

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 11 JUIN 2019**

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 9 JUILLET 2019

SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	Erreur ! Signet non défini.
II.	Avis sur le rapport d'activité 2018 de l'AP-HP	11
III.	Avis sur la création des nouveaux groupes hospitaliers (GH)	11
IV.	Avis sur le périmètre des départements médico-universitaires (DMU)	14
V.	Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP : conseils hospitaliers territoriaux, commissions médicales d'établissement locales, commissions de soins, charte du bon usage du système d'information	18
VI.	Avis sur le compte financier 2018 et information sur la 1 ^{ère} décision modificative de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2019	20
VII.	Point sur la mise en œuvre de la réforme du 3 ^e cycle des études médicales	23
VIII.	Approbation du compte rendu de la CME du 14 mai 2019	27
IX.	Questions diverses	28

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT DE L'AP-HP

RÉUNION DU MARDI 11 JUIN 2019

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

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Avis sur le rapport d'activité 2018 de l'AP-HP
3. Avis sur la création des nouveaux groupes hospitaliers (GH) (M. François CRÉMIEUX)
4. Avis sur le périmètre des départements médico-universitaires (DMU) (M. François CRÉMIEUX)
5. Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP : conseils hospitaliers territoriaux, commissions médicales d'établissement locales, commissions des soins, chartes du bon usage du système d'information (M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, M^{me} Charline NICOLAS)
6. Avis sur le compte financier 2018 et information sur la 1^{ère} décision modificative de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2019 (MM. Pierre-Emmanuel LECERF et Didier FRANDJI)
7. Point sur la mise en œuvre de la réforme du 3^e cycle des études médicales (P^r Benoît SCHLEMMER, M^{me} Isabelle RIOM)
8. Approbation du compte rendu de la CME du 14 mai 2019
9. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition B

- Avis sur la titularisation des MCU-PH des disciplines médicales nommés stagiaires au 1^{er} septembre 2018
- Avis sur la titularisation des MCU-PH des disciplines pharmaceutiques nommés stagiaires au 1^{er} septembre 2018
- Avis sur la titularisation des MCU-PH des disciplines odontologiques nommés stagiaires au 1^{er} septembre 2018

Assistent à la séance

- Avec voix délibérative :

P ^r Nelly	ACHOUR	P ^r Pascale	GAUSSEM
P ^r René	ADAM	D ^r Anne	GERVAIS
P ^r Joël	ANKRI	P ^r Bertrand	GODEAU
P ^r Jean-Yves	ARTIGOU	P ^r Bernard	GRANGER
D ^r Emmanuel	BARREAU	D ^r Christian	GUY-COICHARD
P ^r Thierry	BÉGUÉ	D ^r Olivier	HENRY
D ^r Guy	BENOÎT	P ^r Paul	LEGMANN
P ^r Olivier	BENVENISTE	P ^r Michel	LEJOYEUX
P ^r Catherine	BOILEAU	D ^r Mariane	LERUEZ-VILLE
D ^r Clara	BOUCHÉ	P ^r Laurent	MANDELBROT
D ^r Anne-Reine	BUISINE	D ^r Lucile	MUSSET
P ^r Jean-Claude	CAREL	D ^r Isabelle	NÈGRE
P ^r Pierre	CARLI	P ^r Rémy	NIZARD
P ^r Stanislas	CHAUSSADE	P ^r Michel	PEUCHMAUR
P ^r Françoise	CHARTIER-BOTTEREL	P ^r Claire	POYART
P ^r Gérard	CHÉRON	P ^r Dominique	PRIÉ
P ^r Bruno	CRESTANI	M. Rémy	PIERAGOSTINI
P ^r Yves	COHEN	P ^r Christian	RICHARD
P ^r Philippe	CORNU	D ^r Frédéric	RILLIARD
D ^r Sophie	CROZIER	M ^{me} Isabelle	RIOM
D ^r Patrick	DASSIER	P ^r Rémi	SALOMON
D ^r Nathalie	DE CASTRO	P ^r Thomas	SIMILOWSKI
D ^r Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	P ^r Éric	THERVET
P ^r Jacques	DURANTEAU	P ^r Nicolas	THIOUNN
D ^r Alain	FAYE	P ^r Jean-Marc	TRÉLUYER
P ^r Marysette	FOLLIGUET	D ^r Christophe	TRIVALLE
P ^r Noël	GARABÉDIAN	D ^r Noël	ZARH

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers

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

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

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

- M. François CRÉMIEUX, directeur général adjoint

- M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, directeur général adjoint
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M. Didier FRANDJI, directeur des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M^{me} Charline NICOLAS, directrice, M. Marc DUPONT, direction des affaires juridiques (DAJ)
- M^{me} Isabelle MOUNIER-ÉMEURY, direction des patients, des usagers et des associations (DPUA)
- M^{me} Hélène OPPETIT, M. Olivier TRÉTON, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- D^r Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information (DSI)

- **Secrétariat de la CME :**
- M^{mes} Isabelle PLANTEC et Géraldine DELIOT (DOMU)

- **Représentants de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) :**
- D^r Caroline SUBERBIELLE

- **Membres excusés :**
- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Yves AIGRAIN, Jean-Louis BEAUDEUX, Sadek BELOUCIF, Lynda BENSEFA-COLAS, Catherine BERNARD, Francis BONNET, Marie BORNES, Nathalie CHARNAUX, Nicolas DANTCHEV, François GOFFINET, Bertrand GUIDET, Dominique ISRAEL-BIET, Vincent JARLIER, Louis MAMAN, Véronique MOLINA, Jean-Marc NACCACHE, Antoine PELHUCHE, Patrick PELLOUX, Valérie PÉRUT, Élisabeth PORSMOQUER, Bruno RIOU, Namik TARIGHT, Denis TIXIER, Michel ZÉRAH.
- MM. et M^{mes} Victor DESPLATS, Yann FLÉCHER, Sophie GUILLAUME, Jean-Vincent LAQUA, Caroline RAQUIN.

I. Informations du président de la CME

Urgences

Le président estime que les difficultés rencontrées par les urgences ne sont qu'un symptôme de ce qui se passe actuellement dans le secteur public en général, qui nécessite une réforme globale et non de simples rustines. Malheureusement, certains signes ne sont pas encourageants, comme l'annulation *sine die* des réunions du groupe de travail sur les statuts qu'avait programmée la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Une réflexion globale est indispensable sur l'ensemble du système de santé, en amont de l'hôpital, à l'hôpital et en aval de l'hôpital. Ce cri d'alerte doit être pris très au sérieux. Plutôt que de déposer un amendement au Sénat pour empêcher les soignants quittant le secteur public de s'installer à moins de 10 km de l'endroit où ils exerçaient auparavant, il conviendrait plutôt de s'interroger sur les raisons qui font qu'ils quittent le service public.

Le P^r Pierre CARLI confirme que la situation dans les urgences se tend : les périodes de crise se succèdent. L'objectif actuel est d'avoir une vision globale du parcours de soins, depuis l'amont jusqu'à « l'aval de l'aval ». Les symptômes sont connus (mécontentement, désertion, arrêts maladies), mais les causes sont multiples et diverses selon les établissements et les régions. Une analyse profonde est nécessaire. Les solutions sont connues, mais sont davantage un catalogue qu'une ordonnance précise. La mission par la ministre ne consiste pas à traiter la situation pour l'été, la ministre a déjà fait des annonces à ce sujet, mais à organiser une feuille de route pour l'année à venir, voire au-delà. Il s'agit de sortir d'une période de crises successives, d'avoir une vision globale du parcours de soins et de recentrer le travail des médecins urgentistes sur les urgences, ce qui améliorera la qualité et la sécurité des soins.

Mouvements à la CME

Le président rappelle que la création des départements médico-universitaires entraîne la disparition des pôles. C'est donc la dernière séance à laquelle siègent les représentants des chefs de pôle à la CME. Il s'agit des P^{rs} Yves AIGRAIN, Francis BONNET, Gérard CHÉRON, Philippe CORNU, Paul LEGMANN, Michel LEJOYEUX, Laurent MANDELBROT, Claire POYART, Jean-Marc TRÉLUYER et du D^r Olivier HENRY.

Le président remercie les chefs de pôle à la fois pour les responsabilités qu'ils ont exercées à la tête de leurs pôles respectifs et pour leur participation assidue aux travaux de la CME, y compris dans les sous-commissions, et notamment le P^r Paul LEGMANN, président de la sous-commission des structures et de la stratégie.

La CME applaudit les chefs de pôle.

Le président considère que nombre de pôles ont bien fonctionné et forme des vœux pour les futurs départements médico-universitaires (DMU) qui, pour réussir, devront avoir de vraies délégations de compétences. Il suggère que la prochaine CME fasse évoluer la sous-commission des structures en comité de suivi de la mise en œuvre des DMU, chargé d'établir des critères d'évaluation, puis d'effectuer un bilan au bout de deux ans afin d'adapter en temps continu les choses en fonction de l'expérience réelle. Il devra aussi s'assurer du respect de la place fondamentale que doivent avoir les services.

Le P^r Paul LEGMANN remercie le président et souhaite le succès aux futurs directeurs médicaux de DMU. La mandature a été difficile pour les chefs de pôle qui ont parfois été critiqués et considérés comme responsables des dysfonctionnements de l'AP-HP. Les pôles ont été créés par la loi « hôpital, patients, santé, territoire » (HPST) décidée par les députés, et que l'AP-HP a tenté d'appliquer. Il était important de leur donner de vraies responsabilités. Après promulgation de la loi, l'existence des pôles et des chefs de pôles a été contestée en permanence, souvent de manière injustifiée. Concernant les groupes hospitaliers (GH), les comités exécutifs (COMEX) ont le mieux fonctionné lorsqu'ils reposaient sur la bonne collaboration entre un directeur, un président de CMEL et des chefs de pôles, dans un même but : la prise en charge du patient à l'AP-HP. Il estime que les GH qui ont adopté ce fonctionnement ont eu de bons résultats.

Concernant les futurs DMU, qui ne sont que l'application des praticiens hospitaliers universitaires (PHU), **le P^r Paul LEGMANN** estime qu'il est nécessaire de souligner l'importance du cadre administratif de pôle, qui est un élément-clé dans la gestion du futur DMU, du cadre paramédical de pôle et du directeur référent, chargé de faire le lien avec la direction du GH. Avec l'existence des pôles, il n'a jamais été dit qu'il était nécessaire de supprimer les services, ni que les chefs de service n'auraient plus de responsabilités : le service est un élément fondamental, qui motive le choix des internes et des chefs de clinique. Il est le lieu d'accueil de l'activité pédagogique et universitaire, de l'activité de recherche... Le pôle-DMU doit bien entendu reposer sur les services, en parfaite cohésion et cohérence avec ses chefs de service. Enfin, il rappelle que les chefs de pôle n'ont pas été nommés par l'administration, mais sont des candidats qui se sont portés volontaires parmi les chefs de service ou responsables d'unité médicale, tout comme le seront les directeurs médicaux de DMU. C'est la signature du directeur général ou du président de CME qui porte leur nomination.

