

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 9 OCTOBRE 2018

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 2018

SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Problème rencontrés par les jeunes médecins et propositions	9
III.	Plan de transformation de l'AP-HP	14
	<ul style="list-style-type: none">• Organisation du circuit médicament et établissement pharmaceutique• Optimisation des plateaux médico-techniques	
IV.	Bilan annuel de la sous-commission <i>Formation et communication</i> : comité des internes, groupe « internes en difficulté », comité du développement professionnel continu (DPC) et de la formation médicale continue (FMC) »	20
V.	Hémovigilance : bilan annuel	22
VI.	Avis sur la création d'un pôle « unité de soins prolongés complexes » (USPC) à l'hôpital San Salvador	23
VII.	Questions diverses	24
VIII.	Approbation du compte rendu de la CME du 11 septembre 2018	24

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Problème rencontrés par les jeunes médecins et propositions (D^r Laurent GILARDIN)
3. Plan de transformation de l'AP-HP (M. François CRÉMIEUX)
 - Organisation du circuit médicament et établissement pharmaceutique
 - Optimisation des plateaux médico-techniques
4. Bilan annuel de la sous-commission *Formation et communication* : comité des internes, groupe « internes en difficulté », comité du développement professionnel continu (DPC) et de la formation médicale continue (FMC) » (P^r Jean-Yves ARTIGOU)
5. Hémovigilance : bilan annuel (D^r Édith PEYNAUD-DEYBAYLE et P^r Serge HERSON)
6. Avis sur la création d'un pôle « unité de soins prolongés complexes » (USPC) à l'hôpital San Salvador (P^r Paul LEGMANN)
7. Questions diverses
8. Approbation du compte rendu de la CME du 11 septembre 2018

SÉANCES RESTREINTES

Composition A

- Avis sur la mobilité hospitalière d'un PU-PH

- Assistent à la séance

• avec voix délibérative :

- M^{me} le P^r Nelly ACHOUR
- M. le P^r René ADAM
- M. le P^r Joël ANKRI
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P^r Thierry BÉGUÉ
- M. le P^r Emmanuel BARREAU
- M. le P^r Sadek BELOUCIF
- M. Guy BENOÎT
- M. le P^r Olivier BENVENISTE
- M^{me} le D^r Catherine BERNARD
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M^{me} le D^r Marie BORNES
- M^{me} le D^r Clara BOUCHÉ
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^r Jean-Claude CAREL
- M. le P^r Pierre CARLI
- M. le P^r Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^r Gérard CHÉRON
- M. le P^r Yves COHEN
- M. le P^r Philippe CORNU
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M. le P^r Bruno CRESTANI
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER
- M. le D^r Michel DRU
- M. le P^r Jacques DURANTEAU
- M. le D^r Alain FAYE
- M^{me} le P^r Marysette FOLLIGUET
- M. le P^r Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS
- M. le D^r Laurent GILARDIN
- M. le P^r François GOFFINET
- M. le P^r Bernard GRANGER
- M. le D^r Olivier HENRY
- M^{me} le P^r Dominique ISRAËL-BIET
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M. le P^r Laurent MANDELBROT
- M. Moïse MICHEL
- M^{me} le D^r Véronique MOLINA
- M^{me} le D^r Isabelle NÈGRE
- M. le P^r Rémy NIZARD
- M. le D^r Antoine PELHUCHE
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Valérie PÉRUT
- M. le P^r Michel PEUCHMAUR
- M^{me} le P^r Claire POYART
- M. le P^r Dominique PRIÉ
- M. le P^r Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M^{me} Isabelle RIOM
- M. le D^r Thomas SCHOUMAN
- M. le P^r Éric THERVET
- M. le P^r Nicolas THIOUNN
- M. le P^r Jean-Marc TRÉLUYER
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Noël ZAHR
- M. le P^r Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***

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

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

- P^r Nathalie CHARNAUX, directrice de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
- M. le P^r Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Diderot
- M^{me} le D^r Lynda BENSEFA-COLAS, médecin coordonnateur du service central de santé au travail de l'AP-HP
- M^{me} Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M. Raphaël BEAUFRET, directeur du pilotage de la transformation,
- M^{me} Sophie BENTÉGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. Renaud CATELAND, agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS)
- M. François CRÉMIEUX, directeur général adjoint
- M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M^{me} Delphine LUX, directrice adjointe de cabinet du directeur général
- M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, directeur général adjoint
- M^{me} Hélène OPPETIT, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- M. Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information
- M^{me} Suzanne VON COESTER, directrice des affaires juridiques

- ***Représentante de l'ARSIF :***

- M. le D^r Pierre FOUCAUD

- ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Yves AIGRAIN, Philippe ARNAUD, Francis BONNET, Françoise BOTTEREL-CHARTIER, Nicolas DANTCHEV, Patrick DASSIER, Nathalie DE CASTRO, Jean-Eudes FONTAN, Pascale GAUSSEM, Bertrand GUIDET, Sophie GUILLAUME, Christian GUY-COICHARD, Olivier HÉLÉNON, Michel LEJOYEUX, Louis MAMAN, Véronique MOLINA, Loïc MORVAN, Jean-Marc NACCACHE, Élisabeth PORSMOQUER, Rémi SALOMON, Namik TARIGHT, Phanarom THONG, Denis TIXIER, Jean-Marc TRÉLUYER
- M^{mes} Caroline RAQUIN et Sophie GUILLAUME, MM. Alexandre ALLERA, Arthur DAUPHIN, Yann FLÉCHER, Jean-Vincent LAQUA

La séance est ouverte à 16 heures 30, sous la présidence du P^r Noël GARABÉDIAN.

