COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE

DU MARDI 15 MAI 2018

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE

DU MARDI 12 JUIN 2018

SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Plan de transformation de l'AP-HP : axes et méthode	10
III.	Financement des maladies rares à l'AP-HP	14
IV.	Enquête 2017 sur les blocs opératoires	15
V.	Avis sur le programme d'investissement 2018 de l'AP-HP concernant les équipements médicaux	18
VI.	Information sur la procédure de révision des effectifs 2019 de praticiens hospitaliers	18
VII.	Informatisation de la gestion du temps de travail du personnel médical (GTPM)	21
VIII.	Modifications de pôles	22
IX.	Questions diverses	22
X.	Approbation du compte rendu de la CME du 3 avril 2018	24

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (Pr Noël GARABÉDIAN)
2. Plan de transformation de l'AP-HP : axes et méthode (MM. Jérôme MARCHAND-ARVIER et Raphaël BEAUFRET)
3. Financement des maladies rares à l'AP-HP (Mmes Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ et Christine WELTY)
4. Enquête 2017 sur les blocs opératoires (Pr François RICHARD, Mme Catherine TARDY)
5. Avis sur le programme d'investissement 2018 de l'AP-HP concernant les équipements médicaux (M. Didier LE STUM)
6. Information sur la procédure de révision des effectifs 2019 de praticiens hospitaliers (Mme Gwenn PICHON-NAUDÉ)
7. Informatisation de la gestion du temps de travail du personnel médical (GTPM) (Mme Gwenn PICHON-NAUDÉ)
8. Modifications de pôles (Pr Paul LEGMANN)
   - Transfert du service de neurologie des hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis (HUPSSD) du pôle *Activités cancérologiques spécialisées* vers le pôle *Médecine interne, inflammation, infection, inter-âges et rééducation*
   - Transfert du service d'hygiène des HUPSSD du pôle *Accueil, urgences, imagerie* vers le pôle *Biologie, pathologie, produits de santé*
9. Questions diverses
10. Approbation du compte rendu de la CME du 3 avril 2018

SÉANCES RESTREINTES

Composition D

- Avis sur les candidatures aux emplois de PHU offerts au recrutement (révision des effectifs 2018)

Composition B

- Avis sur une demande de détachement d'un MCU-PH des disciplines médicales dans le corps des MCU-PH des disciplines pharmaceutiques

Composition A

- Avis sur la candidature à un emploi de PU-PH des disciplines médicales offert à la mutation au titre de l'année 2018
- Concertation sur les demandes de consultanat

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix délibérative :***

- Mme le Pr Nelly ACHOUR
- M. le Pr René ADAM
- M. le Pr Joël ANKRI
- M. le Pr Jean-Yves ARTIGOU
- M. le Pr Thierry BÉGUÉ
- M. le Pr Sadek BELOUCIF
- M. Guy BENOÎT
- Mme Lynda BENSEFA-COLAS
- M. le Pr Olivier BENVENISTE
- Mme le Pr Catherine BOILEAU
- M. le Pr Francis BONNET
- Mme le Dr Marie BORNES
- 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 Stanislas CHAUSSADE
- M. le Pr Yves COHEN
- M. le Pr Bruno CRESTANI
- M. le Dr Rémy COUDERC
- Mme le Dr Sophie CROZIER MORTREUX
- 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 Bernard GRANGER
- M. le Pr Philippe GRENIER
- M. le Pr Bertrand GUIDET
- M. le Dr Christian GUY-COICHARD
- M. le Dr Olivier HENRY
- Mme le Pr Dominique ISRAËL-BIET
- M. le Pr Paul LEGMANN
- M. le Pr Michel LEJOYEUX
- M. le Pr Laurent MANDELBROT
- Mme le Dr Véronique MOLINA
- Mme le Dr Lucile MUSSET
- M. le Dr Jean-Marc NACCACHE
- Mme le Dr Isabelle NÈGRE
- M. le Pr Rémy NIZARD
- Mme le Dr Valérie PÉRUT
- M. le Pr Michel PEUCHMAUR
- Mme le Dr Élisabeth PORSMOGUER LACOUR
- M. le Pr Dominique PRIÉ
- Mme Caroline RAQUIN
- M. le Pr Christian RICHARD
- M. le Dr Frédéric RILLIARD
- Mme Isabelle RIOM
- M. le Pr Rémi SALOMON
- M. le Dr Thomas SCHOUMAN
- M. le Pr Eric THERVET
- M. le Pr Nicolas THIOUNN
- M. le Pr Jean-Marc TRÉLUYER
- M. le Dr Christophe TRIVALLE

- ***avec voix consultative :***

- Mme Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- M. le Pr Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
- Mme Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Mme le Dr Lynda BENSEFA-COLAS, médecin coordonnateur du service central de santé au travail de l'AP-HP
- 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
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- Mme Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, secrétaire général
- M. Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information,
- Mme Florence VÉBER, directrice des relations internationales (DRI)
- Mme Suzanne VON COESTER, directrice des affaires juridiques (DAJ)
- Mme Catherine TARDY, directrice de site – projets (DPT)
- Mme Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- Mmes Hélène OPPETIT et Gwenn PICHON-NAUDÉ (DOMU)

- ***Représentant de l'ARSIF :***

- M. le Dr Pierre FOUCAUD

- ***Membres excusés :***

Mmes et MM. les D^{rs} et P^{rs} Yves AIGRAIN, Philippe ARNAUD, Jean-Louis BEAUDEUX, Catherine BERNARD, Françoise BOTTEREL CHARTIER, Christophe CELLIER, Gérard CHÉRON, Rémy COUDERC, Nicolas DANTCHEV, Patrick DASSIER, Jacques DURANTEAU, Jean-Eudes FONTAN, Pascale GAUSSEM, François GOFFINET, Olivier HÉLÉNON, Ariane MALLAT, Louis MAMAN, Tarright NAMIK, Antoine PELHUCHE, Patrick PELLOUX, Valérie PERUT, Claire POYART, Bruno RIOU, Philippe RUSZNIEWSKI, Phanarom THONG, Denis TIXIER, Noël ZAHR, Michel ZÉRAH

MM. Martin HIRSCH, Arthur DAUPHIN, Jean-Vincent LAQUA, Moïse MICHEL, Yann FLECHER, Mme Sophie GUILLAUME

I. Informations du président de la CME

Le président excuse le directeur général, exceptionnellement absent en raison d'un déplacement à l'étranger. M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, secrétaire général, le représente.

Hommage au Pr Gilles CHIOCCHIA

Le président et le **Pr Joël ANKRI**, président de la CME locale des hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest (HUPIFO), rendent hommage au Pr Gilles CHIOCCHIA, responsable de la plate-forme bio-marqueurs dans le service d'hématologie-immunologie d'Ambroise-Paré, décédé le 27 mars à l'âge de 54 ans.

La CME observe une minute de silence en sa mémoire.

Mouvement à la CME

Le président informe la CME que le Pr Nathalie CHARNAUX, biochimiste dans le groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis* (HUPSSD), a été élue doyenne de l'unité de formation et de recherche (UFR) de santé, médecine et biologie humaine (SMBH) de l'université Paris 13. Elle succède au Pr Jean-Luc DUMAS, qui quitte donc la CME. Le président remercie chaleureusement le Pr DUMAS pour son investissement dans les travaux de la CME et au service du CHU d'Île-de-France.

Services d'aide médicale urgente (SAMU)

Le président revient sur le drame survenu à Strasbourg et indique que la ministre en charge de la santé a réuni le 14 mai les représentants nationaux des urgentistes. Avant de donner la parole au Pr Pierre CARLI qui a assisté à cette réunion, il rend hommage au travail des équipes des services d'urgences et des SAMU qui rendent un service inestimable à la population.