Le P^r Paul LEGMANN remercie la CME de son soutien et souhaite bonne chance aux futurs directeurs médicaux de DMU.

Le président rappelle que la CME s'exprimera au cours de cette séance sur la création des GH, dans leur nouveau périmètre. Sur les 12 présidents de CMEL en exercice actuellement, 10 verront prochainement disparaître leur GH dans leur configuration actuelle. Toutefois, il est important qu'ils puissent continuer à animer leurs communautés médicales locales et à continuer à être les interlocuteurs des directions des GH jusqu'aux prochaines élections. Dans l'attente des élections des nouveaux présidents de CMEL, je souhaite donc qu'ils continuent à assumer leurs tâches, et pour ce qui concerne la CME, je continuerai à les inviter à y participer, même si, mis à part les P^{rs} Bertrand GODEAU et Yves COHEN (dont les GH ne sont pas modifiés), ils ne pourront plus voter.

Le président indique que la dernière séance de cette mandature de CME aura lieu le 3 décembre. Elle sera suivie d'un pot organisé par la direction générale, auquel seront conviés l'ensemble des chefs de pôle et personnes ayant siégé à la CME pendant la présente mandature afin de les remercier tous pour leur travail qui permet de faire vivre l'instance de représentation médicale de notre maison.

Recherche

Un nouvel appel d'offres pour la création de 20 fédérations hospitalo-universitaires (FHU), nouvelle dénomination des anciens départements hospitalo-universitaires (DHU) qui ont été très structurants, a été lancé lors d'une réunion organisée le 27 mai. **Le président** remercie les P^{rs} Catherine BOILEAU, Marc DELPECH et Gabriel STEG, ainsi que M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE pour leur importante implication dans ce nouvel appel à projets, dans lequel nous pouvons compter

aussi sur le soutien de l'Université et de l'INSERM. Par ailleurs, les auditions pour l'appel à projets de recherche hospitalo-universitaires (RHU) financé par le Gouvernement sont en cours.

Projet médical 2020-2024 de l'AP-HP

Le président remercie les collégiales qui ont retourné leur contribution pour la préparation du projet médical 2020-2024 et appelle celles qui n'ont pas encore répondu à le faire d'ici la fin de l'année. Ce n'est pas un travail vain mais, au contraire, un moment de réflexion utile pour les disciplines et pour alimenter le projet médical de l'AP-HP. Le président rappelle que, par mesure de bon sens, l'actuelle CME laissera à la future le soin d'élaborer son projet médical pour sa mandature. Le projet d'établissement sera ensuite construit sur la base du projet médical.

Lors du directoire du 21 mai, le P^r Véronique ROGER, cardiologue à la *Mayo Clinic* aux États-Unis, et le D^r Mélodie BERNAUX, qui travaille au département d'information médicale (DIM) du Siège, ont présenté une intéressante étude sur l'évolution de la cardiologie interventionnelle à l'AP-HP au cours des dernières années. Elle sera bien sûr présentée à la CME comme doivent l'être tous les sujets de politique médicale. Elle sera aussi l'occasion de réfléchir à la méthodologie d'élaboration de notre stratégie médicale.

École de chirurgie

Le président informe que le P^r Xavier JEUNEMAÎTRE est venu présenter aux chirurgiens son travail sur l'école de chirurgie, qui doit prendre une dimension trans-universitaire. Le projet de l'école et sa future localisation sont encore en discussion, notamment sur la base de l'excellent travail réalisé par le P^r Franck ZINZINDOHOUE, qui a permis de cerner les besoins et les manières de fonctionner.

Formation professionnelle

Le président a interpellé la direction des ressources humaines de l'AP-HP sur le fait que des soignants n'arrivent pas à faire financer la formation professionnelle à laquelle ils ont pourtant été reçus. Ces formations sont coûteuses (23 000 € sur 3 ans) et les personnes qui suivent la formation ne sont pas rémunérées : cela représente donc un lourd sacrifice. Ces formations sont un moyen de faire évoluer les carrières et il est regrettable de se priver de personnes motivées dans cette période où l'on a besoin de fidéliser les soignants.

Informations du directeur général

Grève dans les services d'urgences

Un travail a été engagé sur les urgences à la suite du rapport présenté à la CME par le P^r Dominique PATERON et dans le contexte de la grève. Plusieurs réponses ont été apportées, site par site, aux questions relatives à la sécurité. Les équipes semblent considérer que les réponses sont satisfaisantes (gardiennage supplémentaire, travaux, etc.)

Concernant les effectifs, le rapport réalisé au nom de la collégiale plaide pour l'application de normes à la fois pour le personnel médical et le personnel non médical (PNM). Pour ces premiers, le passage en temps continu avait déjà permis d'avancer il y a deux ans et demi. Cette mesure n'existait pas pour le PNM et il a été décidé qu'il doit y avoir au moins 15,5 équivalents temps plein (ÉTP) dans les services accueillant au moins 10 000 passages, avec de possibles ajustements en fonction des discussions locales. De plus, la direction considère qu'il est légitime de faire

évoluer les effectifs dans les mêmes proportions que l'évolution du nombre de passages et a pris certains engagements en la matière. Il n'existe pas de corrélation scientifique entre les ratios d'effectifs actuels et le taux de grève, mais il permet de ne pas constater de disparité entre les différents services d'urgence.

En matière de rémunération, la direction générale a essayé de répondre aux attentes avec les instruments à sa disposition, notamment en augmentant sensiblement la prime pour dangerosité à l'AP-HP. La semaine précédente, la ministre a annoncé que cette prime pourrait être portée à 100 € par mois dans tous les services d'urgence, ce qui permet d'améliorer la rémunération mensuelle des aides-soignants et des infirmiers et de consolider la position prise par l'AP-HP.

Par ailleurs, la ministre a assuré qu'une prime de coopération serait rapidement mise en œuvre dans le cadre d'une délégation de compétences des médecins afin de réduire l'attente aux urgences. L'AP-HP a travaillé sur cette solution en se basant sur un protocole élaboré à Saint-Antoine qui permet notamment aux infirmières d'orientation de pouvoir prescrire des radios.

Concernant la question de l'aval, il est probable que l'AP-HP utilise des modèles existants sur la fréquentation des urgences et le taux d'hospitalisation afin de vérifier que le nombre de lits d'aval disponibles est conforme aux besoins. La création des grands groupes hospitaliers facilitera probablement cette réflexion.

Cette grève est marquée par une dialectique commune entre l'AP-HP et le national, même si les problématiques sont différentes. L'une globalement impactée par un sous-effectif médical et l'autre davantage par les difficultés rencontrées par les PNM à vivre avec leur rémunération. Il faut espérer que les 100 € mensuels supplémentaires ajoutés à la rémunération des protocoles de coopération apporteront des réponses tangibles.

Depuis la semaine dernière, le mouvement a évolué avec la non-présentation des personnels se déclarant ou produisant des arrêts maladie. Comme il est de pratique courante, les arrêts maladie qui paraissent suspects feront l'objet d'un contrôle.

Il faut souligner que, aussi bien dans les directions locales, qu'au niveau central, un fil de négociations a été maintenu par les différentes parties. Plusieurs réunions sont programmées, certains interlocuteurs disent être conscients des avancées réalisées, mais souhaitent cependant rester solidaires des autres et poursuivre la grève.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si ce parallélisme sera également appliqué en cas de diminution du nombre de passages avec donc une diminution des effectifs. Enfin, la prime de dangerosité fixée à 100 € sera-t-elle financée sur les fonds propres de l'AP-HP ou par une enveloppe ministérielle dédiée.

Le directeur général répond que c'est davantage une hausse qu'une baisse du nombre de passages aux urgences qui a été prévue. Le même cas de figure s'est posé lorsque le ratio à 15,5 % a été proposé : il n'a pas demandé à ceux dont le ratio était supérieur à ce seuil de réduire les effectifs. A priori, les ajustements se feront de la même manière et sur une base annuelle par service. On ne connaît pas encore les modalités de financement de la prime de dangerosité, s'agissant maintenant d'une mesure nationale, dont on peut espérer en conséquence qu'elle serait financée par un financement supplémentaire.

Le P^r Paul LEGMANN rappelle que les prescriptions d'examen d'imagerie sont d'ordre médical. Elles peuvent être faites par des infirmières, mais elles doivent être validées par un médecin sur le plan médico-légal. Les plateaux d'imagerie sont particulièrement fragiles et sont confrontés à des problématiques de délégations de compétences pour les manipulateurs pour la pose de points d'abord veineux. Ils s'étaient vu promettre, s'agissant de formations complémentaires, qu'ils pourraient bénéficier de cette délégation de compétence et d'une prime, qui n'est toujours pas mise en œuvre. Par ailleurs, plus de 100 postes de manipulateurs sont vacants à l'AP-HP, impliquant des fermetures de scanners et d'IRM. De plus, la concurrence avec des structures privées est importante, avec notamment, la possibilité d'installer une quarantaine de scanners et une cinquantaine d'IRM supplémentaires en Île-de-France. Les services se trouvent parfois confrontés à la fois à des emplois vacants de manipulateurs et à une activité en hausse. Le fait d'accorder du personnel supplémentaire proportionnellement à la hausse du nombre de passages aux urgences pourrait amener d'autres secteurs confrontés à une baisse d'effectif à en faire également la demande.

Le P^r Rémi SALOMON revient sur l'absence de corrélation scientifique entre le nombre de passages aux urgences et le taux de grévistes et l'indexation des effectifs au nombre de passages. Il suggère d'examiner également le temps moyen d'attente et le nombre de transferts vers une autre structure hospitalière, qui sont très chronophages pour le personnel.