I. Informations du président de la CME

Hommages

La CME a rendu hommage au P^r Keyvan MAZDA, chef du service de chirurgie orthopédique pédiatrique de l'hôpital Robert-Debré, décédé le 3 octobre à l'âge de 59 ans, ainsi qu'au D^r Alain HERNVANN, pharmacien biologiste dans le service de biochimie de l'hôpital Cochin, décédé le 25 septembre à l'âge de 63 ans.

La CME observe une minute de silence en leur mémoire.

Mouvements à la CME

- La CME a accueilli le P^r Thomas SIMIŁOWSKI, élu le 14 septembre président de la CME locale (CMEL) du GH *Hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière – Charles Foix* en remplacement du P^r Philippe GRENIER.
- Le D^r Rémy COUDERC assiste à sa dernière CME avant son départ en retraite le 1^{er} novembre. **Le président** le remercie chaleureusement pour le travail effectué au service de la communauté médicale. Le D^r Marianne LERUEZ-VILLE (service d'hémobiologie de l'hôpital Necker) lui succédera à partir de la CME du 6 novembre.
- Le D^r Laurent GILARDIN, chef de clinique, est nommé MCU-PH à partir du 1^{er} novembre et quittera la CME. Il devrait être remplacé par son suppléant.

Vaccination contre la grippe

Le président informe la CME que, comme en 2017, une séance de vaccination contre la grippe sera organisée salle Gustave-Mesureur juste avant la séance de la CME du 6 novembre. Il invite les membres de la CME à montrer l'exemple et à démentir les rumeurs qui courent sur les dangers des vaccins.

Réforme du système de santé

Le président évoque le discours du Président de la République du 18 septembre 2018 sur la réforme du système de santé, dite « Ma santé 2022 », avec notamment les annonces concernant les exercices mixtes public-privé, le pouvoir renforcé des CME mais sans en préciser les contours, et une remédicalisation qui reste à confirmer dans les actes. **Le président** attend de voir comment ces annonces se concrétiseront.

Le président a participé au colloque organisé le 21 septembre par la confédération des syndicats hospitalo-universitaires, ainsi qu'au séminaire organisé le 3 octobre par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la recherche (IGAENR) pour discuter de leur rapport intitulé « Des personnels enseignants et hospitaliers, 60 ans après l'ordonnance de 1958 : propositions d'évaluation ». Ce séminaire a permis de débattre de la triple mission des CHU : soins, enseignement, recherche. C'est un triptyque auquel, comme beaucoup d'autres, il attache beaucoup d'importance. Le rapport évoque une possible contractualisation – qui reste floue – et une évaluation des 3 missions. Pour l'heure, le projet n'est pas de modifier les statuts. Le rapport évoque également l'émergence d'un statut intermédiaire entre le clinicat et le professeur titulaire. Le statut de MCU-PH pose problème

car il est peu protecteur pour la retraite. Celui de PHU est souvent tombé en désuétude dans quelques facultés. Ce sont des statuts souvent utilisés comme tremplin pour accéder au statut de PU-PH. Le statut intermédiaire à l'étude serait un statut de professeur associé ou de professeur assistant, qui serait un préalable à la titularisation et qui serait au maximum d'une durée de deux fois quatre ans. **Le président** s'interroge sur la pertinence de cette période de huit ans qui interviendrait après un clinicat déjà long, le risque étant que ces professionnels se découragent et se tournent plus rapidement vers la médecine libérale. Il conçoit cependant que la titularisation rapide des personnels puisse poser d'autres problèmes. Des pistes doivent donc être explorées, notamment en créant des passerelles des postes de praticiens hospitaliers (PH) vers des postes de professeurs associés ou assistants pour ceux qui auraient un goût pour l'enseignement et la recherche. Les Assises hospitalo-universitaires qui se tiendront le 13 décembre à Poitiers, permettront sans doute de proposer des pistes sur le CHU de demain, englobant la question des statuts. Un rapport doit être rendu le 6 novembre sur cette thématique mais il n'en est encore qu'à l'état d'ébauche.

Rencontre avec le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS)

Le président a rencontré M. Aurélien ROUSSEAU, nouveau directeur général de l'ARS d'Île-de-France. Cette première prise de contact avec une personnalité très ouverte au dialogue a été très positive. L'un des points évoqués lors de cette rencontre a porté sur les moyens de limiter les concurrences « sauvages » entre les établissements publics. M. ROUSSEAU viendra échanger avec les membres de la CME le 4 décembre prochain.

Missions d'appui

- Une mission a été confiée au P^r Michel FOURNIER et à M^{me} Martine ORIO pour venir en appui au groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris-Sud* (HUPS) qui sont actuellement confrontés à des difficultés financières et stratégiques.
- Une mission sur l'optimisation de l'organisation de l'activité de prélèvement d'organes à l'AP-HP a été confiée au P^r Laurent JACOB dans le cadre de son consultanat.