Le Pr Pierre CARLI souligne que les commentaires qui circulent actuellement sur les réseaux sociaux s'appuient sur un extrait limité de l'enregistrement d'une conversation entre l'opérateur de régulation et la victime. Il reconnaît que les propos tenus ne sont pas conformes à ce qui est attendu par un personnel en charge de la régulation des flux d'appels. Cependant, seul un extrait de l'enregistrement a été diffusé sans autre information sur les propos tenus avant et après. En outre, il faut savoir que l'affaire médicale est loin d'être simple puisqu'aucune information n'est encore disponible sur les causes exactes du décès. Il invite donc tout un chacun à faire preuve de la plus grande prudence sur l'interprétation des faits.

Il rappelle que les SAMU en France traitent 26 millions d'appels d'urgence par an dont seuls 10 à 12 événements indésirables donnent lieu à dépôt de plainte. Même s'il existe une sous-déclaration, les événements indésirables, il est à noter qu'ils restent très rares. Par ailleurs, la formation de l'assistant de régulation médicale est proche de celle des aides-soignants. Il invite également à ne pas juger les personnes tant que l'enquête n'est pas close car des propos sortis de leur contexte peuvent être compris de manière biaisée, comme des propos tenus par un aide-soignant au lit du malade peuvent être jugés inappropriés s'ils sont sortis de leur contexte.

Le Pr Pierre CARLI s'étonne que ce scandale éclate en mai alors que le décès de la victime a eu lieu en décembre. Ce décalage peut sembler surprenant alors que va sortir le rapport conjoint de l'Inspection générale de l'administration (IGA) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur les numéros d'urgence. Ce dossier ne ressort probablement pas par hasard alors

que certains plaident pour que les pompiers centralisent tous les appels avant d'en redistribuer une partie au SAMU.

Lors de la réunion organisée le 14 mai avec le ministère de la Santé, il a été discuté des propositions à porter pour améliorer les prises en charge. Une piste est de mettre en place une politique d'assurance qualité sur les flux d'appels et de structurer le traitement des plaintes. Dans le cas récent, l'enregistrement de l'appel a été envoyé par la poste à la famille, fait inadmissible alors que cette famille venait de perdre un de ses membres dans des conditions dramatiques. Le travail à conduire sur l'assurance qualité permettrait d'améliorer et d'homogénéiser la déclaration des événements et le traitement des plaintes, sachant qu'il n'existe pas aujourd'hui de recommandations nationales.

Le ministère de la Santé a décidé de surseoir à la communication du rapport IGS-IGAS sur les numéros d'urgence afin de ne pas ajouter de la confusion au débat. Une feuille de route sera communiquée le 1er juillet en vue de mettre en place, dans le cadre de la certification des établissements, des procédures permettant de traiter de manière efficace les événements indésirables graves et d'en tirer les conséquences. Il faire preuve de modestie sachant que l'AP-HP n'est pas à l'abri qu'un événement indésirable grave touche l'un de ses quatre SAMU comme toute autre structure de soins. Il demande aux membres de la CME de ne pas communiquer à ce sujet sur *Twitter* étant entendu que l'enquête de justice reste en cours ainsi que l'enquête de l'IGAS et l'enquête de l'inspection du ministère de l'Intérieur. Le souhait des professionnels est que cet événement dramatique permette d'améliorer la situation. Puis, indique avoir eu une longue conversation à ce sujet avec le directeur général qui a annoncé qu'il se montrerait proactif pour faire bénéficier les appels d'urgence des acquis de la démarche initiée sur les déclarations des événements indésirables graves.

Le président confirme le soutien de la CME de l'AP-HP à cette démarche qualité dans laquelle elle ne manquera pas de s'impliquer.

Conseil de discipline des internes

La CME doit proposer deux noms de PU-PH au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) pour le renouvellement de la section pharmacie du conseil de discipline des internes. Le **président** propose de désigner les Prs Jean-Louis BEAUDEUX, doyen de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes, et Patrice PROGNON, vice-doyen de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Sud.

La CME approuve ces propositions à l'unanimité.

Plan dit « ressources humaines – personnel médical » (RHPM)

Le comité central de suivi du plan RHPM 's'est réuni le 13 avril.

Le président rend hommage au travail très important que mène le Pr Serge HERSON dans ses missions de conciliateur médical en lien avec la sous-commission *Vie hospitalière* (CVH) de la CME, la DOMU, la direction générale et lui-même. Depuis sa nomination en août 2017, il a ouvert 28 dossiers ; 14 sont solutionnés à ce jour, dont 10 grâce à des mutations. De ces premiers mois de fonctionnement, 3 enseignements peuvent déjà être tirés :

- ne pas laisser les situations s'enkyster, ce qui demande d'identifier et signaler les difficultés le plus tôt possible, et de prendre des décisions précocement ;

- .rechercher le dysfonctionnement plutôt que la faute ;
- développer la culture de mobilité et faciliter les mutations lorsqu'elles peuvent résoudre une situation.

Le président ajoute que le comité central de suivi du plan RHPM a abordé trois autres points: l'accès au service de santé au travail dans un contexte de pénurie de médecins du travail, la prévention des addictions et la prise en charge des internes en difficulté. Il rappelle qu'il a chargé le Pr Jean-Yves ARTIGOU de travailler sur cette thématique.

Le président indique que de nouveaux conciliateurs centraux ont été proposés dans le cadre des consultanats pour la période 2018-2019. Les conciliateurs centraux proposés sont les P[rs] Laurent JACOB, Pierre CORIAT, Guy THOMAS et Patrick HARDY. Les conciliateurs locaux proposés sont les P[rs] Sidney HOURY, Dominique ISRAËL-BIET et André KAHAN.

Plan de transformation de l'AP-HP

Le président explique que, dans la suite des travaux dits *« oïkéiosis »* dont la CME a été régulièrement informée, une réflexion a été lancée au directoire sur le mode de fonctionnement de l'AP-HP en général. Les pistes envisagées visent à donner plus d'automie au niveau local en allégeant le siège, ce qui pourra aussi amener à revoir les rôles respectifs de la CME et des CME locales (CMEL). Le siège et la CME seraient recentrés sur des rôles d'arbitrage et de définition de la stratégie. Ils devront aussi garantir que ne se développent pas des concurrences stériles entre les groupes hospitaliers.

Le président transmettra le projet, qui n'est encore qu'un *draft*, aux membres de la CME et une discussion aura lieu à la séance de juin. Il n'y aura pas de « cabinet noir » et il souhaite que ce débat soit mené dans la transparence. Il précise que le plan de transformation de l'AP-HP englobe de nombreuses autres thématiques : qualité de vie au travail, rémunération, etc. Il se dit convaincu de la nécessité de faire évoluer l'AP-HP pour l'armer mieux face à ses concurrents du secteur privé non lucratif et lucratif, et de revoir son fonctionnement. À un an et demi de la fin de son mandat, il lui semble que c'est le bon moment pour engager une réflexion de fond, qui doit aussi porter sur les rôles respectifs de la CME et des CMEL, en sachant que les CMEL fonctionnent aujourd'hui de façon très hétérogène. Il faut réfléchir sur le degré d'autonomie que l'on souhaite pour les groupes hospitaliers, tout en conservant un siège et une CME centrale. Il souhaite donc que la CME fasse part de ses idées et que les débats soient riches à la CME de juin.

Le plan de transformation de l'AP-HP s'inscrit dans les diverses réflexions menées aujourd'hui au niveau national sur le rôle du CHU. **Le président** a ainsi rencontré le 4 mai MM. Christophe STRASSEL et Benoît VALLET, conseillers maîtres à la Cour des comptes. La Cour des comptes a rédigé un 1er rapport sur l'enseignement et la recherche dans les CHU. Plus que réduire le nombre de CHU en France, il pense possible d'imaginer la mise en place de réseaux entre CHU de région, chacun avec ses pôles d'excellence, pour mieux traiter les enjeux de recherche, d'enseignement et d'accueil des internes.