Le directeur général confirme que la responsabilité des prescriptions d'imagerie médico-légale revient au médecin. Les protocoles de coopération dont il est question sont validés par la Haute Autorité de santé (HAS) et nécessitent une acceptation de la part des médecins et des paramédicaux concernés. Ils permettent le transfert légal de responsabilité, c'est le travail entrepris avec les collégiales et les paramédicaux. Quant au Gouvernement, il travaille à reconnaître financièrement ce transfert de responsabilité. La pertinence du temps d'attente comme critère d'évaluation est encore débattue. L'analyse des taux de transferts est affinée, car ils diffèrent fortement, notamment lorsqu'il s'agit d'envoyer les patients nécessitant une prise en charge psychiatrique vers un hôpital qui n'a pas cette spécialité. Certains services sont mieux dotés que d'autres, à nombre de passages égal.

Projet Hôtel-Dieu

Le mois prochain, le projet global relatif à l'Hôtel-Dieu sera présenté à la CME. Concernant la partie parvis, la commission de sélection a retenu le groupement coordonné par *Novaxia* comme lauréat de la consultation. Le projet prévoit l'installation d'un incubateur de biotechnologies et intelligence artificielle, en proximité avec les équipes médicales de l'AP-HP. Ces installations vont permettre à l'AP-HP de bénéficier d'un fonds de transformation de 30 M€ dédié à l'amélioration des conditions de travail et aux prises en charge innovantes des patients.

Fédérations hospitalo-universitaires (FHU)

En complément des informations du président, l'INSERM financera ces fédérations à hauteur de 20 000 € par an, dans l'objectif de financer un poste de coordination. L'INSERM va accroître son implication en tant que co-financier.

Campus hospitalo-universitaire Grand Paris Nord

Un accord avec le groupe *Peugeot société anonyme* (PSA) a été signé afin d'acquérir le terrain. Le préfet a déclenché le projet d'intérêt général permettant d'accélérer les phases urbanistiques. Le calendrier est pour le moment tenu.

Appel à manifestations d'intérêt sur le développement durable

Le D^r Christian GUY-COICHARD indique que les prix de l'AP-HP de l'appel à manifestation d'intérêt développement durable ont été remis le mois précédent. Même s'ils sont d'un montant modéré, ils ont l'avantage d'être la première manifestation d'une véritable politique de développement durable de l'AP-HP, qu'il espère pérenne. Les projets présentés ont été très intéressants, notamment les nombreux projets présentés par les personnels de l'AP-HP de toutes catégories. Il salue leur motivation, qui ne demande qu'à être encadrée.

Semaine de l'éthique

La deuxième semaine de l'éthique débute sous la présidence du D^r Sophie CROZIER dont le thème est « éthique, organisation, management ».

Congrès l'American society of clinical oncology (Asco)

L'AP-HP a choisi d'accompagner financièrement 5 jeunes médecins partis assister au congrès de l'Asco sur le cancer. Cette participation est une opportunité d'échanger avec leurs collègues, de retour en France, autour des expériences partagées.

Alliance européenne des centres hospitaliers universitaires européens

L'AP-HP participe à la création d'une alliance des 9 plus grands CHU européens, qui prévoit notamment une présidence tournante au semestre. L'AP-HP présidera le deuxième semestre 2019 et organisera une réunion à Paris courant décembre 2019.

II. Avis sur le rapport d'activité 2018 de l'AP-HP

Le président indique que ce rapport d'activité 2018 ne fait pas l'objet d'une présentation en séance. Les membres de la CME ont pu en prendre connaissance sur le site de la CME.

La CME approuve le rapport d'activité 2018 de l'AP-HP à l'unanimité.

III. Avis sur la création des nouveaux groupes hospitaliers (GH)

M. François CRÉMIEUX rappelle qu'il s'agit de la dernière présentation avant le recueil d'avis de la CME sur la création des GH au 1^{er} juillet 2019.

Transformer l'AP-HP pour affronter les défis de la décennie

En 2020, l'AP-HP intervient sur la région du Grand Paris, s'adresse à 12 millions d'habitants et est confrontée à des distances de plus en plus élevées, dans le contexte de réorganisation des transports du Grand Paris. L'AP-HP doit s'adapter d'une part au fait que les patients ne viendront plus automatiquement dans Paris intra-muros – la population parisienne diminuera de 2,3 à 2 millions d'habitants au cours des 10 prochaines années, alors que celle de la région augmentera

de 12 à 13 millions – et, d'autre part, au fait qu'elle n'est plus entourée de 60 petits établissements hospitaliers dispersés, mais de 15 GH de territoire, capables d'affronter les enjeux de leur territoire et ceux de la formation. Par ailleurs, l'AP-HP n'est plus entourée d'une myriade de petites cliniques fragiles, mais d'un nombre plus restreint de cliniques qui se sont consolidées par des fusions. Enfin, l'AP-HP est confrontée au défi de la recherche clinique. Au cours des années 2000, les principales publications mondiales étaient assurées par les États-Unis et les 5 ou 6 premiers pays européens. En 2015, la Chine occupait la place devant l'Europe. Pour affronter les enjeux de 2030, il est nécessaire de se réorganiser à l'échelle nationale et européenne.

Le paysage universitaire s'est également recomposé, dont deux fusions en cours concernent directement la médecine : celle actée de l'université de Paris et celle annoncée de l'université de Saclay.

L'AP-HP est également confrontée à des enjeux d'organisation interne :

- faire de la taille de l'AP-HP une force et non une faiblesse ;
- concilier une capacité stratégique à l'échelle d'une très grande région européenne face à des enjeux mondiaux ;
- conserver une souplesse pour s'adapter à des réalités de territoire très différentes et répondre aux enjeux de santé publique ;
- besoin d'une AP-HP plus réactive et plus agile, donnant l'autonomie nécessaire aux équipes, aux services, aux hôpitaux, aux groupes hospitaliers ;
- une AP-HP unie, solidaire, garante d'un service public hospitalier et universitaire du meilleur niveau.

Vers une nouvelle AP-HP

Il est nécessaire d'adapter l'AP-HP à ces transformations.

- Une gouvernance plus fédérale : le directoire et le comité de direction deviennent des instances associant les groupes hospitaliers, alors qu'elle était jusqu'à présent assurée par le siège et les GH ;
- Une AP-HP qui se déconcentre : la réforme du Siège, recentré sur ses missions stratégiques, améliore et accélère les prises de décision locales au niveau des GH ;
- Des groupes hospitaliers plus autonomes et reconfigurés en lien avec les périmètres universitaires ;
- Une gouvernance des hôpitaux (sites) renforcée pour mieux coordonner les enjeux de proximité avec les territoires et garantir le fonctionnement quotidien ;
- Des services confortés comme le niveau essentiel d'organisation des soins et d'animation des équipes, organisés autour de projets médicaux communs en départements médico-universitaires.

Au 1^{er} juillet, 4 nouveaux GH seront créés :

- APHP.5 : Cochin, hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP), Necker, Broca, la Collégiale, Hôtel-Dieu, Coirentin-Celton, Vaugirard – Gabriel-Pallez ;
- APHP.6 : Pitié-Salpêtrière, Charles-Foix, Saint-Antoine, Tenon, Trousseau, Rothschild, la Roche-Guyon ;
- APHP.7 : Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal, Bichat, Beaujon, Louis-Mourier, Robert-Debré, Bretonneau, Adélaïde-Hautval ;

- APHP.Saclay : Raymond-Poincaré, Berck, Ambroise-Paré, Sainte-Périne, Bicêtre, Paul-Brousse, Antoine-Béclère.

Deux GH ne voient pas leur périmètre modifié :

- APHP.Hôpitaux universitaires Henri-Mondor, *en association avec APHP.Saclay* : Henri-Mondor, Albert-Chenevier, Émile-Roux, Joffre-Dupuytren, Georges-Clemenceau ;
- APHP.Seine-Saint-Denis, *en association avec APHP.7* : Avicenne, Jean-Verdier, René-Muret.

Les noms des futurs GH sont provisoires.

Quelques établissements demeurent hors GH : l'hôpital marin d'Hendaye, l'hôpital San Salvador à Hyères, l'hôpital Paul-Doumer à Liancourt et l'hospitalisation à domicile.

Concernant les instances des groupes hospitaliers :

- les commissions des usagers et les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), constitués par site, ne sont pas modifiés, ni dans leur nombre ni dans leur composition ;
- les instances de niveau groupe (commission de surveillance, CME locale, CTE local, commission des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques [CSIRMT]) seront réorganisées à l'échelle des nouveaux GH et dans le cadre d'une évolution du règlement intérieur de l'AP-HP).

Le calendrier prévisionnel est rappelé.

- Les instances ont été informées et consultées :
 - ✓ mars – avril 2019 : consultation des CHSCT centraux et locaux ;
 - ✓ avril – mai 2019 : consultation des CTE locaux et CME locales ;
 - ✓ juin 2019 : consultation du CTE central et de la CME centrale et concertation en directoire et présentation en conseil de surveillance ;
- 1^{er} juillet 2019 : constitution des nouveaux groupes hospitaliers ;
- La mise en place des nouvelles instances des 4 groupes hospitaliers :
 - ✓ septembre 2019 : désignation des nouveaux CTE locaux ;
 - ✓ octobre 2019 : élection des nouvelles CSIRMT locales ;
 - ✓ novembre 2019 : élection des nouvelles CME locales.

Une nouvelle AP-HP autour d'enjeux de gouvernance, de management et de territoires

L'unité de l'AP-HP est renforcée par des projets stratégiques qui peuvent s'appuyer sur les GH restructurés : fondation pour la recherche, plateformes de recherche qui montent progressivement en charge, partenariats avec les 4 instituts hospitalo-universitaires (IHU), les deux chaires récemment constituées, les DHU (futurs FHU) en lien avec les universités, les 24 réseaux européens de référence maladies rares, la fédération des SAMU et des disciplines qui se structurent progressivement au niveau AP-HP (cancérologie, génétique, odontologie...)

La suite de la présentation porte sur l'avenir du Siège.

Le président espère que ces GH ne se traduiront pas par la mise en place de 6 « mini-sièges » et qu'une réelle proximité s'instaurera. Il est fondamental que les responsables médicaux ou administratifs s'impliquent auprès des services et du terrain, ce qui permettra d'arrondir les

angles et de faire baisser la température, en instaurant proximité et dialogue. Cette évolution ne doit pas simplement remplacer le siège central par 6 petits sièges, d'autant plus que certains DMU seront inter-sites.

Le P^r Rémi SALOMON rappelle que la délégation de gestion aux pôles prévue par la loi HPST a été peu appliquée. La question est de savoir si cette délégation de gestion le sera. Le directeur référent ne devra pas passer de temps en temps dans les services et assister mensuellement aux réunions de pôles, mais devra passer la moitié de son temps dans le DMU avec les directeurs médicaux. Si cela n'est pas le cas, les services estimeront qu'il ne s'agit que d'une strate hiérarchique supplémentaire qui les éloigne encore plus des directions fonctionnelles.