Robots chirurgicaux

Un marché pour l'acquisition de 9 robots à l'AP-HP est en cours d'élaboration. La France a accumulé un retard important dans la mise en place de la robotique chirurgicale par rapport à ses voisins européens et américains. Le choix des implantations est en cours et la liste sera arrêtée très prochainement. Elle doit tenir compte du nombre de patients potentiels mais aussi de la qualité dans l'utilisation des robots. Il y aura une évaluation et un suivi de leur utilisation, avec possibilité d'ajustement des implantations le cas échéant. Le prix négocié pour ces robots est très avantageux et ne pèse pas démesurément sur les finances de l'AP-HP. Il remercie néanmoins l'effort consenti par la direction générale de cet investissement.

Départements médicaux universitaires (DMU)

Le président indique que M. François CRÉMIEUX et le P^r Jean-Claude CAREL pilotent le groupe de travail sur les DMU qui regroupe une quarantaine de personnes. Il invite les équipes médicales à attendre que les principes de constitution des DMU aient été arrêtés avant de se lancer dans des initiatives précipitées. Les DMU doivent être basés sur un projet médical sérieux, à la fois

universitaire et de recherche. L'Université doit être impliquée dans leur organisation. Le modèle des départements hospitalo-universitaires (DHU) est une réussite et peut être une source d'inspiration : conçus à partir de projets de recherche, ils ont eu un impact positif sur l'enseignement et la recherche. Il ne devrait pas y avoir plus d'une vingtaine de DMU par grands GH. Le groupe de travail sur les DMU présentera ses premières propositions lors du prochain séminaire « oïkéiosis » du 10 décembre, puis le CME en discutera.

Organisation de la pédiatrie spécialisée

Le président indique que le directoire du 2 octobre a débattu de l'opportunité d'ouvrir une réflexion sur la pédiatrie spécialisée. Plusieurs éléments militent en faveur du lancement d'une nouvelle réflexion : la dispersion des équipes dans certaines surspécialités, la fusion des universités Paris V et Paris VII, l'impact d'une éventuelle redistribution des activités adultes de l'hôpital Necker, le projet d'extension de l'hôpital Robert-Debré, le projet de transfert de la pédopsychiatrie de la Pitié-Salpêtrière vers Armand-Trousseau, le positionnement de l'hôpital Bicêtre. Cette réflexion ne sera utile que si elle permet d'aboutir à des propositions pragmatiques. Un premier travail exploratoire va donc être confié à de jeunes pédiatres.

Le président remarque combien ce sujet, qui dépasse le périmètre des GH, confirme la pertinence d'une CME centrale.

Questionnaire sur la « nouvelle AP-HP » et les départements médico-universitaires (DMU)

Le D^r Anne GERVAIS précise que 3 663 questionnaires ont été envoyés par mail, en retour desquels 913 réponses ont été reçues. Les résultats déjà communiqués restent à disposition du groupe de travail constitué sur ce sujet.

Informations du directeur général

Le directeur général annonce que la composition du directoire a été élargie à des invités permanents pour tenir compte des évolutions organisationnelles de l'AP-HP et compte dorénavant une vingtaine de personnes.

Parallèlement, la préfiguration de « aphp.5 » et de « aphp.6 » a commencé avec une prise de fonction des directeurs préfigurateurs le 17 septembre. Des comités exécutifs (COMEX) communs sont en train d'être finalisés sur les périmètres de ces deux ensembles.

Concernant les autres GH, il est organisé une représentation mutualisée – qui n'est pas officielle – mais qui permet de poser un cadre équilibré.

Une réunion a eu lieu avec les présidents d'université et doyens de Paris VII et Paris XIII pour évoquer la situation des autres GH. D'autres rencontres seront certainement planifiées avec les universités du sud de l'Île-de-France.

Le directeur général revient également sur la réforme du système de santé annoncée par le Président de la République et rappelle qu'il y est dit « que le gouvernement soutiendra la transformation engagée à l'AP-HP ». Le chantier qui reste à mener est important. Au-delà des transformations internes qui seront menées à droit constant, il sera également demandé que soit produit un texte législatif, point sur lequel **le directeur général** propose de revenir lors d'une séance ultérieure.

Un document de questions-réponses sur la « nouvelle AP-HP » a été préparé en vue de répondre à plusieurs interrogations. Il réaffirme notamment que l'AP-HP ne sera pas « démantelée ».

Dans le cadre de l'appel à candidatures « instituts hospitalo-universitaires » (IHU), un seul dossier a été retenu, celui porté par le P^r Alain-José SAHEL. Ce projet devrait *a priori* impliquer l'AP-HP puisque les équipes de la Pitié-Salpêtrière ne s'engageront qu'à la condition que l'AP-HP soit considérée comme un partenaire à part entière. **Le directeur général** pense pouvoir annoncer ce jour que cette condition devrait pouvoir être remplie. Des IHU de rang B sont aussi à citer, notamment celui porté par le P^r Hervé DOMBRET pour l'hématologie de Saint-Louis. Si ce projet est finalisé dans les mois à venir, il pourra bénéficier d'un financement de 5 M€.