Le second rapport de la Cour des comptes porte l'offre de soins dans les CHU. Il s'agit donc de réfléchir à la spécificité du CHU en matière de soins. **Le président** a contesté la façon de voir des conseillers de la Cour des comptes qui partent de l'idée que l'on peut cerner la spécificité des soins en CHU en se basant sur un calcul qui aboutit à dire que 80 % d'une pathologie uniquement traitée en CHU représente 4 % de l'activité des CHU. Il n'est pas possible de s'arrêter à ces chiffres car le CHU assure le recours et parfois l'ultra-recours pour des pathologies dites « courantes » de

malades d'abord pris en charge dans d'autres établissements, sans qu'il en soit tenu compte dans les tarifs. On ne peut donc pas s'arrêter aux principales pathologies uniquement prises en charge en CHU.

Le président met en garde contre la conception d'un CHU qui ne ferait que du recours. Outre le recours et l'ultra-recours, le CHU, c'est aussi la proximité. On ne fait bien l'ultra-recours que si l'on fait bien les soins de proximité et l'enseignement ne peut se concevoir autrement. Les deux ne sont pas dissociables. Le CHU a une mission globale, encore plus marquée à Paris où les spécialistes de ville sont très souvent en secteur 2. Le CHU doit cependant être intégré dans son territoire et, en ce sens, il est important que les groupements hospitaliers de territoire (GHT) permettent une gradation des soins, ce qui n'est pas encore véritablement le cas en Île-de-France. Il faut aussi une meilleure collaboration entre médecine de ville et hôpital.

Parmi les autres réflexions nationales, un séminaire « CHU de demain » a eu lieu les 26 et 27 avril 2018, suite à la lettre de mission des ministres de l'Enseignement supérieur et de la Santé chargeant les conférences de présidents de CME, des directeurs généraux de CHU et des doyens de réfléchir au CHU de demain. De son côté, le Président de la République devrait prendre la parole sur l'hôpital d'ici fin mai ou début juin.

L**e président** estime donc que le contexte invite l'AP-HP et la CME à participer à ses réflexions pour contribuer à la pérennité du service public hospitalier.

Motion sur les tarifs hospitaliers

L**e président** propose à la CME une motion demandant la stabilité des tarifs hospitaliers en 2018.

Le Dr Anne Gervais indique que la situation de l'AP-HP n'est pas isolée mais la baisse des tarifs envisagée repose sur des prévisions d'activité irréalistes selon la Fédération hospitalière de France (FHF). Au-delà du vote de la CME sur la motion, elle invite également tous les membres de la CME à signer la lettre qui sera envoyée au Premier Ministre et dont le lien a été transmis. La motion soumise aux voix est la suivante :

« *La CME de l'AP-HP s'associe à la demande de stabilité des tarifs hospitaliers en 2018 adressée au Premier Ministre par de très nombreux acteurs de la santé (praticiens et paramédicaux, fédérations d'hospitalisation, syndicats, …) et rappelle que le Président de la République s'est engagé publiquement à ce qu'il n'y ait « pas d'économies sur l'hôpital dans son quinquennat* ».

La CME adopte à la motion à l'unanimité des voix exprimées et une abstention.

II. Plan de transformation de l'AP-HP : axes et méthode

M. Jérôme Marchand-Arvier propose de commencer par quelques éléments de contexte avant de passer la parole à Raphaël Beaufret. Le plan de transformation de l'AP-HP vise à sortir d'un raisonnement annuel de court terme pour offrir des perspectives dans un cadre pluriannuel afin de mieux décliner les démarches de transformation. Trois objectifs doivent être recherchés : la qualité des soins, la qualité de vie au travail des personnels et la transformation dans un cadre économique contraint.

Alors que la démarche *« oïkéiosis* » a été lancée en 2017, il convient aujourd'hui de structurer les projets et de les cadencer. À cet effet, le plan de travail est structuré autour de huit axes et d'une cinquantaine d'actions, sachant que chaque projet sera piloté par un directeur de projet et par un

coordonnateur médical. Un séminaire *oïkéiosis* aura lieu les 9 et 10 juillet 2018. Parallèlement, des échanges ont lieu avec le ministère pour que le plan global de financement pluriannuel (PGFP) s'inscrive également sur la période 2019-2023.

M. Raphaël BEAUFRET indique que la structuration du plan de transformation doit permettre de donner de la visibilité aux projets, sachant que tous n'ont pas encore démarré. Cette structuration est associée à une méthodologie pour vérifier leur avancement. La démarche vise à penser l'efficience de manière intelligence, en transformant les organisations et se dotant de nouveaux outils, plutôt qu'appliquer une politique de rabot.

La structuration de la démarche doit être achevée pour le séminaire qui se tiendra début juillet. Il conviendra ensuite de déterminer les modalités de suivi de ce plan. Le plan de transformation se structure autour des huit axes suivants :

- axe A : conduire les nouvelles opérations majeures d'évolution des structures et de l'organisation ;
- axe B : s'adapter aux évolutions des prises en charge et de la recherche ;
- axe C : regagner en attractivité vis-à-vis des patients et des territoires ;
- axe D : renforcer le travail en équipe et la gestion des ressources humaines ;
- axe E : accélérer la transformation numérique ;
- axe F : renforcer la maîtrise des dépenses de produits de santé ;
- axe G : sécuriser, développer et diversifier les recettes ;
- axe H : optimiser les filières achat et logistique.

Ces huit axes soutiendront une cinquantaine d'actions dont une poignée devra être priorisée.

Sur l'axe A, certaines opérations d'intérêt central sont déjà lancées. Le plan de transformation ne reviendra pas sur ces opérations qui sont soumises à leur propre comitologie. A ces opérations, s'ajoutent de nouvelles opérations majeures : le schéma stratégique des unités de soins longues durée (USLD), la transformation du siège (dans le cadre de son déménagement notamment mais également vis-à-vis de son futur), le projet Avicenne-Jean Verdier, et les trois projets dits « aphp.5 », « aphp.6 » et « aphp.7 ».

Sur l'axe B, les actions concerneront, entre autres, la bascule ambulatoire, l'optimisation des blocs opératoires, la démarche de réduction capacitaire, la mise en place d'une meilleure gestion des lits.

Sur l'axe C, les actions porteront à la fois sur l'offre de soins (optimisation de la prise de rendez-vous en ligne, partenariats avec les centres de santé, etc.) et sur des projets thématiques afin de relancer certaines filières de manière ciblée (ophtalmologie, chirurgie orthopédique, etc.).

Sur l'axe D, les projets viseront notamment le développement des protocoles de coopération et de pratique avancée mais aussi le développement de la qualité de vie au travail et l'optimisation des cycles de gestion RH, entre autres.

Les projets de l'axe E viseront à accélérer quelques projets phare notamment concernant la mutualisation des standards téléphoniques ou encore le déploiement de la reconnaissance vocale ou la dématérialisation du courrier.

L'axe F portera sur la maîtrise des dépenses liées aux achats de produits de santé, sur le bon usage et la juste prescription et sur l'organisation du circuit du médicament.

L'axe G se focalisera sur les recettes avec par exemple un projet visant à moderniser les circuits patients et un projet visant à mieux facturer les conditions particulières lorsque c'est indiqué. D'autres projets porteront sur l'amélioration du codage et sur la possibilité de développer des ressources complémentaires (meilleure valorisation des locaux, optimisation du parc locatif, vente de certains services, meilleure valorisation de la propriété intellectuelle).

L'axe H visera à amplifier les actions engagées dans le domaine des achats (hors produits de santé) et à identifier des projets supra-GH dans la filière logistique (restauration, déchets) pour améliorer le service aux utilisateurs.

