le Pr Jean-Claude CAREL souligne l'importance de la mutualisation pour rendre l'exercice plus attractif. La situation actuelle est très critique mais devrait s'améliorer compte tenu du nombre d'internes et d'assistants qui sortiront du système dans les années à venir.

Le Dr Christophe TRIVALLE observe que l'ensemble des spécialités rencontre les mêmes problématiques. Il note que la situation décrite est qualifiée de conjoncturelle. Il souhaiterai connaitre les motifs à l'origine de cette appréciation.

Le Pr Pierre-Henri JARREAU répond que l'on compte actuellement 80 internes de la Région en pédiatrie. Il espère que 15 % d'entre eux s'orienteront vers la néonatologie.

Le Pr Bruno CRESTANI indique que le Pr Luc DÉFRÈRE qui a organisé un réseau de fonctionnement de la néonatologie dans son GH a proposé trois candidats pour des postes de PH dans cette discipline. Les restrictions budgétaires qui s'imposent actuellement à son GH ne lui permettent pas de recruter les 3 candidats. C'est ici que la force de l'AP-HP devrait s'exprimer, en permettant une mutualisation des moyens et le recrutement effectif de ces candidats dans une spécialité sous tension.

Le président souligne que, lors de la dernière révision des effectifs, pour toutes les disciplines en tension qui proposaient plusieurs postes, les candidatures ont été retenues. Il en sera de même cette année.

Le Pr Bruno CRESTANI fait état des difficultés financières de son GH. Il précise qu'il ne pourra toutefois refuser une candidature à un poste en néonatologie compte tenu de la situation actuelle. La mutualisation implique une réduction de moyens. Cependant, il se dit prêt à envoyer des néonatologistes dans d'autres GH s'ils ne peuvent être retenus dans son établissement.

Le Pr Paul LEGMANN juge extrêmement dangereux pour l'image de l'AP-HP de faire appel, en néonatologie à des intérimaires qui ont été jugés incompétents. Les axes d'amélioration proposés concernant les statuts, la rémunération et les restructurations nécessitent la mise en place d'un groupe de suivi pour appuyer les différentes recommandations.

VIII. Questions diverses

Internes de médecine générale en SSR

Le Dr Christophe TRIVALLE observe que l'ensemble des spécialités rencontre les mêmes problématiques. Il note que la situation décrite est qualifiée de conjoncturelle. Il désirerai connaitre les motifs à l'origine de cette appréciation.

Mme Isabelle RIOM apporte une réponse à la question du Dr Christophe TRIVALLE sur les postes de SSR en médecine générale. Elle note une diminution globale du nombre d'internes en médecine générale dans les services de SSR compte tenu de l'absence d'attractivité de cette discipline en Île-de-France. De nombreux stages de médecine polyvalente ont donc été fermés pour permettre à l'ensemble des internes de valider leur parcours. En revanche, le nombre de stages en ambulatoire augmente. Une réduction de 140 postes d'internes est donc prévue au second semestre. La répartition des internes dans les hôpitaux n'est pas ciblée contre la gériatrie et les SSR mais est nécessaire à la validation de l'internat.

Le Dr Christophe TRIVALLE souhaite disposer des évaluations de chaque service car seuls les coordonnateurs de médecine générale sont destinataires de ces données.

Ratios de personnels & capacitaire

Le Dr Clara BOUCHÉ s'enquiert des critères d'application des ratios d'infirmières dans les structures d'hospitalisation car il avait été expliqué lors de la CME du mois de février que le ratio de 1 infirmière pour 12 lits qui avait été proposé, devait être adapté au cas par cas en fonction des réalités locales. Elle demande également si une évaluation de la satisfaction des patients, des personnels et des critères de morbi-mortalité est prévue.