Le directeur général ajoute que l'AP-HP est entrée dans une phase contradictoire sur un rapport de l'Enseignement supérieur et des Affaires sociales portant sur l'IHU *Institute of cardiometabolism and nutrition* (ICAN) qui connaît des difficultés depuis plusieurs années.

La fondation de l'AP-HP pour la recherche a organisé le 8 octobre, une soirée sur la recherche paramédicale sur la base de brèves présentations de projets. Ces projets sont d'autant plus importants que le DMU doit aussi conduire à animer la recherche paramédicale, domaine sur lequel la France doit encore progresser. Encourager ces projets s'inscrit aussi dans la ligne des annonces du Président de la République, avec les protocoles de coopération et les professionnels de pratique avancée.

Le directeur général signale que l'outil de production de l'agence générale des équipements et produits de santé (AGÉPS) sera sous-traité mais que son activité de recherche-développement sera soutenue. D'ores et déjà, environ la moitié des médicaments sont sous-traités. Cette externalisation doit se poursuivre alors que l'outil de production de l'AGÉPS ne peut pas être maintenu au niveau exigé. La transition sera difficile, mais cette transformation devra conduire à rapprocher les équipes de recherche de l'AP-HP et les équipes de développement de l'AGÉPS.

II. Problèmes rencontrés par les jeunes médecins et propositions

Le D^r Laurent Gilardin présente les propositions soumises par le syndicat des chefs de cliniques, désormais dénommé « Jeunes médecins ». Un livre blanc a également été publié, lequel reprend ces propositions. Les problèmes rencontrés par les jeunes médecins sont de divers ordres, mais ils sont administratifs pour l'essentiel. Certaines situations peuvent conduire à des *burnout* qui sont un phénomène nouveau pour cette population. Les raisons portent principalement sur le respect de la législation, la précarité du statut, et le temps de travail. D'autres problématiques sont propres à l'exercice en région parisienne en raison du coût de la vie.

Les propositions du livre blanc sont consubstantielles, c'est-à-dire qu'elles sont liées entre elles. Concernant la formation, il est proposé que 70 % des choix d'internat soient dédiés à la médecine générale. Il est proposé également de revoir la gouvernance hospitalière en désignant un directeur médical ayant un pouvoir élargi et de favoriser la présence de jeunes médecins au sein des structures médicales. Le livre blanc plaide pour la mise en place d'un statut unique, équivalant au statut de praticien hospitalier (PH), mais mêlant l'activité privée et l'activité publique. La piste est de distinguer le premier recours du second recours et du recours expert pour cadencer l'intervention du CHU et du secteur ambulatoire. Des propositions concernant la réorganisation des hôpitaux locaux et le renforcement du temps médical y sont également rédigées.

Le livre blanc propose la mise en place d'un plan « Jeunes médecins » pour créer un choc d'attractivité. Une prime pourrait être proposée pour attirer ces jeunes vers l'AP-HP. La procédure de révision des effectifs pourrait être revue. Le syndicat est favorable à l'introduction d'une notion de flexi-sécurité dans le cadre de la « nouvelle AP-HP » avec des médecins qui seraient recrutés sur la base d'un contrat, comme dans le salariat, dès lors que ce contrat autoriserait aussi ces médecins à exercer en libéral. Le livre blanc émet aussi plusieurs propositions concernant les moyens, notamment pour renforcer le dossier médical partagé et l'informatisation des outils, sachant qu'*Orbis* est loin de répondre aux attentes des professionnels.

Le P^r Bruno Riou suppose que la proposition consistant à orienter 70 % des étudiants vers la médecine générale reviendra de fait à quasiment supprimer les spécialités médicales et chirurgicales puisqu'il ne sera pas question de toucher aux cohortes les plus importantes que sont la psychiatrie, la médecine d'urgence, l'anesthésie-réanimation, et la gériatrie, toutes actuellement en nombres insuffisants pour juste maintenir les effectifs. Cette proposition n'est pas cohérente.

Le D^r Laurent GILARDIN explique que ces propositions visent à modifier le périmètre de l'activité de la médecine générale. Ainsi, certains actes d'ophtalmologie pourraient être assurés par des médecins généralistes à la condition de suivre une formation adaptée. De même, ces médecins pourraient prendre en charge de petits actes de chirurgie.

Le président sollicite des précisions sur la forme que pourrait prendre la flexi-sécurité préconisée par « Jeunes médecins ».

Le D^r Laurent GILARDIN observe que le système actuel n'apporte pas de sécurité. Au lieu de rechercher la titularisation, le système pourrait privilégier la flexibilité en recrutant sous contrat, à la condition que la gouvernance hospitalière soit réformée, et que la décision soit confiée à un directeur médical.

Le président s'enquiert des contours des responsabilités qui seraient confiées à ce directeur médical.

Le D^r Laurent GILARDIN explique qu'il aurait un pouvoir de décision en contre-point de celui du directeur de l'hôpital. Concernant la possibilité d'exercer une activité privée, celle-ci s'exercerait au sein d'une structure privée. Les médecins partageraient ainsi leur pratique entre un exercice public plutôt centré sur les cas complexes tandis que l'activité privée s'apparenterait plutôt à du premier recours ou du second recours.

Le président redoute que ces pistes conduisent à renouer avec de vieilles pratiques avec des professionnels exerçant leurs bonnes œuvres le matin à l'hôpital avant de terminer leur journée de manière lucrative dans une clinique privée.