M. Raphaël BEAUFRET précise que le périmètre de ces projets est encore mouvant. Pour certains projets, les porteurs sont déjà identifiés. Une démarche est lancée pour identifier les porteurs aptes à soutenir les projets non encore attribués. Ce portage sera partagé avec la désignation d'un porteur administratif mais également d'un référent médical et/ou paramédical. L'identification de ces personnes fait l'objet de discussions avec les directions des GH et avec la présidence de la CME. L'objectif est de pouvoir envoyer des lettres de mission d'ici la fin du mois de juin. Les porteurs de projet administratifs et les coordonnateurs médicaux bénéficieront d'une assistance de la direction du pilotage de la transformation (DPT), ainsi que d'autres directions du siège, dans le suivi et la conduite du projet.

Le président se félicite que le plan de transformation soit un plan ambitieux. L'AP-HP doit donner l'exemple et se montrer novatrice. Il souhaite que les membres de la CME soient volontaires pour s'impliquent dans la démarche. La désignation de coordonnateurs médicaux aux côtés des porteurs administratifs lui apparaît fondamentale et il souhaite que les personnels paramédicaux soient aussi associés.

Le Dr Christophe TRIVALLE estime que le plan de transformation s'apparente à une « usine à gaz » voire à un plan « fourre-tout ». Certains termes y sont répétés : « efficience », « mutualisation », « réduction capacitaire », mais sans donner d'indications claires. La présentation qui est faite ce jour lui semble absconse : il invite plutôt à préparer un plan plus structuré qui hiérarchisera les actions suivant leur degré de priorité.

M. Raphaël BEAUFRET explique que l'objectif du point à l'ordre du jour était de présenter la démarche dans ses grandes lignes, sachant que le temps n'était pas suffisant pour présenter tous les actions. Certains projets plus précis ont déjà fait l'objet d'une présentation devant la CME ou feront l'objet d'une présentation dans les prochains mois. La démarche n'est nullement de créer une « usine à gaz » mais de viser la simplification et la clarification et d'être transparent sur les projets de transformation.

Le président souligne combien tous les sujets sont importants. Tout est lié et il faut avancer sur tous les sujets en même temps, même si cela fait aussi la difficulté de la démarche.

Le Dr Anne GERVAIS plaide pour que soit associée la communauté médicale et paramédicale, au moins sur les axes B, C et D, qui concernent directement les soignants (développement des protocoles de coopération et de pratique avancée, qualité de vie au travail, etc.). Elle souhaite également obtenir des précisions sur certaines pistes comme celle consistant à vendre en externe des services de bio-informatique.

Le Pr Rémi SALOMON considère que l'AP-HP doit évoluer mais reconnaît que la démarche, telle qu'elle est présentée, peut paraître compliquée. Il souhaite également que la communauté

médicale puisse être pleinement associée à la démarche, y compris dans le choix des thématiques, pour ne pas être uniquement observatrice des projets, mais se les approprier. Sur la thématique de la qualité de vie au travail, il est volontaire pour participer aux réflexions qui seront engagées.

Le président explique que les porteurs des projets ne travailleront pas seuls mais devront former des groupes à leurs côtés. Il souhaite que des membres de la CME s'impliquent dans ces groupes, ce qui veut aussi dire assister aux réunions et participer activement aux travaux des groupes.

Le Pr Paul LEGMANN reconnaît que l'AP-HP doit se réformer. Cependant, les projets « aphp.5 » et « aphp.6 », qui sont déjà lancés, se heurtent au fait que le redéploiement de certaines responsabilités nécessite de nouvelles lois. Aujourd'hui, les CME locales (CMEL) ne sont pas reconnues dans le code de santé publique. Aussi, il est possible que certaines évolutions envisagées ne dépendent pas uniquement de l'AP-HP.

Le président invite en effet à ne pas confondre le plan de transformation et d'autres projets plus larges. Par ailleurs, il existe un règlement intérieur de l'AP-HP qu'il est possible d'amender et d'ajuster. Toutefois, certains changements nécessiteront des modifications juridiques plus lourdes.

Le Pr Olivier BENVENISTE souhaite évoquer le projet de dématérialisation. Il observe que les hôpitaux doivent aujourd'hui travailler simultanément avec des dossiers papier et *ORBIS*, qui n'est pas encore exploité à pleine capacité, notamment faute d'une arborescence des antériorités. Une visite a été effectuée en Allemagne pour se rendre compte des services que peut apporter *HYDmedia* (logiciel de stockage lié à *ORBIS*) ou le scannage en masse des dossiers papiers dans une usine dédiée. Il s'avère que ces solutions techniques peuvent aider à mieux indexer les dossiers numérisés et à récupérer les données principales des dossiers médicaux encore sous format papier. Il ajoute que *VocalSoft*, un outil de reconnaissance vocale, est également en test et fournit de premiers résultats étonnants, mais dont le développement posera la question du futur des missions des assistantes médicales.

M. Guy BENOÎT estime pertinent de faire appel à des porteurs et des coordonnateurs médicaux pour dessiner les contours de l'évolution de l'AP-HP qui doit s'adapter à de nouveaux contextes. Ainsi, contrairement à ce que proposait la loi *Hôpital, patients, santé et territoire* (HPST), il existe un besoin de médecins pour définir la politique médicale. Il regrette par ailleurs que le plan de transformation s'interroge sur les moyens de relancer la neurologie, l'ophtalmologie et l'orthopédie, entre autres. La vraie question est de se demander pourquoi l'AP-HP en est à se poser la question de la relance de ces spécialités.

Le président rappelle que c'est la raison pour laquelle il est urgent d'agir afin que le glas ne sonne pas pour ces disciplines. Pour cette raison également, il est essentiel que la communauté médicale soit impliquée dans les évolutions.

Le Dr Nathalie DE CASTRO regrette que la présentation mettant autant l'accent sur la transformation de l'AP-HP sous-entend que les équipes sont immobiles, alors que l'institution n'a jamais cessé de se transformer et de s'adapter au quotidien, et ce malgré les contraintes, dont les effectifs qui diminuent. Elle pense que l'élaboration de grands plans de transformation déconnectés du réel ne soit pas la méthode adéquate, puisqu'il existe le risque que les projets portés ne soient plus prioritaires ou d'actualité à l'échéance du plan à cinq ans. Il faudrait que le plan soit évolutif et à ce titre, pourquoi ne pas se ré-interroger sur les chantiers déjà lancés pour s'assurer qu'ils répondent toujours aux besoins avant de les pérenniser. Elle accepte par ailleurs

de participer à ces chantiers, mais rappelle que les équipes sont surchargées de travail et qu'il pourra être difficile de dégager du temps.

Le président reconnaît que l'AP-HP s'est déjà largement transformée : fusion de services, etc. Il serait faux de dire que le plan de transformation est le « grand soir » et que rien n'a été fait jusqu'alors. Il admet que les difficultés actuelles peuvent rendre plus ardue la participation à ces chantiers, mais il exhorte néanmoins la CME à contribuer aux réflexions et ne se tienne pas à l'écart de ces évolutions.

M. Jérôme MARCHAND-ARVIER remercie les différents intervenants pour leurs remarques et questions. Nombre d'interventions ont porté sur le sens des projets, ces chantiers n'auront de sens que s'ils sont co-portés sur le plan médical et sur le plan administratif. Un premier travail d'identification des coordonnateurs médicaux a été lancé, mais c'est la communauté médicale elle-même qui est la mieux à même d'identifier les personnes qui seront légitimes à soutenir ces démarches. Il souhaite que ce co-portage des projets soit initié au plus tôt afin que la communauté médicale et paramédicale puisse participer à la définition du projet et l'accompagner. Puis il indique que le plan de transformation vise à dessiner une trajectoire pour les quatre prochaines années, tout en actant le fait que certains projets pourraient être réorientés au fur et à mesure en fonction des évolutions.

Pour répondre à la remarque du Pr Olivier BENVENISTE, **M. Raphaël BEAUFRET** confirme que des nouvelles technologies seront bientôt disponibles à l'AP-HP en matière de massification du courrier, de numérisation des documents médicaux – avec leur juste indexation/présentation dans *Orbis* et de reconnaissance vocale. Cependant, avant de lancer ces projets, il faudra effectuer un diagnostic précis des organisations existantes afin d'identifier les meilleures processus à privilégier et préparer les reconversions qui seront nécessaires.