M. François CRÉMIEUX assure que l'enjeu des GH est de renforcer le lien avec les territoires, de déconcentrer le siège vers les GH, d'avoir une AP-HP capable de mener des politiques adaptées aux situations spécifiques sans que l'ensemble des hôpitaux soit embarqué au même rythme et sur les mêmes sujets. L'objectif est d'avoir des GH capables de répondre aux enjeux tant au nord qu'au sud.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI souligne la volonté de faire coïncider les territoires hospitaliers et universitaires et rappelle les exceptions nées de la modification du paysage universitaire. Cela résultera en des DMU communs à Paris 7 et Paris 13, avec deux doyens sur un même DMU. À l'inverse, la création de l'Université de Paris amènera un futur doyen à traiter avec deux GH différents.

Le D^r Christian GUY-COICHARD rappelle que la création de ces nouveaux GH a fait l'objet de demandes d'expertise des CHSCT et notamment du CHSCT central. Dans ses conclusions, cette expertise met en évidence une certaine anxiété et un manque de motivation des personnels médicaux et non médicaux consultés, qui ont l'impression de n'avoir été ni impliqués ni consultés dans la constitution des nouveaux GH. L'expertise a par ailleurs attiré l'attention sur une absence d'anticipation de l'impact réel sur les personnels des restructurations générées par la création des GH. Il souhaite savoir quelle a été la réponse de la direction.

Le directeur général confirme que l'expertise du cabinet *Secafi* a été volumineuse. Les questions relatives aux impacts des GH sur les conditions de travail ont été nombreuses. Le rapport indique qu'ils n'ont pas d'impact direct, mais soulève la problématique des équipes administratives, techniques et logistiques. Avant la réalisation de l'expertise du CHSCT, la direction générale a pris l'engagement solennel de faire en sorte qu'une aide-soignante ou une infirmière appartenant à un service ou un site hospitalier relevant d'un DMU multi-site ne soit pas polyvalente sur les différents sites du DMU. La discussion qui s'est tenue en CHSCT central a été dans ce sens, même si elle n'a pas conduit à la formulation d'un avis final.

Par 45 voix pour et 7 abstentions, la CME émet un avis favorable à la création des nouveaux groupes hospitaliers.

IV. Avis sur le périmètre des départements médico-universitaires (DMU)

M. François CRÉMIEUX présente les départements médico-universitaires (DMU) qui sont une composante essentielle de la « nouvelle AP-HP » et traduisent la reconfiguration du périmètre et du fonctionnement des structures médicales de l'AP-HP. Ce projet est né lors du séminaire dit « *oikeiosis* » de juillet 2018 et a notamment donné lieu à une modification du règlement intérieur approuvée par la CME du 5 février 2019.

Les DMU sont l'expression de l'organisation en pôles de l'AP-HP et prennent notamment en compte les missions universitaires d'enseignement et de recherche en lien avec les établissements publics à caractère scientifique et technologique (ÉPST).

Le périmètre des DMU résulte d'une concertation impliquant les chefs de service, les autres responsables de structure et les cadres de santé. Les principes d'organisation se sont appuyés sur une concertation large associant, selon des modalités adaptées, l'ensemble du personnel, suivi des avis du président de la CMEL, des doyens concernés et du CTEL. Le comité exécutif a ensuite été concerté avant que le directeur du GH ne présente la proposition. Enfin, la décision du directeur général a clos la dernière phase de concertation suite à l'avis de la CME, du président de la CME et du CTE.

À l'issue des travaux, 76 DMU seront ainsi constitués (GH et HAD) et 400 responsables de structure porteront la collégialité, élément essentiel du bon fonctionnement des DMU. Chaque département bénéficiera d'un directeur médical, d'un référent recherche, d'un référent enseignement, de cadres paramédicaux, de cadres administratifs et d'un directeur référent.

San Salvadour, Hendaye, Paul-Doumer et l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) constituent des exceptions, comme les recommandations l'avaient prévu. Dans ces situations, soit les services sont directement rattachés à la gouvernance du GH, soit les anciens pôles sont directement transformés en DMU.

Le nombre de DMU par GH est proportionnel et cohérent à la taille des GH et va de 7 (Paris Seine-Saint-Denis) à 16 (AP-HP.7 et 5). Le nombre de sites est également pris en compte et a amené à avoir un nombre de DMU parfois supérieur au prorata du nombre de services ou de professionnels.

En première lecture, l'organisation des DMU révèle quelques invariants, à quelques exceptions près : les maternités sont regroupées au sein d'un même DMU, les services de biologie et génétique sont regroupés au sein d'un même DMU, les pharmacies à usage intérieur (Pui) sont regroupées et associées à la recherche (essentiellement avec la pharmacie et à une exception avec la biologie), l'imagerie et la pathologie sont également associées au sein d'un même DMU.

On constate également 3 DMU inter-GH (AP-HP.7 et AP-HP.Seine-Saint-Denis) concernant la médecine des enfants, la gynécologie périnatalogie et l'hémo-immunologie. Deux DMU ont été déclarés en « lien d'association » entre Henri-Mondor et AP-HP.Saclay concernant la psychiatrie-addictologie, d'une part, la santé publique et recherche, d'autre part. Enfin, plusieurs GH ont clairement annoncé une articulation entre leurs DMU et le territoire : AP-HP.5 et groupement hospitalier de territoire (GHT) *Neurosciences*, Henri-Mondor et centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC), AP-HP.Saclay et GHT *Psy Paris Sud*, hôpitaux universitaires Paris – Seine-Saint-Denis (HUPSSD) et la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et HUPSSD et centre hospitalier intercommunal de Montreuil (cardiologie). D'autres coopérations sont annoncées.

Un groupe de travail a été créé avec la Fédération hospitalière de France (FHF), sous l'égide de l'agence régionale de santé (ARS), afin de définir ce que pourrait être demain l'association de services universitaires à des DMU de l'AP-HP, dans une réelle volonté d'être partie prenante des DMU. L'AP-HP s'est engagée auprès de l'ARS à réaliser un bilan général des conventions d'association et à leur renforcement.

Un travail transversal spécifique est mené avec les GH de grande couronne, notamment ceux accueillant un grand nombre d'étudiants et d'internes (Évry, Pontoise, Versailles-Poissy-Saint-Germain-en-Laye) et avec quatre territoires d'attention particulière (AP-HP.5 / GHT neuropsychiatrie, Henri-Mondor / GHT Nord 94, AP-HP.Seine-Saint-Denis / GHT Nord et Est 93 et AP-HP.Saclay/ GHT Nord et Sud Essonne).

Le président souligne l'importante taille de certains DMU et la nécessité d'un suivi de proximité. Les directeurs devront fortement s'impliquer sur le terrain et les directeurs de site avoir une grande autonomie pour prendre des décisions rapides et résoudre les problématiques quotidiennes. Il réitère son souhait d'un véritable comité de suivi de la mise en place des DMU à partir de 2020, ce qui a manqué pour la création des pôles, afin de permettre une évolutivité des DMU dans les cas où ils rencontreront des difficultés sur leurs périmètres. Il faut un bilan et un droit d'adaptation au bout de deux ans.

Le P^r Jean-Claude CAREL estime, pour la partie qui l'a concerné (AP-HP.7), que la concertation a été bien suivie et que les échanges ont été nombreux, avec une relative bonne mobilisation. La phase suivante commence le 1^{er} juillet : elle est marquée par un engagement collectif autour de la création des DMU, mais également par un certain scepticisme. Les DMU sont attendus sur leurs interventions dans les problématiques quotidiennes des services. Il est important de savoir de quoi les DMU ont besoin pour fonctionner au quotidien, notamment en matière d'outils de communication et d'interaction entre les équipes. Cette attente est forte et immédiate. Les 100 premiers jours des DMU à partir du 1^{er} septembre seront décisifs. Sur cette période, il sera important de les suivre et de les accompagner.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI souligne la nécessité de résoudre les difficultés géographiques auxquelles seront confrontés les DMU. Les solutions de vidéoconférence sont fondamentales pour assurer un bon fonctionnement et il regrette de ne pas avoir constaté d'évolution sur le sujet. D'un point de vue plus philosophique, les coopérations humaines sont participatives ou hiérarchiques. Les DMU se sont constitués sur des affinités médicales, mais également par des interventions extérieures qui ont appliqué une certaine tension. Il serait intéressant, en suivant l'évolution et la réussite des DMU, d'examiner si ceux dont la constitution a été très médicalisée et qui reposent sur un vrai consensus auront une évolution différente de ceux dont la constitution a été plus ou moins « forcée ». Le suivi des DMU devra examiner ce point avec attention.

Le président partage pleinement ce souhait, qui conforte sa demande de mise en place d'un comité de suivi des DMU. Les organisations sont importantes, mais il ne faut pas oublier le quotidien jalonné par les problèmes rencontrés par les soignants, les problèmes de budget... Le scepticisme vient également de là.

Le P^r Bruno CRESTANI indique que lors des auditions, plusieurs candidats directeurs médicaux de DMU ont souligné la nécessité de disposer de moyens de coordination, notamment en termes de secrétariat. Le rapport ne parle pas de moyens, mais de principe d'organisation et de gouvernance. La coordination des 13 DMU d'AP-HP.7 et des 3 DMU mixtes AP-HP.7 et AP-HP.13 sera complexe et nécessitera des moyens dédiés.

Le président partage ce point de vue. Si l'organisation fonctionne à moyens constants, elle rencontrera rapidement ses limites.

Le D^r Nathalie DE CASTRO confirme que le sujet des moyens a été abordé dans chaque sous-groupe de travail, et tous les échanges n'ont pas nécessairement été repris dans le document de

synthèse. Il semble effectivement difficile de fonctionner correctement à moyens constants. La participation a permis de nombreux *brainstorming*, mais la phase suivante doit désormais faire participer l'ensemble des personnes concernées. Cela est essentiel pour que les DMU fonctionnent, car tous sont très dubitatifs. Elle confirme que les 100 premiers jours des DMU seront importants. Elle a entendu que la direction générale s'est engagée à ce qu'il n'y ait pas de mobilité inter-sites forcée, mais précise que le groupe de travail a également demandé qu'il n'y ait pas de mobilité intra-site et inter-services, que le personnel refuse. Certains cadres intra-DMU sont déjà en train de prévoir ces mobilités et elle alerte la communauté médicale sur ce point. Les médecins ont une responsabilité face à leurs équipes paramédicales. Si la mobilité des paramédicaux est institutionnalisée, les médecins seront nombreux à ne pas participer.