Le D^r Laurent GILARDIN précise qu'un contrat permettra de baliser ce double exercice en amont. Par ailleurs, ce dispositif sera contrôlé par la direction médicale. Dans l'hypothèse où le contrat ne serait pas respecté, celui-ci pourrait être rompu.

Le D^r Michel DRU rappelle que le statut de praticien hospitalier permet déjà d'exercer une activité libérale. Dans ces circonstances, il souhaite comprendre l'intérêt de ce dispositif qui vise à tout contractualiser.

Le D^r Laurent GILARDIN souligne que ce dispositif nouveau permettrait de répondre aux difficultés actuelles en vue de l'obtention de la titularisation. Par ailleurs, dans ce nouveau schéma, l'exercice d'une activité privée dans une structure privée ne serait pas soumis à la procédure actuelle laquelle est relativement lourde et complexe. En outre, une réponse positive n'est aujourd'hui pas garantie. Cette proposition tendrait à mettre en place un système plus flexible régi par une contractualisation préalable.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si « Jeunes médecins » est représentatif des attentes des professionnels, notamment concernant la flexi-sécurité.

Le D^r Laurent GILARDIN signale que l'ancienne structure, dont la cotisation était payante, regroupait 40 % des chefs de clinique de l'AP-HP. La nouvelle organisation est à adhésion gratuite et le nombre d'adhérents devrait augmenter, de même que la représentativité. Les propositions sont encore en débat au sein du syndicat mais le consensus qui semble se dégager s'oriente vers ces solutions.

Le P^r Dominique ISRAËL-BIET souligne que ces orientations en particulier celle concernant un exercice mixte ville-hôpital s'inscrivent parfaitement dans la stratégie de transformation du système de santé du gouvernement et résumée dans le document « Ma santé 2022 ».

Le D^r Laurent GILARDIN reconnaît cette convergence. Pour « Jeunes médecins », ces orientations font sens dès lors que les contraintes budgétaires de l'AP-HP sont fortes et que les médecins ne peuvent pas parier sur une augmentation de salaire pour faire face à l'augmentation du coût de la vie, notamment à Paris. De surcroît, ces propositions ne reviennent nullement à dénaturer le service public.

Le D^r Olivier HENRY souhaiterait entendre l'opinion des jeunes médecins sur l'idée d'affecter 70 % des internes en médecine générale et donc en conséquence, ne plus affecter d'internes dans les services de soins de suite et de réadaptation.

Le D^r Laurent GILARDIN souligne que la création du diplôme d'études spécialisées (DES) de gériatrie a conduit les internes de médecine générale intéressés par cette spécialité à opter pour ce nouveau diplôme.

Le P^r Bruno RIOU ajoute que les difficultés se concentrent sur certains services de gériatrie, à savoir les soins de suite et de rééducation (SSR). Ces services ne sont pas considérés par les enseignants de médecine générale comme formateur et on voit mal l'argumentaire qui les amènerai à changer d'avis surtout pour un DES court de 3 ans. Pour, le DES de gériatrie, seuls 44 internes de gériatrie sont dénombrés en Île-de-France. Ces derniers ont un stage en SSR obligatoire dans leur maquette, mais leur nombre est limité à 11, c'est-à-dire que leur nombre ne sera pas suffisant pour remplacer les internes du passé. Par ailleurs, la bascule de la médecine générale vers l'ambulatoire tendra à renforcer ces tendances. Selon le **P^r Bruno Riou**, il n'est pas très utile d'aller contre le vent de l'histoire. Les SSR posent de vrais problèmes mais les solutions ne passent pas par les internes, ni de médecine générale ni de gériatrie. Il convient de rappeler que l'objectif principal des stages d'internes reste pédagogique, la formation des internes, et non le fonctionnement des services.

Le président ajoute que la CME fait tout ce qu'elle peut pour aider la gériatrie lors de chaque révision des effectifs en donnant quasi-systématiquement son accord aux demandes de postes de

gériatres. Toutefois, le problème n'est pas seulement de combler les trous mais d'avoir des candidats de bon niveau. Or il y a aujourd'hui un problème de formation. Il faudra attendre un certain temps pour voir les effets de la mise en place du DES de gériatrie et ils ne suffiront pas à combler les besoins. Il existe aussi un problème de rémunération. On est donc aujourd'hui face à un problème de santé publique qui dépasse largement l'AP-HP.

Le D^r Laurent GILARDIN est convaincu que le problème tient aussi à la flexibilité des contrats.

Le directeur général observe que ce livre blanc sort en même temps que le plan santé et trouve intéressantes les résonnances entre l'un et l'autre. Il rappelle par ailleurs que les prédécesseurs du D^r Laurent GILARDIN étaient venus le voir il y a deux ans et avaient déjà formulé des orientations similaires. Le diagnostic de « Jeunes médecins » relève que le système actuel combine une sécurité assortie de rigidité, pour certains, et une grande précarité pour d'autres. Le livre blanc semble vouloir dessiner une troisième voie en posant un cadre plus souple en diminuant le niveau de sécurité mais en allégeant la rigidité. Cet équilibre sera difficile à trouver car certains professionnels y seront réticents, soit parce que le système sera vu comme trop précaire, soit parce que l'évolution sera perçue comme trop mesurée, voire trop timide. Cependant, même si cet équilibre semble complexe à trouver, on ne peut pas ignorer ces propositions. Les anciens porte-paroles des jeunes médecins soulignaient également que les jeunes générations peinaient à se projeter à l'AP-HP dans les 20 ans à venir.