M. Jérôme MARCHAND-ARVIER rappelle que cette démarche d'équité vise à partager des ratios, qui servent de base de discussion. Le ratio est généralement de 1 infirmière pour 12 patients, mais il peut varier selon les spécificités du service. Il précise à titre d'exemple qu'en médecine interne à Lariboisière, l'aval des urgences a été pris en compte pour adapter ce ratio.

Le Pr Rémy NIZARD souligne que pour réduire les inégalités au sein des GH et de l'AP-HP, il est nécessaire examiner les spécificités de chaque activité.

M. Jérôme MARCHAND-ARVIER indique qu'une plus grande équité pourra avoir un impact positif sur l'absentéisme. Cependant, cette démarche, comme cela avait été annoncé en CME, devra naturellement être évaluée.

Le président souligne que les chiffres communiqués doivent être adaptés en fonction de la pénibilité du travail et de l'importance des soins requis.

Recouvrement des recettes

Le Dr Isabelle NÈGRE rappelle que la bascule informatique de 2011 et la convention avec Globemed en 2012 ont été peu efficientes pour améliorer les recouvrements. Une commission a donc été proposée en 2014 pour réfléchir à cette problématique. En 2016, les programmes *Symphonie* et *Diapason* ont été testés sans en informer le personnel. Des informations précises doivent être communiquées à la CME de façon régulière. Elle invite, par ailleurs, la direction générale à ne pas négliger l'impact de ces chiffres sur la motivation des personnels qui ont réalisé leur travail mais

qui seront pénalisés par une diminution des effectifs. Enfin, des réseaux s'organisent pour profiter de la faiblesse de l'AP-HP. Des urgences arrivent ainsi directement d'Orly à Bicêtre et ne peuvent être refusés, ce qui impacte négativement le budget. Elle demande donc que ce dossier soit suivi en CME afin que les personnels soient informés de la marche à suivre.

Mme Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ précise que le niveau des créances a diminué de 60 M€ entre 2015 et 2017 en raison d'un certain nombre d'actions à destination des débiteurs institutionnels. Des actions ont été menées vis-à-vis des patients non-résidents. La dette des organismes étrangers a ainsi été réduite de 38 % en deux ans. Par ailleurs, tout patient étranger programmé doit être en mesure d'avancer les frais. Il pourra donc être refusé si cette condition n'est pas remplie. Un bilan plus précis sur les actions menées au cours des trois dernières années et les mesures envisagées dans le cadre du plan de transformation pourra être finalisé.

Le directeur général ajoute que les mesures d'économies notamment le gel de 0,5 % visent à éviter que les charges n'augmentent plus rapidement que les recettes. Une partie du déficit de 2017 est liée à la nécessité de provisionner davantage les créances irrécouvrables. Les 40 M€ d'économies réalisées qui porteront, pour moitié, sur les médicaments et le personnel permettront de compenser l'écart d'activité. Il n'est pas exact de dire que le gel de masse salariale est une conséquence des difficultés de recouvrement. Il est strictement lié à la prise en compte d'une activité réalisée plus faible que prévue. Par ailleurs, les créances irrécouvrables diminuent, même si la situation s'améliore trop lentement. La seule réponse structurelle est la pré-admission des patients avec une gestion des droits différente, parallèlement aux dé-conventionnements de sites étrangers déjà réalisés. Cette solution a été testée et fait l'objet de correctifs. Enfin, le ministère de la santé a été saisi sur le problème de recrudescence de patients sans droits. Une fois une filière identifiée, une première réponse consisterait à envisager une action diplomatique dans les pays concernés. Une deuxième réponse est d'aboutir à une prise en compte des dépenses pour ces patients effectivement pris en charge à l'AP-HP, mais qui seraient refusés par les ÉSPIC et les hôpitaux privés.

IX. Approbation du compte rendu de la CME du 6 mars 2018

Le compte rendu de la CME du 6 mars 2018 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 19 heures 30.

* *

*

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

mardi 15 mai 2018 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

mardi 24 avril 2018 à 16 heures 30