Le président confirme qu'instaurer ces mobilités forcées risquerait d'accroître la démotivation et la fuite massive des effectifs. Les dépannages ponctuels peuvent survenir, mais la mobilité institutionnalisée entre les services est à proscrire. Il sera nécessaire d'être très vigilant sur ce point.

Le P^r Rémi SALOMON confirme le scepticisme des services, qui considère que les DMU ne sont qu'une « strate supplémentaire ». L'intérêt stratégique est évident et il est nécessaire d'embarquer également l'Université. Reprenant les termes employés par le P^r Thomas SIMIŁOWSKI, il confirme que la hiérarchie et la participation doivent toutes deux fonctionner. Si la première fonctionne, ce n'est pas toujours le cas de la deuxième. Les directeurs des GH locaux doivent également y croire. Le DMU crée l'opportunité de travailler avec les directions et les services sur des projets communs.

Le P^r Rémy NIZARD estime que les acronymes proposés pour nommer les DMU (VICTOIRE, INVICTUS, DÉMIURGE...) envoient un signal faible et préoccupant. En effet, ils traduisent un dialogue entre les docteurs et l'administration, mais il y est peu question des patients. Ce signal « faible » le préoccupe quant au devenir des DMU. Il ne réussit pas à voir la valeur ajoutée de ces noms pour les patients.

M. François CRÉMIEUX rappelle que, voici un an, le consensus était partagé sur le fait que l'organisation était inadaptée à la situation et incapable d'accompagner le changement. Le diagnostic, largement partagé à l'époque, était de changer l'organisation dans laquelle les uns et les autres prenaient des décisions, agissaient et interagissaient, que le siège tel qu'il était ne pouvait plus durer en l'état, que la déconcentration devait être réellement engagée, que le lien avec les périmètres universitaires devait se concrétiser, que l'unité et l'indivisibilité de l'AP-HP obligeaient tous les acteurs de chaque territoire à avancer au même rythme... Le constat n'était pas celui d'un dysfonctionnement ponctuel, mais bien d'un dysfonctionnement qui ne mettait plus l'AP-HP en capacité d'affronter les défis à venir, ceux d'un territoire en évolution, d'une recherche clinique mettant l'AP-HP au défi de rester dans la course, et d'une place à occuper dans le champ de la formation. Il n'est ni optimiste ni pessimiste sur l'avenir, mais espère que l'organisation qui sera mise en place au 1^{er} juillet permettra d'aborder les situations évoquées. Rien ne garantit que cela modifiera le quotidien des soignants et des malades. Le groupe de travail avait bien recommandé la prévision de deux étapes de travail : la première consistant à replacer les « murs de la maison » là où ils devaient être, la seconde visant à faire en sorte que les nouveaux directeurs de DMU et le collègue avec lesquels fonctionneront les nouveaux GH soient en capacité d'affronter ces défis.

Le P^r Rémy NIZARD assure qu'il partage pleinement ce constat. L'organisation proposée convient aux directions et aux docteurs, mais n'intègre pas suffisamment le sujet du « patient-client ». À

titre personnel, il doute que cette organisation puisse y répondre, car elle se préoccupe plus des docteurs et de l'administration que du patient.

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI cite le cas du DMU auquel il va appartenir et qui a été « fabriqué » pour faire de la filière de soins complémentaires entre deux hôpitaux dont les activités ne se recouvrent pas, en pneumologie par exemple. Il estime que cette organisation améliorera le service rendu aux patients, en permettant à davantage de patients de Tenon suivis pour des cancers du poumon d'avoir accès à la réhabilitation respiratoire par exemple.

Le directeur général rappelle l'intérêt de la démarche. Un groupe de travail participatif a défini des lignes directrices nettes et souples à la foi. Ensuite, le travail s'est poursuivi au sein des GH localement, sans centraliser la réflexion sur le siège, ce qui a permis une appropriation forte et une discussion large. La réflexion a permis de faire émerger des projets institutionnels, comme celui relatif à la génétique. Cela est peut-être le signe que l'AP-HP passe d'une compétition de voisins proches à l'idée d'une coopération entre des structures plus transversales à l'échelle de l'AP-HP. Il y voit des prémisses de signaux positifs et espère qu'ils se renforceront. Après le travail empirique réalisé sur les DHU, il est souhaitable que les DMU soient porteurs de projets « patients », en particulier sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Le président estime que ces différents propos recourent le vote sur la création des DMU, qui avait reflété un certain scepticisme. Il souhaite que les succès rencontrés avec les réseaux hospitalo-universitaires (RHU), départements hospitalo-universitaires (DHU), devenus fédérations hospitalo-universitaires (FHU) puissent s'étendre aux DMU et présentent une amélioration pour les patients. Sa demande réitérée de mise en œuvre d'un comité d'évaluation trouve tout son intérêt dans ce contexte. Il ne réglera pas l'ensemble des problèmes du secteur public, dont la situation globale est préoccupante et nécessite une réelle réflexion.

Le P^r Éric THERVET considère que la réflexion portant sur les DMU a permis aux différents sites de dialoguer, ce qui n'était pas toujours évident.

Par 43 voix pour et 11 abstentions, la CME émet un avis favorable sur le périmètre des départements médico-universitaires.

V. Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP : conseils hospitaliers territoriaux, commissions médicales d'établissement locales, commissions de soins, charte du bon usage du système d'information

M. Jérôme MARCHAND-ARVIER rappelle qu'une première modification du règlement intérieur de l'AP-HP a porté en début d'année 2019 sur les DMU. Le règlement intérieur nécessite d'être adapté régulièrement. La direction générale a souhaité regrouper les modifications suivantes en deux blocs : le premier est présenté ce jour et le second à l'automne. Parmi les quatre modifications présentées ce jour, trois sont directement liées aux GH et aux DMU. Toute modification du règlement intérieur doit passer devant l'ensemble des instances.

La première modification concerne l'évolution des commissions locales de surveillance des GH afin de les rendre plus pertinentes. Il apparaît nécessaire de revoir leur périmètre et leur format dans le cadre de l'évolution des GH. La proposition consiste à les transformer en conseils hospitaliers de territoire, de rendre leur périmètre plus modulable et à une échelle pertinente et de les centrer sur la construction de parcours de soins et sur la relation ville-hôpital, compte tenu de la présence d'élus locaux.

La deuxième modification proposée fait suite aux réflexions du groupe de travail animé par le P^r Catherine BOILEAU et le D^r Anne GERVAIS et introduit dans les élections pour les CMEL un représentant de chaque site hospitalier élu.

La troisième modification vise à ajuster la composition des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique locales afin de tenir compte de la taille des GH et faire en sorte que la composition des commissions locales puisse être adaptée à la taille du GH.

La dernière modification porte sur la charte du bon usage informatique, afin de tenir compte de l'entrée en vigueur du règlement général sur la protection des données (RGPD) et, d'autre part, des éléments de confidentialité liés à l'utilisation d'ORBIS.

Le P^r Thierry BÉGUÉ demande comment sera traitée la représentation des élus locaux dans les groupes hospitaliers *extra-muros* qui sont implantés sur plusieurs départements et communes. Dans la précédente composition, les élus locaux des communes qui n'étaient pas celles du président du conseil de surveillance n'étaient jamais invités aux différentes réunions officielles. Cette évolution du règlement intérieur augmenta la problématique et il souhaite connaître les modalités de représentation des élus locaux.

M. Jérôme MARCHAND-ARVIER explique que c'est précisément pour cela que le système a été assoupli, avec un conseil hospitalier de territoire « obligatoire » au niveau du GH et la possibilité qui lui est laissée, en fonction des caractéristiques territoriales, de créer des conseils hospitaliers de territoire locaux afin de prendre en compte les différentes spécificités. Citant l'exemple de Garches, dont la commune est très engagée sur les sujets de parcours de soins, rien n'interdit de mettre en place, au-delà du conseil hospitalier de territoire à l'échelle de Paris-Saclay, un conseil hospitalier de territoire à l'échelle de Garches permettant aux élus de ce territoire d'y siéger. La disposition du règlement intérieur offre cette souplesse. Chaque GH devra se déterminer selon les caractéristiques de son territoire.

Concernant la disposition qui prévoit l'élection d'un représentant de chaque site hospitalier au sein des commissions médicales d'établissement locales des GH, **le P^r Éric THERVET** demande comment se définit un site hospitalier et s'il s'agit de tous les sites hospitaliers ou seulement de ceux dotés d'un CHSCT.

M. Jérôme MARCHAND-ARVIER explique qu'il existe un CHSCT dans chacun des 38 hôpitaux de l'AP-HP. Ils auront donc, en vertu de cette annexe, un représentant à la CMEL.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE cite le cas de trois sites qui n'ont qu'un seul CHSCT. Cela signifie qu'il n'y aura qu'un seul représentant élu des trois sites à la CMEL.

Le P^r Éric THERVET rappelle s'être ouvert à plusieurs reprises auprès de la CME sur le pouvoir relatif entre les représentants de site et les représentants de CMEL. Il s'interroge sur le rôle précis de l'élu sur le site : s'agit-il d'un rôle d'animation, de transmission des décisions prises au sein d'une CMEL unique, de défense d'une politique de site ?

Le D^r Anne GERVAIS rappelle que l'élu doit se présenter pour animer, sur le site, la réflexion et le dialogue afin de porter vers la CMEL la vision du site, et, de la CMEL vers le site. Plusieurs membres de la CME ont estimé que la taille des nouveaux GH était problématique et posait un risque d'éloignement encore plus important des actuels GH. Il s'agit donc de trouver une parade à cet éloignement. Il ne s'agit pas d'une question de « pouvoir » que gagnerait un élu d'un site, il

siègera comme les autres, sans prérogatives supplémentaires en CMEL. Il doit informer, communiquer et faire preuve de collégialité. Elle invite chacun à ne plus raisonner en termes de « pouvoir ».

Le P^r Thomas SIMIŁOWSKI reconnaît avoir eu une position fluctuante sur le sujet, avant de rejoindre la logique consistant à avoir un représentant de site élu. Les propositions de modifications du règlement intérieur sur ce point apparaissent donc tout à fait acceptables. Au-delà de la question de la modalité de désignation des représentants de site se pose également la question des moyens qui leur seront accordés, car il n'y aura pas de comités consultatifs médicaux (CCM) locaux. Il est nécessaire de bien définir quelles seront les modalités mises à disposition des représentants de site pour échanger dans les deux sens : de la gouvernance et de la CMEL vers le site et inversement. Peut-être conviendra-t-il de traiter dans le règlement intérieur la question de sa participation, institutionnelle ou non, délibérative ou non, au sein des comités exécutifs (COMEX) de GH. Si les représentants de site n'ont pas accès simple et direct au contenu de ce qui se dit en COMEX, il ne voit pas dans quelle mesure ils pourront faire circuler l'information.