Pour le directeur général, la solution qui consiste à proposer aux jeunes médecins de passer la moitié de leur temps à l'hôpital pour prendre en charge les cas intéressants car complexes et une autre moitié du temps dans des cliniques sur des cas moins intéressants mais sur un exercice mieux rémunéré n'est pas viable ni pour les professionnels eux-mêmes ni pour l'avenir du CHU. Il s'agit probablement plus d'une piste à explorer avec un statut intermédiaire entre vacataires et statutaires, qui serait compatible avec les missions d'un hôpital public universitaire. Si une telle option fait sens, elle pourrait être expérimentée dans le cadre de la « nouvelle AP-HP », ou défendue lors des assises hospitalo-universitaires.

Le P^r Bruno Riou rappelle qu'il existe déjà un système de flexi-sécurité et qui est celui de l'intérim qui permet en outre d'être bien payé et que ce système est une catastrophe pour les équipes.

Le D^r Laurent GILARDIN rétorque qu'il n'existe pas de sécurité avec l'intérim.

Le président estime que les pistes évoquées ne peuvent pas être balayées d'un revers de la main car il y a de plus en plus de jeunes médecins qui, s'estimant mal rémunérés et devant faire face à difficultés d'organisation, disent préférer plus de flexibilité et la forme contractuelle plutôt d'être pendant des années dans une position précaire avec une rémunération sans commune mesure avec le coût de la vie à Paris. Il s'agit donc d'un vrai problème, qu'il faut évoquer si l'on veut préserver l'avenir du secteur public.

Le D^r Anne-Reine BUISINE comprend que les jeunes aient le souhait de sortir de la précarité et d'obtenir un poste de PH. Cependant, le nouveau statut de 2003 des praticiens attachés et praticiens attachés associés a été créé pour combattre cette grande précarité et pour éviter certaines dérives du contrat. Elle redoute que les propositions émises, pour répondre à des préoccupations légitimes, conduisent à revenir à l'ancien statut des praticiens attachés qui était très peu protecteur. Car initialement prévu pour des médecins de ville qui étaient présents à l'hôpital seulement quelques vacations par semaine.

Le D^r Laurent GILARDIN rappelle que les contrats d'attachés tels qu'ils fonctionnent actuellement font que les médecins n'ont pas de pouvoir de décision sur ces postes, raison pour laquelle il a indiqué en introduction que les propositions étaient consubstantielles et que cette proposition était liée à une refonte de la gouvernance médicale. Par ailleurs, pour répondre au directeur général, il indique être disposé à expérimenter des solutions dans le cadre de « nouvelle AP-HP » mais il faut souligner que la vision des carrières médicales des jeunes générations n'est pas celle d'une carrière linéaire dans le même établissement et dans le même service.

Le P^r Rémi SALOMON reconnaît que la gouvernance médicale doit être renforcée et que le statut des médecins hospitaliers à la sortie du clinicat pose de vrais problèmes. Il conçoit également que les carrières linéaires ne conviennent pas à tous les profils. En revanche, il ne peut pas admettre que la solution passe par une combinaison d'exercice dans le secteur privé et le secteur public, dès lors que la rémunération sera plus attractive dans le secteur libéral, sauf à signer l'arrêt de mort de l'hôpital public.

M^{me} Isabelle RIOM peine à concevoir que la médecine générale puisse encore s'étendre à d'autres spécialités, alors que la médecine générale, en particulier en ville, présente déjà un panel très large de compétences. Elle tient par ailleurs à préciser que la diminution des temps de travail n'est pas seulement liée à la féminisation de la médecine mais correspond à une tendance générale.

Le P^r Paul LEGMANN constate que le livre blanc pourrait conduire à créer des postes de chef de clinique à temps partiel. Cependant, ce mouvement ne pourrait intervenir qu'après les deux années de clinicat qui doivent être consacrées à l'hôpital et à la formation complète des médecins. Il ne comprend pas par ailleurs la proposition qui consisterait à dédier 70 % de l'internat pour la médecine générale. Cette orientation conduirait les médecins généralistes à assumer des actes d'imagerie, de la biologie, etc., ce qui reviendrait à revenir sur l'organisation du XIX^e siècle. En revanche, il pourrait être envisagé un tronc commun mais pas au-delà.

Le D^r Laurent GILARDIN explique que le projet n'est pas que les médecins généralistes deviennent des super-spécialistes. En revanche, ils pourraient acquérir d'autres compétences sans doute avec une formation plus prolongée. La proposition serait, conformément à l'esprit de la réforme du troisième cycle, de mettre en place une formation de quatre ans dont la dernière année serait consacrée à l'acquisition des compétences complémentaires dans un champ restreint et balisé.

M. Guy BENOÎT souhaite qu'il soit porté la plus grande attention à ces propositions. Les PH en poste ne peuvent pas se contenter d'une lecture restrictive de ces pistes.