Le président revient sur les propos du Pr Paul LEGMANN qui évoquait la nécessité de certaines évolutions législatives préalables à une transformation. Le projet relatif à la « nouvelle AP-HP » pourrait en effet conduire à revoir sur certains points le statut juridique de l'AP-HP. Au préalable, il faut donc réfléchir aux évolutions que souhaite la communauté médicale en matière de délégations de compétences, de déconcentration, de rôle du siège, de la CME centrale et des CME locales. L'AP-HP doit évoluer pour retrouver son attractivité mais elle doit le faire intelligemment.

Le Dr Isabelle NÈGRE propose que les réflexions à venir s'appuient aussi sur le malaise des soignants, avec de nombreux infirmiers qui se plaignent de ne pas pouvoir passer suffisamment de temps au lit du patient. Un axe du plan de transformation pourrait ainsi porter sur la définition des soins élémentaires ou fondamentaux nécessaires à chaque patient. Avec cette approche, il pourrait être plus aisé de communiquer plus largement et d'associer l'ensemble de la communauté. Par ailleurs certains blocages ne viennent pas de l'AP-HP. Elle travaille depuis trois ans sur un protocole de coopération qui reste toujours en attente de l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS) qui ne partage pas l'engouement pour ces protocoles. Enfin, elle signale que, depuis le démarrage d'*Orbis* les blocs opératoires ne sont plus informatisés et que des documents papier sont de nouveau utilisés pour la feuille d'anesthésie et de surveillance.

Le Dr Alain FAYE conclut en réitérant son invitation aux membres de la CME à participer à la démarche en participant de façon assidue aux groupes de travail et en rappelant combien il est important que la CME soit présente à ce moment clé de l'institution.

Le président conclut en réitérant son invitation aux membres de la CME à participer à la démarche en participant de façon assidue aux groupes de travail et en rappelant combien il est important que la CME soit présente à ce moment clé de l'institution.

III. Financement des maladies rares à l'AP-HP

Le président indique qu'une réunion des associations de patients et de centres de références maladies rares (CRMR) s'est tenue le 14 mai dernier à Necker. Le ministère sera interpellé sur la diminution de la dotation et sur la valorisation des actes.

Mme Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ rappelle que les CRMR de l'AP-HP ont été touchés en 2017 par trois évolutions : la réforme du mode de financement, la campagne de re-labélisation des centres et le recentrage des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) sur les fonctions de coordination, d'expertise et de recherche excluant le financement des surcoûts liés aux soins. Compte tenu de ces évolutions, la dotation en crédits MERRI au titre des CRMR de l'AP-HP diminuera de 11,5 M€. Pour la première année de mise en place, la réduction a été de 2,9 M€ au périmètre de l'institution. L'AP-HP a perdu la labélisation de 8 centres : au terme de la nouvelle campagne, l'AP-HP ne représente plus que 49 % des centres labélisés contre 56 % auparavant. Par ailleurs, des demandes de moyens supplémentaires remontent des centres au titre des fonctions de coordination alors que les surcoûts liés aux soins ne sont pas financés. Necker est très impacté par la réforme : une étude montre que 9,9 M€ de charges contribuant à la prise en charge des patients ayant des maladies rares ne sont pas financés ni par les MERRI ni par l'activité, ni par d'autres financements. Dans ce contexte, le directeur général et le président de la CME ont adressé, le 9 avril 2018, un courrier à la ministre de la Santé pour partager les enjeux financiers et médicaux et pour demander qu'une mission indépendante de l'IGAS puisse objectiver la réalité des charges engagées par l'AP-HP.

Le président insiste sur le rôle très important que jouent les CRMR. Les patients concernés doivent être pris en charge. Les cas sont parfois très lourds et les consultations demandent beaucoup de temps, *a fortiori* face à des familles désemparées. Le CHU doit pouvoir prendre en charge correctement ces situations. Il interroge Mme KERMOAL-BERTHOMÉ sur le montant des frais de structure des CRMR. Il ajoute qu'il évoquera les enjeux et le problème du financement de la prise en charge des maladies rares lors de l'entretien qu'il aura prochainement avec la ministre de la Santé, où il ira accompagné de trois présidents de CMEL.

Mme Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ explique que le sujet des frais de structure est secondaire car les dotations ne servaient pas uniquement à financer la coordination des centres, mais permettaient aussi de financer des surcoûts et donc de limiter le déficit des groupes hospitaliers concernés. Si les financements sont redistribués pour créer des postes pour la coordination, alors le déficit des groupes hospitaliers sera aggravé puisque les surcoûts ne seront plus compensés.

Le président interroge Mme KERMOAL-BERTHOMÉ sur la possibilité des centres qui ont perdu leur labellisation de participer à l'effort général au bénéfice des centres nouvellement labélisés.

Mme Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ indique que ce point a été discuté avec chacun des groupes hospitaliers concernés, cependant la situation est parfois complexe lorsque la dotation a conduit à financer des postes de personnel médical. C'est également pour cette raison que la décision de ne plus accepter de nomination de PH sur des financements missions d'intérêt général (MIG) a été prise pour la révision des effectifs. Concernant les frais de structure, elle a pour mémoire que la direction générale a annoncé qu'ils seraient de 21 %.

Le président demande à Mme KERMOAL-BERTHOMÉ de se mettre en rapport avec les GH comptant des CRMR pour rediscuter avec eux de façon pragmatique.

IV. Enquête 2017 sur les blocs opératoires

Mme Catherine TARDY présente les résultats de l'enquête menée dans les blocs opératoires de l'AP-HP sur une journée donnée. Une 1ère version de cette enquête avait été conduite en 2015 dans le but d'analyser les démarrages des journées opératoires. Le président de la CME et le directeur général ont demandé à renouveler cette enquête en 2017 pour se focaliser sur 3 axes : les démarrages, la *check-list* et le déroulement de la journée. Pour analyser les 2 premiers points, des auditeurs se sont positionnés dans les blocs opératoires. Pour le 3e point relatif au déroulement de la journée, les données du logiciel *iPop* ont été utilisées. Le périmètre de l'enquête a couvert 258 salles opératoires, 247 questionnaires ont été analysés.

Le Pr François RICHARD rappelle que l'enquête menée en 2015 avait révélé des décalages liés aux arrivées des personnels, notamment paramédicaux, par rapport aux démarrages des interventions. Les résultats de l'enquête menée en 2017 sont en amélioration puisque le maximum d'infirmiers de bloc opératoires diplômés d'État (IBODE) est désormais concentré dans l'heure qui précède l'intervention. Dans 17 % des cas, le personnel est présent entre une heure et deux heures avant l'intervention. En revanche, pour les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE), les écarts restent importants. Dans 87 % des cas, le temps entre l'entrée du patient en salle et sa prise en charge par l'équipe d'anesthésie est inférieur à 15 minutes. Cependant, il peut exister un biais dans l'analyse de ces résultats dès lors que le malade n'est pas introduit dans la salle tant que l'anesthésiste n'est pas présent. Dans 96 % des cas, le délai entre la fin de l'installation et l'incision est inférieur à 15 minutes. Dans 25 % des cas, les interventions démarrent avant l'heure programmée. Dans 52 % des cas, les interventions démarrent à l'heure programmée (ou dans les 15 minutes). L'enquête 2017 conduit à dénombrer 25 % de démarrages tardifs.

Les causes de ces démarrages tardifs sont diverses. Dans 30 % des cas, il n'a pas été possible de connaître la raison du démarrage tardif. Dans les autres cas, les retards tiennent aux personnels (38 % des cas), aux patients (11 %), à l'organisation du service, au matériel ou au brancardage. Il n'existe pas de lien entre les démarrages tardifs et les débordements en fin de programme. Selon les tutelles, le temps moyen d'ouverture des blocs est de 10 heures, cependant ce temps moyen est de 9 heures à l'AP-HP et de 8 heures le jour de l'enquête, en fonction des programmes opératoires affichés.