Le D^r Anne GERVAIS estime que la CMEL doit retrouver l'importance qu'elle a perdue. Elle doit permettre le débat. Il n'est donc pas souhaitable que le COMEX la vide de substance. La CME fixera un cadre et chaque représentant de site appréciera comment animer au mieux l'information et la discussion dans chaque site. Lors du « grand débat » organisé à Louis-Mourier, tous les participants médicaux et non médicaux ont souhaité l'organisation de réunions ultérieures dans la même configuration. Elle signale qu'un moyen simple de communiquer est l'*e.mail*.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE estime que les choses se complexifient. Il est dit que les directeurs médicaux de DMU doivent animer leur DMU et transmettre les informations via les chefs de service, qui doivent être les principaux interlocuteurs. Cela sera difficile avec un représentant dans un site. Les communautés seront suffisamment éclairées pour ne pas nommer que des représentants d'un site au sein des CMEL. Il serait souhaitable d'indiquer dans le règlement intérieur qu'un représentant de chaque site doit obligatoirement figurer dans les listes des temps pleins hospitaliers et hospitalo-universitaires.

Le président n'est pas favorable au retour des CCM, mais il est important qu'une personne puisse apporter d'autres informations que celles passant par les disciplines ou par les DMU et d'avoir une vue sur l'ensemble du site. Elle n'aura pas davantage de pouvoir que les autres au sein de la CMEL.

Par 51 voix pour et 3 abstentions, la CME émet un avis favorable à la modification du règlement intérieur de l'AP-HP : conseils hospitaliers territoriaux, commissions médicales d'établissement locales, commissions de soins, charte du bon usage du système d'information.

VI. Avis sur le compte financier 2018 et information sur la 1^{ère} décision modificative de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2019

Compte financier 2018

M. Didier FRANDJI rappelle que ce compte financier 2018 est établi en concertation avec le directoire et doit recueillir l'avis de la CME et du CTE. Le comité d'audit sur la certification des comptes s'est réuni dans la matinée et le conseil de surveillance se tiendra à la fin du mois de juin.

Il signale une nette amélioration du résultat tous budgets confondus (un budget principal et 5 budgets annexes). L'atterrissage est en amélioration avec un déficit de – 122 M€ tous comptes

consolidés et de – 156 M€ sur le seul budget principal (- 199 M€ en 2017), en réduction par rapport à l'ÉPRD initial.

La réduction du déficit du budget principal et du budget consolidé s'accompagne d'une considérable amélioration de la capacité d'autofinancement, qui a doublé entre 2017 et 2018, passant à 181 M€.

Concernant les budgets annexes, on constate une dégradation du résultat financier des unités de soins de longue durée (USLD) et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) pour atteindre un déficit de l'ordre de 20 M€. Ceci est principalement dû à une baisse d'activité et ce malgré une baisse des charges, avec dans un contexte de gel tarifaire. La dotation non affectée (DNA) s'améliore fortement, passant de 40 à 56 M€. Enfin, les écoles sont quasiment à l'équilibre.

Le passage entre 2017 et 2018 de 199 M€ et 157 M€ de déficit du budget principal est en grande partie lié à une maîtrise de la charge de titre 1 (masse salariale à - 0,3 %), à une maîtrise des charges médicales de l'ordre de 5 % et à une quasi-stabilisation des charges médicales dont les coûts sont inclus dans les groupes homogènes de séjours (GHS) (+ 0,4 %). On peut également noter une baisse des charges hôtelières et générales à hauteur de - 1,9 %

L'année 2018 a été marquée par une stratégie ambulatoire vertueuse : l'hospitalisation complète (HC) baisse légèrement de 0,3 %, mais est largement compensée par une forte croissance de l'hospitalisation ambulatoire, médecine et chirurgie) et une forte augmentation de l'activité d'hospitalisation à domicile (+ 8%).

Concernant l'investissement, on note une augmentation des produits de cessions d'actifs (56 M€) et le maintien de l'effort consenti chaque année visant à consacrer 400 M€ à l'investissement sur l'AP-HP ; 382 M€ ont été dépensés en 2018.

Le résultat du budget principal s'améliore de 20 % et s'explique largement par une amélioration de la gestion courante et par une dégradation des situations exceptionnelles. Sur la gestion courante, on note une augmentation des produits de titre 2 (15 M€), des chambres particulières (15 M€), une maîtrise de la masse salariale (12 M€) et une hausse des produits de l'activité externe, pour un total d'exploitation courante de 73 M€. Concernant les situations de gestion exceptionnelles, l'AP-HP a été confrontée à une régulation de la dotation aux amortissements à hauteur de 8 M€, une cession de titres de portefeuilles financiers rapportant 8 M€ et a dû provisionner 14 M€ sur la facturation des séjours auprès des Polynésiens (qui étaient jusqu'à présent tarifés sur le tarif journalier de prestation [TJP] et qui seront dorénavant facturés sur les GHS). Cette provision correspond à deux années de perte liée à la mise en place de cette réforme. Enfin, le re-basage et la ré-imputation des missions d'intérêts général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)- et des fond d'intervention régional (FIR), s'il est réel, est à relativiser : si, facialement, c'est bien une baisse de 47 M€ qui apparaît entre 2017 et 2018, notamment avec la baisse des aides exceptionnelles de l'ARS (30 M€), l'AP-HP a fait le choix sur cette rubrique d'en affecter 18 M€ à l'exercice 2019 et non en 2018 comme prévue initialement

La CME doit aujourd'hui se prononcer les comptes clos 2018 et sur l'affectation des résultats de l'exercice 2018 sur 2019. En situation déficitaire, la seule option possible est de voter un report à nouveau et par ailleurs, d'affecter l'excédent de la DNA à l'investissement. Cette proposition est soumise au vote de la CME.

Comme depuis trois ans, les comptes de l'AP-HP sont soumis à l'appréciation des commissaires aux comptes. Le comité d'audit s'est réuni dans la matinée, en présence du D^r Alain FAYE. Les commissaires aux comptes ont certifié les comptes en maintenant les quatre réserves émises sur les comptes 2017 qui concernent l'exhaustivité des recettes, la difficulté à obtenir l'exactitude des immobilisations (la réserve de la valorisation des terrains a été levée), la difficulté non pas à appréhender le montant des stocks, mais à justifier des stocks dans les services et le manque de documentation permettant de certifier la traçabilité entre les recettes et les dépenses liées à la recherche. Le conseil de surveillance devra se prononcer sur la sincérité des comptes.

Le P^r Michel PEUCHMAUR, membre du comité d'audit, confirme que les comptes 2018 de l'AP-HP ont été certifiés avec certaines réserves.

M. Guy BENOÎT note que les résultats s'améliorent, mais rappelle que l'AP-HP doit fournir un effort d'efficience de 150 M€ depuis plusieurs années. L'activité a augmenté de 1,5 % en 2018, avec une « maîtrise » de la masse salariale qui est en réalité une baisse de 0,3 %, la capacité d'autofinancement (CAF) s'améliore, mais serait négative sans le montant des cessions qui s'établit à 60 M€. L'AP-HP paye à peine ses emprunts et son taux d'endettement est très élevé.

Le D^r Anne GERVAIS distingue la politique de l'établissement affichée dans le plan global de financement pluriannuel (PGFP), avec laquelle la CME n'est pas d'accord depuis plusieurs années, et le constat de l'exécution des comptes. Même si elle n'est pas d'accord avec la baisse de la masse salariale de 0,3 %, force est de dire qu'elle constate que les comptes sont sincères et non frauduleux. Par conséquent elle approuve les comptes clos.

Le P^r Paul LEGMANN s'enquiert de la part de la cession de l'hôtel Scipion dans les cessions d'immobilisations.

M. Didier FRANDJI répond qu'elle n'est pas encore prévue et n'apparaît donc pas dans ces données.

Par 50 voix pour et 4 abstentions, la CME émet un avis favorable au compte financier 2018 et à l'affectation des résultats.

ÉPRD modificatif n°1 2019

L'état des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) 2019 et plan global de financement pluriannuel (PGFP) ont été approuvés en mars 2019 par les autorités de tutelle. Ces dernières ont demandé à l'AP-HP de prendre en compte à la fois le résultat meilleur que celui prévu et l'évolution des tarifs hospitaliers annoncée en mars par la ministre (+ 0,20 %), ce qui permettra à l'AP-HP d'augmenter ses recettes. L'AP-HP a proposé aux autorités de tutelle de continuer à réduire son déficit de 20 % en 2019, conformément à la trajectoire du PGFP qui a été définie. La cible mécanique qui aurait dû être atteinte était de l'ordre de 84 M€. Le résultat pour 2018 reste à - 157 M€. Les efforts d'efficience de + 55 M€ placent le résultat attendu à - 102 M€ et l'effet favorable des tarifs en recettes (+ 18 M€) devraient positionner le résultat à - 84 M€. L'AP-HP a négocié avec les autorités de tutelle le fait qu'elle devait prendre en compte plusieurs éléments en recettes et en dépenses.

Concernant les recettes, la ministre a annoncé une quatrième circulaire budgétaire 2018, dont l'objectif était d'apporter des aides exceptionnelles aux CHU et hôpitaux français publics et privés. L'AP-HP a choisi de la rattacher en 2019, ce qui ajoute 18 M€ aux recettes. En revanche, l'AP-HP

doit prendre en compte le gel de 25 M€ inscrits chaque année en début de campagne. Enfin, l'AP-HP doit prendre en compte l'année d'impact des modifications de facturation des séjours des Polynésiens (- 7 M€).

Concernant les dépenses, il convient de prévoir une hausse des amortissements de 8 M€ et une hausse de la masse salariale à hauteur de 14 M€ (+ 0,3 %) liée aux mesures ressources humaines (RH) annoncées en début d'année sur les remplacements de congés maternité, la rémunération des tutorats, les promotions professionnelles et les premières mesures relatives au plan urgences. L'activité et la maîtrise des charges de titre 2 et de titre 3 restent inchangées.