Le P^r Bertrand GODEAU estime que la disparition souhaitée par certains des internes DES de médecine générale dans les hôpitaux et en particulier les CHU serait une très grave erreur, notamment car le meilleur moyen d'apprendre la médecine est de travailler au sein d'équipes multidisciplinaires. En outre, alors que le Président de la République demande à rapprocher l'hôpital de la ville, il faut que les futurs médecins généralistes se forment en ville mais aussi à l'hôpital. Les doyens devraient s'emparer du sujet.

Le président pense qu'il faut évoquer le problème avec les coordonnateurs et que la maquette doit être revue car on va au-devant de graves dysfonctionnements.

M^{me} Isabelle RIOM précise que seulement 2 stages en ambulatoire sont obligatoires. Il reste donc 3 à 4 stages hospitaliers.

Le P^r Bertrand GODEAU souligne que la future maquette prévoit un stage dans les urgences, un stage en médecine et le reste au choix des internes et qu'un interne peut donc très bien n'avoir passé que 2 semestres en milieu hospitalier au cours de ses 3 ans de formation.

III. Plan de transformation de l'AP-HP

1. Organisation du circuit du médicament et établissement pharmaceutique

M^{me} Claire BIOT souligne que le triptyque des produits de santé s'articule autour de la sécurité des patients (identification de ces derniers, traçabilité et sécurisation du circuit des produits jusqu'à dispensation, etc.), de l'accès aux thérapies innovantes (programmes de recherche translationnelle, autorisations temporaires d'utilisation, etc.) et de la maîtrise des charges liées aux produits de santé (bon usage et juste prescription, renforcement des actions pour les produits inclus dans les groupements homogènes de séjours [GHS]).

Dans la mesure où les deux premiers piliers du tryptique sont déjà largement couverts à l'AP-HP, le plan de transformation se concentre sur la maîtrise des charges et s'articule autour de 4 actions, dont 2 ont fait l'objet d'actualités ces dernières semaines, et font l'objet d'une présentation plus détaillée ce jour :

- amélioration du lien entre bon usage et politique d'achats (plan de la commission des médicaments et dispositifs médicaux stériles [COMÉDIMS]) ;
- renforcement des gains achat et liens avec le suivi budgétaire ;
- maîtrise du circuit de dispensation et de la gestion des stocks ;
- transformation de l'établissement pharmaceutique.

Le plan d'action de la COMÉDIMS, validé en janvier 2018, est déjà bien engagé. Il porte notamment sur les biosimilaires, sur les génériques antirétroviraux, les facteurs VIII recombinants de la coagulation et la maîtrise des charges hors autorisations de mise sur le marché (AMM). Le bilan d'étape de ce plan d'action, qui a été présenté à la journée des COMÉDIMS en septembre, en présence du directeur général et de deux directeurs généraux adjoints, fait état d'un bilan plutôt positif. Des réflexions sont engagées pour préparer le plan d'action de la COMÉDIMS pour 2019, qui sera présenté à la CME de mars 2019.

Le plan de transformation de l'établissement pharmaceutique vise à garantir sa pérennité et lui permettre de mettre à disposition des médicaments pour des besoins non couverts par des opérateurs privés. Aujourd'hui, 44 références sont exploitées en interne pour la prise en charge de maladies rares, des formes spécifiques à la pédiatrie et à la gériatrie, des produits d'appui à la chirurgie et des besoins hospitaliers spécifiques. Actuellement, la production de près de la moitié de ces références est confiée à la sous-traitance, le reste étant produit en interne. Les médicaments suivent ensuite le contrôle qualité au sein de l'AGÉPS avant d'être libérés puis exploités par les clients.

Deux scénarios ont été examinés : maintenir l'existant en réalisant les investissements nécessaires ; généraliser l'externalisation de la fabrication pour se recentrer sur la conception, le développement et l'exploitation de nouvelles molécules pour satisfaire les besoins non couverts. C'est ce deuxième scénario qui a été retenu.

Ce choix impose une transformation profonde pour les équipes de l'établissement pharmaceutique et pour l'AGÉPS. Pendant cette phase de transition, l'enjeu sera de garantir une pérennité d'approvisionnement, d'accompagner les personnels pour qu'ils se repositionnent et puissent assumer le surcroît de travail pendant la période de transition et de travailler sur un projet de recherche et développement pharmaceutique au plus proche des cliniciens de l'AP-HP.

Le D^r Anne GERVAIS rappelle qu'un rapport du Sénat souligne l'intérêt de faire produire par une entité publique telle que l'EPS les médicaments, et rappelle les ruptures d'approvisionnements que connaît régulièrement la France. Cela semble contradictoire avec la présentation. Elle s'interroge sur le risque que l'AP-HP devienne captive de sous-traitants extérieurs, en particulier sur des molécules orphelines peu attractives pour des partenaires privés. Elle demande si ainsi l'AP-HP ne risque pas de payer au prix fort son approvisionnement.

Le D^r Annick TIBI souligne que le choix de ce scénario découle d'une réflexion qui a été longue. Cette orientation est douloureuse pour l'AGÉPS mais les standards de fabrication interne se sont durcis au cours des dernières années. L'AP-HP a considéré qu'elle avait plus les moyens de s'engager sur le maintien en état qualifié des installations existantes et de faire face à l'évolution des équipements pour renouveler la gamme des médicaments indispensables. Nombre de produits critiques sont déjà produits en sous-traitance mais restent contrôlés et libérés en interne. La recherche de sous-traitant, sur l'ensemble du périmètre de la fabrication, sera réalisée sur un périmètre européen.