Un tableau de bord est désormais élaboré pour retracer les heures des interventions, les démarrages tardifs, les fins précoces, les urgences et les débordements. Ces données ont été utilisées pour calculer le pourcentage de fins précoces et de débordements par établissement.

Mme Catherine TARDY ajoute que les observateurs ont noté que le coordonnateur de la *check-list* était désigné dans 89 % des cas. Les phases 1 et 2 sont réalisées oralement par le coordonnateur dans 85 % des cas pour la phase 1 et dans 80 % pour la phase 2. En revanche, des progrès restent à accomplir concernant la présence des professionnels au moment de la réalisation de la *check-list.* Diverses actions ont été identifiées suite à l'analyse de ces résultats. Ces leviers d'amélioration portent sur les points suivants :

- renforcer le respect des modalités de réalisation de la *check-list* ;

- mettre en place des formations obligatoires à destination des cadres de bloc, des directeurs opérationnels de bloc et des présidents de conseils de blocs ;
- améliorer la concordance des temps ;
- améliorer la programmation opératoire ;
- rappeler les bonnes pratiques en matière de bio-nettoyage et réaliser des audits réguliers.

Ces résultats ont été présentés dans tous les conseils de blocs et sur tous les sites. D'autres réunions seront organisées pour présenter les bonnes pratiques site par site au cours des prochains mois.

Le président constate que l'enquête repose sur un travail pragmatique qui ne se limite pas à une analyse chiffrée puisqu'elle s'appuie également sur des entretiens avec les équipes. Les résultats hétérogènes présentés montrent l'importance d'une analyse bloc par bloc. Il réitère l'absolue nécessité de réaliser la *check list* selon les bonnes pratiques et rappelle qu'en cas de problème la non-réalisation de la *check list* fait courir le risque de sanctions pénales.

Le Pr François RICHARD rejoint ce point de vue, raison pour laquelle il faut se méfier de la lecture d'indicateurs globaux. Les moyennes sont peu parlantes et il est préférable de tirer des conclusions à la lecture de résultats par salle opératoire et par journée.

Le Pr Sadek BELOUCIF demande pourquoi le taux de complétude de la deuxième phase de la *check-list* est de 85 % alors que parallèlement il est observé que les professionnels ne sont pas toujours présents.

Mme Catherine TARDY explique que la *check-list* est complétée oralement dans 85 % des cas mais pas en présence de l'ensemble des professionnels.

Le Pr Sadek BELOUCIF en déduit que l'obligation n'est donc pas remplie. Il s'étonne par ailleurs qu'il ne soit pas fait référence à la troisième phase de la *check-list*.

Mme Catherine TARDY explique que les auditeurs ont été mobilisés jusqu'à la phase d'incision et qu'ils n'ont pas contrôlé la troisième phase pour des raisons de lourdeurs de l'organisation.

Le Pr Sadek BELOUCIF souhaiterait que la prochaine édition de l'enquête présente un focus sur les trois phases de la *check-list*.

Le Dr Nathalie DE CASTRO demande si l'audit a permis d'évaluer l'impact de l'activité libérale sur le fonctionnement des blocs opératoires.

Le Pr François RICHARD explique que l'enquête n'a pas porté sur l'activité privée, l'objectif principal étant d'évaluer le fonctionnement sur une journée complète.

Le Pr Thierry BÉGUÉ suggère d'adresser ce bilan aux collégiales de chirurgie et d'anesthésie en plus de son envoi aux conseils de blocs. Il souhaite par ailleurs savoir si l'enquête englobe les salles d'urgence.

Le Pr François RICHARD explique qu'il a présenté ces résultats à la collégiale des anesthésistes. Par ailleurs, de nouveaux contacts seront pris avec les conseils de blocs afin de vérifier quelles mesures ont été prises après avoir pris connaissance de leurs résultats. En réponse à la deuxième

question, il annonce que les actes d'urgence n'ont pas fait partie du périmètre de l'étude qui ne portait que sur le fonctionnement de la programmation.

Le Dr Alain Faye souhaite qu'un focus soit fait sur les blocs de chirurgie ambulatoire, ce qui permettrait de vérifier si les approches et les résultats sont identiques ou si s'ils diffèrent.

Le Pr François Richard explique que les blocs de chirurgie ambulatoire sont inclus dans le périmètre de l'étude. Elle ne dénote aucune différence significative entre les blocs classiques et ambulatoires. En revanche, les pertes de temps lors des interventions courtes sont moindres dans ce type de blocs en raison d'une organisation plus efficace.

V. Avis sur le programme d'investissement 2018 de l'AP-HP concernant les équipements médicaux

M. Didier Le Stum présente les principales opérations réalisées en 2017. Les crédits de paiement alloués en 2017 ont été utilisés à hauteur de 105 M€, soit en totalité. La mise en œuvre du plan est plus rapide que par le passé, ce qui limite l'impact en crédits de paiement sur l'année suivante. En 2018, les crédits de paiement sont de même niveau qu'en 2017. L'impact des opérations de 2017 non réalisées sur l'année est plus faible que les années précédentes (31 M€), ce qui permet de dégager des marges de manœuvre plus importantes. Les nouvelles autorisations d'engagement porteront ainsi sur un montant de 107 M€ (soit des crédits de paiement de 74 M€ en 2018 et de 33 M€ en 2019). Comme en 2018, ces opérations concerneront l'accompagnement d'opérations, les équipements lourds et coûteux, les opérations transversales et les dotations de remplacement dont les robots chirurgicaux. Le financement de robots est prévu.

M. Guy Benoît constate que le plan d'équipement est aussi bon que possible dans la conjoncture actuelle mais loin des financements de 2010 qui étaient proches de 500 M€, soit une baisse de 20 %. En outre, au cours des dernières années, l'investissement a été financé par des cessions et par le recours à l'emprunt. Il pense que cette situation est préoccupante et demande à quel niveau se situe aujourd'hui le taux de vétusté qui était de l'ordre de 70 % ces dernières années.

M. Didier Le Stum indique que le taux de vétusté est revenu au niveau de 2012. Ce taux, qui est de 73 %, n'est pas satisfaisant mais s'inscrit à la baisse.

Le Pr Rémy Nizard observe que les crédits sont limités et distribués dans une logique de saupoudrage au vu du nombre d'opérations. Il demande donc s'il ne faudrait pas plutôt s'interroger sur le nombre d'hôpitaux et de blocs opératoires.

Le président indique que certains blocs opératoires qui, bien que neufs, ne sont pas utilisés à plein. Ces situations interpellent et devront être évoquées dans le cadre de la discussion sur la « nouvelle AP-HP ».

La CME approuve le programme d'investissement 2018 de l'AP-HP à l'unanimité des voix exprimées et une abstention.

VI. Information sur la procédure de révision des effectifs 2019 de praticiens hospitaliers

Mme Gwenn Pichon-Naudé rappelle que la révision des effectifs vise à promouvoir et titulariser les jeunes praticiens pour faire vivre les projets médicaux, soutenir l'attractivité de l'AP-HP et

poursuivre la politique de séniorisation. La révision des effectifs demeure un temps fort de la gestion des emplois et des compétences qui doit s'inscrire dans la nécessaire maîtrise des dépenses.

Pour mettre fin aux dérives inflationnistes de la révision des effectifs de PH, la révision 2019 intègre une modification des mécanismes de financement. Pour les cas de maintien de poste de PH, seul le rendu du poste de contractuel sera exigé, sans gages complémentaires. Pour les autres situations, l'autofinancement intégral du poste demeure la règle. Il reste notamment possible de présenter des demandes de poste autofinancés sur la base d'un départ de PH prévu au cours du second semestre 2018. Les postes correspondant aux priorités stratégiques pourront être partiellement ou totalement financés par le produit du prélèvement institutionnel de 0,4 % de la masse salariale. L'attribution de ce financement institutionnel tiendra compte du respect de la cible de masse salariale (personnel médical) notifiée au GH pour l'année 2018, selon la situation à fin juillet 2018. Il ne peut y avoir de création de poste de PH sur des financements non pérennes.