La synthèse de la décision modification n°1 est représentée graphiquement, avec quelques points saillants : le déficit 2017 (- 199 M€), le résultat 2018 et les différents mouvements qu'il a cités. Le résultat cible 2019 s'établirait à - 138 M€, auxquels s'ajouterait la quatrième circulaire, soit un atterrissage attendu à - 120 M€.

La comparaison de l'ÉPRD initial avec l'ÉPRD modificatif d'une part et entre la clôture 2018 et la DM1 2019 montre que les cibles sont très proches de l'ÉPRD initial, avec une confirmation de la maîtrise des charges (malgré l'augmentation prévue de la masse salariale), une maîtrise des charges médicales (titre 2) et en charges hôtelières (titre 3). Les recettes sont impactées par l'effet des tarifs et du passage du titre 2 au titre 3 des TJP des Polynésiens.

En conclusion, le résultat s'améliore et passe de - 145 M€ à - 120 M€, avec un résultat consolidé passant de - 138 M€ à - 118 M€. La CAF augmente, passant de 118 M€ à 244 M€. Les équilibres de l'ÉPRD sont respectés et en amélioration, tant sur le résultat du budget principal que sur celui du budget consolidé et de la CAF.

M. Guy BENOÎT demande ce qu'il en est des créances irrécouvrables et des factures impayées et si leur taux de recouvrement s'améliore.

M. Didier FRANDJI répond que la situation des créances irrécouvrables et des factures impayées s'améliore d'une année sur l'autre. Le taux de recouvrement s'améliore, malgré les difficultés rencontrées lors de la mise en place du nouvel outil informatique. Le taux de recouvrement est aujourd'hui meilleur dans les établissements passés sous *GAM* par rapport à ceux qui sont restés sous *GILDA*. Les admissions en non-valeur (ANV), de l'ordre de 80 M€, sont aujourd'hui stabilisées et l'AP-HP a enclenché des mesures permettant d'améliorer le recouvrement. L'outil informatique permet d'anticiper les difficultés via une meilleure traçabilité de l'identité et des droits ouverts auprès des patients.

VII. Point sur la mise en œuvre de la réforme du 3^e cycle des études médicales

Le P^r Benoît SCHLEMMER indique que le directeur général de l'ARS a confié à M^{me} Isabelle RIOM et lui-même une mission, basée sur le constat récurrent par certains de la « disparition des internes ». En parallèle, d'autres se plaignent d'un trop grand nombre d'internes (les effectifs d'internes et résidents de médecine sont passés de 3 621 en 1999 à 5 247 en novembre 2018) et d'un nombre insuffisant d'internes en médecine générale (les 1 800 internes en médecine générale en fonction en Île-de-France en 2016 ne sont plus que 1 300 en 2019).

On entend également que les internes sont « *plus nombreux, mais moins présents* », en lien avec le temps de travail, le repos « post-garde », le temps de formation... La présentation abordera la mise en place de la réforme du 3^e cycle et du biseau existant entre la montée en charge de la

réforme pour les nouvelles générations d'internes depuis novembre 2017 et la fin de parcours des internes relevant de l'ancien régime. De nouveaux diplômés d'études spécialisés (DES) ont été créés (médecine d'urgence, gériatrie...), les nouvelles maquettes sont substantiellement différentes de celles qui les précédaient notamment en médecine générale. Elles sont par ailleurs contraignantes au regard des stages développés sur trois phases de formation et prescrivent des stages dans ou hors de la spécialité, avec un renforcement du nombre de stages dans la spécialité.

Dès maintenant en médecine générale, on constate le développement du « virage ambulatoire » via des stages chez le praticien, plus nombreux qu'auparavant. La durée de DES n'ayant pas évolué (3 ans), les internes de médecine générale sont moins présents dans les établissements hospitaliers. Le virage ambulatoire s'annonce dans d'autres spécialités médicales, notamment celles d'exercice libéral prédominant (gynécologie médicale, dermatologie, pédiatrie...).

La diversité, l'étendue et la qualité de la formation plaident en faveur de l'attractivité de l'Île-de-France. L'attractivité de l'Île-de-France baisse toutefois pour le DES de médecine générale, avec des effectifs en réduction : 15 à 25 % des postes ouverts à la région n'ont pas été pourvus par les internes de médecine générale en 2017 et 2018.

Des constantes demeurent et des évolutions sont à prévoir, quel que soit le nombre d'internes à affecter, ce qui soulève la problématique de la répartition :

- nombre et répartition des postes à offrir au choix ;
- « taux d'inadéquation » ;
- répartition AP-HP / hors AP-HP; dans une préoccupation « territoriale » qui n'a pas évolué au cours des dernières années : 57,3 % des postes pourvus en 2010 étaient AP-HP, versus 59,3 % en 2018 ;
- de grandes variations d'une spécialité à l'autre... ;
- jouent sur l'attractivité des internes « *la qualité de l'encadrement, l'activité, l'ambiance, la charge de gardes, la charge de travail, l'éloignement...* » (rapport CME, présenté en 2000).

Plusieurs questions se posent, à savoir :

- « le saupoudrage » ou « la concentration » des internes sur certaines structures ;
- l'équilibre territorial ;
- les modalités de déroulement de la procédure d'agrément des lieux de stage des internes ;
- la typologie variable des activités médicales pour un agrément identique : selon qu'il s'agit d'un service de cardiologie très périphérique et polyvalent ou d'un service de cardiologie très spécialisé d'un gros centre de cardiologie, les internes ne recherchent pas la même chose ;
- les modalités de la procédure de « répartition » des internes dans un système non encore stabilisé (sur les trois premiers semestres de l'internat « nouveau régime », l'essentiel de la population des internes est encore constitué d'internes relevant de l'ancien régime ;
- l'offre de formation en Île-de-France est globalement excédentaire au regard des besoins de formation et aux effectifs alloués.

Plusieurs éléments de réflexion peuvent être apportés, avec un premier lieu le vœu d'une réflexion élargie et conjointe de tous les partenaires de l'internat, car le constat partagé a été celui d'un large manque d'information et de communication. Cette réflexion doit impliquer les coordonnateurs de DES, les représentants des CHU et des autres établissements de santé, les étudiants, l'ARS et aborder d'importantes questions : quelle offre de formation proposer aux

internes en Île-de-France, dans le respect des préconisations des maquettes de spécialités, mais tout en tenant compte de la problématique de l'apprentissage d'un certain nombre de compétences (en vue des métiers qui seront exercés). L'Île-de-France, pas plus que les autres régions, n'a vocation à former uniquement des ultra-spécialistes de centres de recours, mais doit répondre aux besoins de la population, en général. Enfin, il convient également de tenir compte de l'évolution des structures, des organisations et des lignes de garde..., tous éléments susceptibles d'influencer le choix des internes. Plus globalement, il semble nécessaire de progresser dans la réflexion portant sur les ressources humaines en personnel médical. Les internes sont des étudiants qui viennent pour se former : de manière plus marquée dans certaines spécialités, ils posent le problème des ressources médicales affectées à ces spécialités et du fonctionnement des structures.

M^{me} Isabelle RIOM ajoute que d'un site à l'autre, les situations sont très fluctuantes, avec des constats propres à l'établissement en lui-même. Ceux qui rencontrent des difficultés sur le plan des ressources humaines médicales et paramédicales en rencontrent également sur l'accueil des internes. La diminution du nombre d'internes de médecine générale a révélé un certain nombre de difficultés. La problématique de communication est prégnante et il est nécessaire de mener une réflexion commune sur l'organisation de la mise en place de cette réforme.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU précise que l'accompagnement des internes s'améliore indiscutablement à l'AP-HP, comme le confirment les différents travaux menés par le comité CME des internes et le récent audit de la direction de l'inspection et de l'audit (DIA). Toutefois, les tensions dans le fonctionnement des services s'aggravent, du fait de la diminution de l'attractivité de notre inter-région et de la mise en place de la réforme du 3^e cycle avec, notamment, le virage ambulatoire de la médecine générale, au détriment des services de l'AP-HP. Les intérêts de l'AP-HP et des centres hospitaliers divergent clairement : c'est dans ce climat difficile que la mission a été confiée au P^r Benoît SCHLEMMER et à M^{me} Isabelle RIOM par le directeur général de l'ARS. Sa crainte est de voir apparaître des recommandations sous forme de contraintes chiffrées, qui pénaliseraient les services de l'AP-HP et n'iraient pas dans le sens de l'intérêt des internes.

Le P^r Benoît SCHLEMMER rappelle qu'il faut avant tout tenir compte de l'exigence de formation et de qualité de formation et des prescriptions issues des maquettes. Les maquettes des différentes spécialités ont été élaborées pour l'essentiel par les collègues nationaux des spécialités avec l'appui des conseils nationaux des universités (CNU) des différentes disciplines universitaires. Des aménagements devront être envisagés afin que l'offre de formation réponde mieux à l'exigence de formation et vise à éviter l'installation de déséquilibres majeurs. Il est important de savoir quelles sont les capacités de formation des uns et des autres. Il faut éviter de tomber dans une dialectique vaine d'opposition entre le CHU et les autres établissements, et ce d'autant que les structures des autres établissements sont souvent pilotées par d'anciens chefs de clinique de l'AP-HP.

Le D^r Christophe TRIVALLE estime que lorsqu'il n'y a plus d'internes, le problème de leur formation et de leurs gardes ne se pose plus ! Certains secteurs de gériatrie ont ainsi résolu le problème ! Cette réforme survient à un mauvais moment, marqué par une pénurie d'internes, qui déséquilibre de nombreux services et hôpitaux. Après la gériatrie, la médecine interne et les services d'infectiologie sont touchés. D'autres services seront progressivement impactés par cette réforme et son mauvais *timing*. Il demande si les coordonnateurs du DES de médecine générale d'Île-de-France s'interrogent sur cette fuite des internes de médecine générale ? Le fait que ces

internes ne viennent plus à Paris n'est pas uniquement lié au coût de la vie et à la difficulté à se loger.

M^{me} Isabelle RIOM assure que le sujet est régulièrement abordé avec eux. Certains éléments sont remis en cause, comme l'uniformisation de l'enseignement en médecine générale en Île-de-France sur les 7 facultés. Toutefois, il n'existe aucune volonté de la part des coordonnateurs de remettre en cause le tirage au sort des internes dans les 7 facultés lors de leur entrée dans le DES. L'attention de nombreux acteurs a été attirée sur ce sujet. Le fait est que ce ne sont pas les internes de province qui ne viennent pas à Paris, mais les externes parisiens qui fuient l'Île-de-France pour se former en médecine générale et rejoignent les subdivisions de proximité. Une évolution pourrait survenir en 2020, en réponse à la volonté de ministère de réduire l'inadéquation lors du choix d'affectation des externes vers l'internat, qui passerait de 4 % actuellement à 2 voire 1,5 %.

Le P^r Rémi SALOMON estime que les chefs de service doivent être très attentifs à la qualité de l'accueil et du compagnonnage des internes et il les invite à lire attentivement le rapport complet du D^r Louis LEBRUN. La gouvernance de l'hôpital doit également être attentive aux conditions d'accueil des internes et à ce qui fait la vie quotidienne de l'interne. La présentation a insisté sur la procédure d'agrément et la typologie variable des activités pour un agrément identique : les coordinateurs du DES ont sur ce sujet un rôle fondamental. Ils doivent y être bien formés et y consacrer du temps en ayant les moyens de le faire, en leur accordant par exemple quelques vacances pour visiter les services et rencontrer les chefs de service.

Le D^r Nathalie DE CASTRO s'interroge sur le véritable rôle des internes : s'agit-il de se former ou de faire fonctionner les services ? Il s'agit d'une question qui implique toutes les ressources humaines médicales. La situation n'est pas uniquement liée à cette réforme, mais résulte de 15 années d'évolution du temps de travail des internes. Tant que cette question n'aura pas trouvé de réponse, les solutions adéquates ne seront pas identifiées. Certains services seront bien dotés en seniors pour encadrer les internes et d'autres seront sous dotés et accueilleront peu d'internes.

Le président confirme qu'il convient d'être attentif à ne pas laisser s'installer une certaine dérive : l'externe jouant le rôle d'interne, l'interne le rôle de chef de clinique... Les internes ne doivent pas être les « bouche-trous » des services, mais doivent avoir des responsabilités médicales, au risque de rester de grands externes. Cet équilibre est difficile à trouver. Les internes ne sont plus des étudiants de première année !

Le P^r Benoît SCHLEMMER confirme qu'ils sont étudiants de 3^e cycle. Leur formation est fondée sur l'acquisition progressive et graduelle des compétences du futur métier ; au fur et à mesure de leur formation, ils auront un rôle différent dans les équipes selon qu'ils entrent dans la spécialité en premier semestre ou qu'ils sont à 5 ou 6 années de formation. Dorénavant, tout cela est écrit. Les étudiants bénéficient d'un suivi rapproché et d'un système garantissant qu'ils acquièrent étape par étape les compétences nécessaires à l'exercice de leur spécialité. L'hétérogénéité évoquée par le président se retrouve entre les individus, entre les spécialités et entre les sites. Ce qui manque d'un point de vue général est l'appropriation par certains collègues des éléments constitutifs de la réforme et du parcours des internes et la volonté de se plonger dans les maquettes de formation des spécialités.

Le P^r Laurent MANDELBROT estime que le compagnonnage est donnant donnant. Il regrette la rigidité du système actuel, qui fait qu'en fonction des phases socle, approfondissement, consolidation, dans les différentes disciplines, il est parfois compliqué d'assurer une adéquation

entre les demandes des internes et les besoins des services. Il demande si cette rigidité pourra être assouplie dans les prochains choix.

Le P^r Benoît SCHLEMMER explique que la rigidité est propre au système et répond à la saisonnalité de l'activité dans certaines spécialités, et qu'il est nécessaire de s'y adapter. Toutefois, dans la manière dont les choix sont organisés et dont l'offre de stage est conçue, il serait probablement souhaitable de mieux lisser les choses.

Le P^r Thierry BÉGUÉ estime que les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) n'ont pas la même charge de travail que celle des structures hospitalières publiques. Or, sous prétexte que leur activité est très orientée et très spécialisée, les ÉSPIC demandent beaucoup d'internes, ce qui crée d'importants déséquilibres au sein du système, tant pour les hôpitaux généraux que pour ceux de l'AP-HP.

Le P^r Benoît SCHLEMMER explique que certaines demandes formulées par des ÉSPIC leur sont refusées. Pour certaines spécialités, certains lieux d'accueil sont plébiscités par les étudiants. La loi autorise l'accueil des internes dans le privé, et les ÉSPIC participent au service public hospitalier.

Le P^r Rémy NIZARD considère que ce phénomène est inéluctable. Ce changement systémique obligera l'AP-HP à s'adapter à ces contraintes. Le combat contre les ÉSPIC est perdu d'avance. La seule réflexion à avoir est de savoir comment s'organiser à l'intérieur de l'AP-HP pour proposer des stages attractifs et des gardes raisonnables aux internes.

M. François CRÉMIEUX confirme qu'il existe un lien direct entre ce sujet et la constitution des DMU et des GH. Les GH nouvellement constitués sont aux bornes des universités. La force de l'AP-HP, que n'ont pas les ÉSPIC, les cliniques privées et les centres hospitaliers éloignés est d'être en proximité avec le monde universitaire. Le débat sur l'utilité d'avoir un référent universitaire chargé de la formation à l'intérieur d'un DMU a eu lieu : certains ont estimé que le *triumvirat* doyen - responsable de diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) - chef de service était capable d'être attractif pour les internes, d'autres ont estimé que le doyen était essentiel au pilotage de la cohorte d'internes, mais que ces derniers étaient régionaux et plus rattachés à un doyen ou une université. Par ailleurs, certains responsables de DESC ont la responsabilité de leurs internes, mais certaines cohortes comptent plusieurs dizaines à plusieurs centaines d'internes et les responsables de DESC ont alors davantage la responsabilité de la gestion de la cohorte plutôt qu'une gestion individuelle. Enfin, les chefs de service ont une responsabilité sur l'organisation de la formation de chacun des internes, mais par tranche de 6 mois. Lorsqu'elle se compare aux ÉSPIC ou aux cliniques, l'AP-HP affiche une défaillance sur l'attractivité de ses sites hospitaliers et sur sa capacité à organiser les gardes et l'accueil social des internes. Les DMU offrent l'opportunité de savoir comment, à règles du jeu données, l'AP-HP et ses services s'en sortent le mieux possible. Il donne rendez-vous le 1^{er} juillet avec les 76 référents formation des DMU.

VIII. Approbation du compte rendu de la CME du 14 mai 2019

Le compte rendu de la CME du 14 mai 2019 est approuvé à l'unanimité.

IX. Questions diverses

Happytal

Le D^r Nathalie DE CASTRO s'enquiert du montant de l'abonnement annuel du système de conciergerie « Happytal », payé par les sites qui utilisent ce service.

M. Didier FRANDJI propose de traiter cette question au cours de la réunion de la sous-commission activité-ressources (CAR) du 3 juillet afin d'apporter des éléments de réponse précis lors de la prochaine CME. Ce dispositif ne concerne effectivement que peu d'hôpitaux à l'AP-HP.

Accessibilité

Le D^r Anne GERVAIS signale que dans certains sites, l'accessibilité des soignants et des patients atteints de handicap est réduite, y compris dans les nouveaux locaux. De plus, l'utilisation d'ORBIS par les soignants aveugles s'avère impossible, alors que précédemment un système de reconnaissance des caractères pouvait compenser ce handicap. Elle s'enquiert de la politique de l'AP-HP pour améliorer l'accessibilité tant aux soignés qu'aux soignants en situation de handicap et aux transformations d'ORBIS pour répondre à ce problème.

M. Jérôme MARCHAND-ARVIER considère que la question de l'accessibilité, d'une manière générale, à l'AP-HP mériterait une présentation en CME.

Le D^r Laurent TRÉLUYER indique que l'accessibilité d'ORBIS aux malvoyants a été demandée à l'éditeur AGFA il y a plus d'un an maintenant. Il n'existe pas de solution technique disponible aujourd'hui, aucun éditeur ne propose de tel produit en France. Des solutions sont examinées pour être proposées en plus d'ORBIS, mais il s'agit d'un sujet complexe sur le plan technique qui est traité aujourd'hui par les équipes de l'AP-HP, en lien avec l'éditeur détenteur du marché.

Ressources humaines médicales, attaques virales informatiques, adéquation personnel / capacitaire

Le D^r Christophe TRIVALLE indique que la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (CTEM) souhaiterait connaître les motifs de démission des chefs de service, des PH, des PU-PH, des chefs de pôle, des futurs directeurs médicaux de DMU... Ces motifs peuvent, dans certains cas, traduire un dysfonctionnement humain ou des conflits.

Par ailleurs, il souhaiterait obtenir des informations sur les attaques virales dont a été victime le système d'information de l'AP-HP. À plusieurs reprises, les systèmes ont été totalement bloqués, perturbant les activités de prise en charge des patients, faute de pouvoir consulter les dossiers médicaux ou d'effectuer des prescriptions par exemple.

Enfin, le sujet de « adéquation personnels capacitaire » (APC) : un logiciel et des abaques ont été créés et calculent automatiquement le nombre d'équivalents temps plein (ÉTP) pour un nombre de lits donné. Il demande comment ont été calculés les effectifs pour les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de soins de longue durée (SLD).

Le président indique que le sujet de l'APC sera abordé en CME à l'automne.

M. Jérôme MARCHAND-ARVIER confirme que si les motifs de démission sont connus, il n'y a pas de contre-indication à les fournir à la CTEM. Concernant le sujet APC, il a été abordé au moins à deux

reprises en CME et il rappelle qu'elle s'applique exclusivement sur le champ MCO et donc pas aux services d'USLD. Il invite le D^r Christophe TRIVALLE à lui faire remonter les informations contradictoires dont il disposerait.

Le D^r Laurent TRÉLUYER revient sur les attaques virales dont l'AP-HP est régulièrement victime. Récemment, les adresses internet ont été attaquées pendant 6 heures, nécessitant de bloquer tous les nouveaux accès sur ORBIS pour préserver les 10 000 utilisateurs en cours. Certaines décisions peuvent être drastiques et il s'en excuse. D'anciennes applications comme *GILDA* posent des problèmes de maintenance informatique. Les référents dans les GH sont informés du moindre changement. L'absence de messagerie survenue la veille pendant 4 heures est liée à un blocage mondial du système du prestataire informatique *Symantec*.

Le D^r Patrick DASSIER cite le cas d'un collègue praticien hospitalier titulaire d'anesthésie-réanimation de Henri-Mondor qui souhaite avoir une activité libérale et à qui l'Administration a répondu que l'activité libérale n'était pas accessible aux praticiens hospitaliers titulaires d'anesthésie-réanimation. Cela est faux, et il conviendrait de le préciser à l'Administration de Henri-Mondor.

Le président confirme que cela est légal et doit être obligatoirement accepté.

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