Les enjeux sont d'assurer la réelle neutralité budgétaire de la révision, de mettre fin aux recrutements qui pouvaient servir à préserver de la masse salariale et de maintenir la capacité de l'AP-HP à attirer de jeunes talents. Elle ajoute que les dossiers devront être communiqués pour le 12 juillet. Les dates des groupes restreints ne sont pas encore arrêtées. La première présentation de la liste aura lieu lors de la CME de décembre pour un vote qui sera organisé lors de la CME de janvier 2019.

Le Dr Sophie Crozier souhaite savoir ce qu'entend l'AP-HP avec le terme de « dérives inflationnistes ». Elle souhaite par ailleurs savoir si une attention particulière sera portée sur la transformation des postes de praticiens hospitaliers contractuels (PHC) en postes de PH. À ce sujet, elle signale que nombre de PHC envisagent de quitter l'AP-HP.

Le président explique que le PHC qui se positionne sur un poste PH qui se libère sera titularisé l'année suivante après avoir obtenu le concours. Le différentiel sera automatiquement redonné l'année suivante s'il s'agit d'un poste en maintien. Les PHC de valeur doivent être titularisés rapidement ; pour les postes en maintien, cela dépend uniquement de la volonté du chef de service.

Le Pr Thierry Bégué précise que cette mécanique évite le recrutement d'un vacataire pour la période intermédiaire.

Le Dr Sophie Crozier indique que certains PHC ont attendu pendant des années avant d'obtenir une titularisation.

Le Pr Philippe Grenier ajoute qu'il faut disposer d'une masse salariale pour obtenir une création de poste. En revanche, pour un maintien, le système est désormais plus simple.

Le Pr Stanislas Chaussade observe que la révision est désynchronisée de l'évolution de la masse salariale du personnel médical puisque cette révision ne pourra passer que par la réduction des vacations et contractuels dès lors que la masse salariale est contrainte. Par ailleurs, certains postes ne sont pas liés à l'activité de l'hôpital comme l'obligation qui est faite de recruter des médecins pour la prison de la Santé. Ces postes sont remboursés par le ministère de la Justice mais le poids de cet investissement revient à l'AP-HP. Le cas des médecins exerçant en maisons d'arrêt n'est qu'un exemple parmi d'autres. Il souhaite enfin savoir quelles seront les

conséquences de l'évolution de l'activité sur la révision des PH et sur la croissance de la masse salariale médicale, junior et senior.

Mme Christine WELTY rappelle que la difficulté, pour ce qui concerne les juniors, tient au *numerus clausus* et au fait que l'AP-HP n'a pas la main sur le nombre de postes d'internes qui sont mis au choix dans les établissements. De fait, il a été observé des augmentations importantes du nombre d'internes dans certains services, ce qui peut d'ailleurs entraîner parfois des difficultés en matière de suivi et d'encadrement de ces internes.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE déplore que les établissements ne soient informés qu'au dernier moment du nombre d'internes dans les services. En outre, ces internes représentent un coût pour les établissements.

Le Dr Christophe TRIVALLE demande que les commissions des effectifs locales soient informées sur la nouvelle mécanique à l'œuvre concernant les PHC pour éviter que des décisions de rationalisation infondées soient prises.

Le Dr Nathalie DE CASTRO indique que la révision des effectifs PH n'est pas indépendante de l'évolution des effectifs de HU, d'internes et de personnel non médical. Pour que la révision des effectifs soit juste et acceptée, il importe que les besoins soient entendus et que la réflexion soit globale, quel que soit le statut. Elle rappelle également que tout le fonctionnement de l'AP-HP repose sur les internes et que la réforme du temps de travail des internes a eu un impact sur le fonctionnement des services.

Le président souligne qu'il revient aux commissions locales des effectifs de vérifier la cohérence des effectifs. Par ailleurs, certains secteurs rencontrent des difficultés car ils accueillent trop d'internes tandis que d'autres rencontrent des difficultés car ils manquent d'internes. C'est l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) qui décide du nombre d'internes par spécialité, mais les décisions prises peuvent parfois conduire à des difficultés, notamment pour l'encadrement et l'accès aux blocs.

Le Dr Laurent GILARDIN demande si la révision des effectifs anticipe les effets de la réforme du troisième cycle et de l'augmentation du *numerus clausus* depuis plus de 10 ans. La stagnation du nombre de postes à dépenses constantes pose question alors que la révision du *numerus clausus* vise entre autres à ce que les internes puissent pallier les départs en retraite, il a plus que doublé (3 500 en 1998 contre plus de 7000 par an depuis 2008). Il alerte aussi sur le fait qu'un certain nombre d'internes font actuellement un post-internat comme chef de clinique ou assistant pour terminer leur formation, avant de postuler pour être PH, comme en témoigne l'augmentation récente du nombre de postes d'assistants qui ne sont pas comptabilisés comme des PHC. Dans l'esprit de la réforme du 3e cycle, les internes voulant exercer à l'hôpital à la fin de l'internat devraient pouvoir postuler directement aux postes de PH. En outre, le chef de clinique qui devient PHC après quatre ans d'ancienneté se voit rémunéré sur la base de l'échelon 1, soit une perte substantielle de revenus, en particulier dans les spécialités à garde comme la chirurgie. Il fait aussi remarquer que les postes d'assistants sont plus précaires et moins rémunérés que les postes de PHC.

Mme Gwenn PICHON-NAUDÉ indique que l'ancienneté est automatiquement calculée par le centre national de gestion (CNG) au moment de la titularisation. La 1ère année est donc au 1er échelon avant un calcul de l'ancienneté.

Le Dr Laurent GILARDIN croit pouvoir dire que l'échelon 4 est automatiquement attribué dans d'autres établissements que ceux de l'AP-HP avec une revalorisation salariale pouvant aller jusqu'à 10 %.

Mme Gwenn PICHON-NAUDÉ précise que cette décision ne peut pas être prise à l'AP-HP en vertu des statuts.

Mme Christine WELTY déclare que, si le nombre de postes de PH est stable à l'AP-HP, c'est que des recrutements ont bien lieu pour absorber les départs.

Le président souligne que le nombre de demandes en chirurgie est de 28 en 2018 contre 40 en 2016 et 2017, ce qui doit inquiéter.

Le Dr Anne GERVAIS explique que le raisonnement ne repose pas sur la masse salariale mais sur le nombre d'équivalents temps plein. Ceux-ci seront en augmentation de 9 PH en 3 ans (pour un total de 3 000 PH), soit une augmentation de 3‰, alors que parallèlement l'activité a augmenté de 6 %. La masse salariale doit pouvoir augmenter pour que les effectifs soient adaptés à l'activité, raison pour laquelle la motion de la CME devra être largement diffusée.

Le président reconnaît que la rémunération à l'échelon 4 constitue un facteur d'attractivité souvent utilisé par les centres hospitaliers généraux.

Le Dr Laurent GILARDIN confirme que ces pratiques existent, même pour des disciplines qui ne sont pas en tension.

VII. Informatisation de la gestion du temps de travail du personnel médical (GTPM)

Mme Gwenn PICHON-NAUDÉ souligne que l'AP-HP souhaite se doter d'un outil informatisé de gestion du temps de travail du personnel médical afin de se mettre au même niveau que la majorité des CHU, simplifier le *process* administratif et sécuriser la gestion du temps de travail médical. Au niveau des groupes hospitaliers, cet outil permettra d'améliorer le pilotage du temps de travail médical, de rendre exploitables les données relatives au temps de travail et de permettre aux médecins de consulter leurs « compteurs » (congés, réduction du temps de travail [RTT]).

Le projet est suivi par un comité de pilotage. À l'issue d'un marché négocié, le marché a été notifié à un prestataire (*Act-on*). Le marché débuterait le 1er septembre 2018 pour la phase de conception et de réalisation des spécificités techniques. L'outil serait ensuite déployé sur un site pilote à partir du 1er septembre 2019, sur un GH pilote à partir du 1er mai 2020 avant de déployer l'outil sur l'ensemble des GH à partir du 1er septembre 2020.

Le président souhaite s'assurer que la mise en place de cet outil n'aboutira pas à un « flicage » des médecins.

Mme Gwenn PICHON-NAUDÉ répond que tel n'est pas l'objectif poursuivi. Cet outil permettra de mettre fin à une gestion sur papier imposant la saisie des informations à la main. Par ailleurs, le DSFP demande à transmettre de manière dématérialisée l'ensemble des preuves.

Le président ne s'oppose pas à la modernisation des outils, mais appelle néanmoins à la vigilance craignant que l'outil de gestion des temps soit utilisé au détriment des praticiens, *a fortiori* dans une période délicate.

Le Pr Rémy NIZARD estime que cette volonté de contrôle des temps médicaux est une totale aberration. Le comptage du temps médecin se retournera fatalement contre l'ensemble de l'institution. L'AP-HP se trompe lorsqu'elle fait le choix d'un tel outil qui ne peut avoir que des conséquences catastrophiques.

Mme Christine WELTY explique qu'il ne s'agit pas de faire « badger » les médecins. L'AP-HP ne peut pas continuer à gérer des tableaux de service à la main. Demain, avec un outil de gestion ces tableaux seront remplis de la même façon et par les mêmes personnes, mais de manière informatisée.

Le Dr Isabelle NÈGRE souhaite avoir confirmation que le décompte sera horaire. Si c'est le cas, elle estime que ce système pourra conduire à comptabiliser des heures supplémentaires ou, à l'inverse, à cantonner les professionnels sur leurs horaires postés. Aujourd'hui, les praticiens ne comptent pas leurs heures. La mise en place d'un tel outil pourra avoir des effets pervers.

Mme Gwenn PICHON-NAUDÉ explique que le décompte se fera par demi-journée conformément à la réglementation. Les gardes et astreintes seront décomptées également.

Le Dr Nathalie DE CASTRO ne voit pas pourquoi le personnel médical serait traité différemment du personnel paramédical. Personnellement, ce système lui permet d'informer sa hiérarchie et son service de ses jours de présence ou d'absence. Il évite que les absences se concentrent sur les mêmes journées dans un service donné.

M. Guy BENOÎT rappelle cependant que certains GH tendent à restreindre les jours de RTT, ce qui est contraire à la logique poursuivie avec les tableaux de service.

VIII. Modifications de pôles

1. Transfert du service de neurologie des hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis (HUPSSD) du pôle *Activités cancérologiques spécialisées* vers le pôle *Médecine interne, inflammation, infection, inter-âges et rééducation*

Le Pr Paul LEGMANN précise que le transfert envisagé est une modification du rattachement du service neurologie et rééducation neurologique qui passe du pôle 101 « activités cancérologiques spécialisées » au pôle 105 « médecine interne, inflammation, infection, inter-âge et rééducation». L'équipe en charge de ce service va quitter l'orientation de neuro-oncologie pour se tourner vers une activité centrée sur les maladies neuro-dégénératives. Le service conservera la thématique « pathologies inflammatoires » avec notamment la sclérose en plaques, ainsi que l'activité dédiée aux troubles de mémoire et aux démences. Ce transfert n'entraîne aucune modification de périmètre ou de localisation des activités.

2. Transfert du service d'hygiène des HUPSSD du pôle *Accueil, urgences, imagerie* vers le pôle *Biologie, pathologie, produits de santé*

Le Pr Paul LEGMANN indique que le projet consiste au transfert suite à la suppression du service d'hygiène des 3 unités fonctionnelles de service au sein du service de microbiologie clinique rattaché au pôle 106 « biologie, pathologie, produits de santé », à la modification de l'intitulé du

service de microbiologie clinique qui devient service de microbiologie clinique et de prévention du risque infectieux et à la suppression du service d'hygiène initialement rattaché au pôle 103 « accueil, urgences, imagerie ». Ce projet permet de regrouper les structures participant à la prévention du risque infectieux pour améliorer leur coordination et leur réactivité, de mettre en œuvre une politique GH de prévention du risque infectieux et de faciliter la communication et la gestion du personnel, entre autres. Ce transfert n'entraîne aucune modification de périmètre ou de localisation des activités.

La CME approuve à l'unanimité les deux modifications de structures.

IX. Questions diverses

Protection maternelle et infantile (PMI) et permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Le Dr Nathalie DE CASTRO signale que les centre de PMI de certains départements ne prenaient plus en charge certaines vaccinations obligatoires pour les enfants, pour des raisons de restriction des budgets, et orienteraient les familles vers les PASS de l'AP-HP. Elle demande si ce fait est confirmé et si des mesures seront prises.

Le Pr Laurent MANDELBROT confirme que le conseil départemental des Hauts-de-Seine a réduit les budgets de la PMI. Ces décisions ont des répercussions sur les établissements de Louis-Mourier, Beaujon et Antoine-Béclère. Les PMI du département 92 ont également supprimé le remboursement des examens de dépistage avant le 6e mois de grossesse. Ces décisions ont été prises sans consultation préalable.

Mme Christine WELTY indique que l'ARS a été saisie par la DOMU pour effectuer un recensement du nombre d'actes concernés suite à cette décision départementale. La direction générale de l'organisation des soins (DGOS) a publié par ailleurs une instruction dans laquelle elle demande que les ARS effectuent des enquêtes *flash* auprès des ARS. L'AP-HP a demandé à y être associée pour démontrer que ces décisions désorganisent les prises en charge. C'est un dossier qui est suivi auprès de l'ARS.

Part variable de rémunération

Le Dr Nathalie DE CASTRO constate que les statuts de l'AP-HP offrent déjà beaucoup de souplesse pour rémunérer davantage les médecins (*via* l'activité libérale, des activités d'expertise rémunérées, la prime d'engagement, etc.). Elle demande par ailleurs si le décret permettant d'accorder une part variable de rémunération sur objectifs est appliqué à l'AP-HP. Si ces dispositifs fonctionnent, elle ne voit pas l'intérêt de réviser les statuts uniquement pour permettre ces ouvertures. Si la rémunération variable ne fonctionne pas il convient d'analyser pourquoi avant d'inventer de nouveaux dispositifs de rémunération à la performance.

Mme Christine WELTY précise que la loi HPST a introduit ce dispositif, uniquement pour les contrats de praticiens cliniciens, qui sont accessibles aux médecins non hospitaliers par contrat ou par détachement. Ce dispositif permet d'introduire une part variable dans la rémunération.

Le Pr Thierry BÉGUÉ rappelle que la part complémentaire variable a été négociée bien avant la loi HPST, mais n'est appliqué nulle part, pour des raisons souvent idéologiques. Cette part variable fait cependant partie intégrante du statut.

Gériatrie

Le Dr Christophe TRIVALLE souhaite alerter de la situation catastrophique de la gériatrie à l'hôpital Paul-Brousse. Une lettre commune des gériatres a été adressée au président de la CME et au directeur général. Pour 470 lits, Paul-Brousse ne compte que 9,5 praticiens hospitaliers, 9 praticiens attachés et 4 praticiens hospitaliers contractuels.

X. Approbation du compte rendu de la CME du 3 avril 2018

Le compte rendu de la CME du 3 avril 2018 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 19 heures 30.

* *

*

La prochaine réunion de la CME est fixée au **mardi 13 juin 2018 à 16 heures 30**

Le bureau se réunira le **mardi 29 mai 2018 à 16 heures 30**