Le P^r Rémi SALOMON souhaite obtenir des précisions sur le modèle économique, en particulier pour les médicaments qui répondent à une mission de service public.

Le D^r Annick TIBI répond que la mission de l'AGÉPS n'est pas remise en cause. Par ailleurs, le sujet dépasse le cadre de l'AP-HP puisque l'essentiel des médicaments qui sont fabriqués et exploités sont distribués sur un périmètre national. La difficulté est que les médicaments indispensables évoluent avec le temps. Par ailleurs, l'AP-HP n'a plus les moyens de s'engager sur le maintien en état qualifié des installations existantes et de faire face à l'évolution des équipements pour renouveler la gamme des médicaments indispensables.

Le P^r Rémi SALOMON demande si ce nouveau dispositif permettra de dégager des économies.

Le D^r Annick TIBI explique qu'elle n'est pas en mesure de répondre à cette interrogation. Le système actuel est coûteux, mais la sous-traitance représentera également une charge et il n'est pas certain que cette transformation permettra de réaliser des économies. De nouveaux équilibres devront être trouvés entre les coûts de sous-traitance et les coûts de cession des médicaments.

Le D^r Rémy COUDERC s'étonne que l'externalisation soit prônée alors que l'AP-HP ne dispose pas des moyens d'investir tout en soulignant que la nouvelle organisation ne permettra pas de réaliser des économies. Il se demande par conséquent si cette décision est souhaitable.

Le D^r Annick TIBI rappelle que la décision a été prise le 10 septembre 2018 par la direction de l'AP-HP de s'orienter vers une sous-traitance complète des activités de production et de contrôle qualité. Des groupes de travail sont en place. Les approches de façonniers sont en cours. En l'état actuel du projet, il est impossible de stabiliser les réponses.

M. François CRÉMIEUX ajoute que l'enjeu est de trouver l'équilibre médico-économique autour du médicament et du dispositif médical. Spécifiquement pour le dispositif médical, l'enjeu est de reprendre la maîtrise de l'ensemble de la chaîne. Ces propos ne visent pas à pointer la responsabilité de tel ou tel mais à indiquer clairement que la maîtrise doit concerner l'ensemble de la chaîne depuis les choix des dispositifs médicaux disponibles à l'AP-HP, les conditions d'achat et de négociation de prix, les circuits de commande, la gestion des stocks et la dispensation. Pour se rendre compte de la situation, il invite chaque membre de la CME à visiter un bloc opératoire pour prendre la pleine mesure de l'enjeu économique relatif aux dispositifs médicaux à l'AP-HP.

2. Optimisation des plateaux médicotechniques

M. Raphaël BEAUFRET rappelle que les plateaux médicotechniques sont essentiels au bon fonctionnement de l'hôpital et leur modernisation est une question de survie.

Concernant les blocs opératoires

Sur les neufs premiers mois de l'année, il a été noté une diminution importante des séjours en chirurgie à l'AP-HP. Cette tendance tient à la diminution des files actives mais aussi aux difficultés liées aux blocs opératoires avec des opérations qui doivent être reprogrammées, en raison de manque de certains personnels obligeant des salles à fermer. Le plan de transformation des blocs opératoires appuie sur trois points.

Premièrement, il cible d'abord les infirmiers de blocs opératoires diplômés d'État (IBODE) avec une baisse des effectifs subie depuis plusieurs années. Plusieurs actions sont actuellement suivies de près et devraient porter leurs fruits à relativement court terme :

- le doublement récent du nombre de sorties d'école, avec environ 40 étudiants qui vont sortir en mars 2019 ;
- le déplafonnement des heures supplémentaires jusqu'à décembre ;
- le développement de la pluri-compétence des IBODE entre les différentes spécialités chirurgicales grâce à l'engagement des chirurgiens sur ce sujet ;
- la fluidification des heures supplémentaires entre sites, grâce au déploiement d'un logiciel interne de gestion de la suppléance *Arthemis*.

Deuxièmement, la performance des blocs doit être améliorée. Le taux d'ouverture (temps de vacations rapporté au temps conventionnel AP-HP de 50 heures par semaine) moyen est aujourd'hui de 67 % contre une cible de 90 %. Ce taux de 67 % est faible même s'il est en augmentation depuis quelques années. Il y a des modèles qui marchent, comme à Bichat, dont on peut s'inspirer. Pour ça, trois actions vont être poursuivies : (i) s'assurer qu'il y a un conseil de bloc actif dans chaque bloc, avec un président, un cadre et un directeur administratif de haut niveau, qui se réunit régulièrement – ce qui n'est pas toujours le cas actuellement – et qui se forme à l'utilisation des indicateurs de pilage et dispose d'un plan d'action ambitieux pour améliorer son bloc. C'est l'objectif de la tournée actuellement en cours pour rencontrer chaque conseil de blocs. (ii) se focaliser sur les taux d'utilisation des blocs par spécialités chirurgicales et avoir des revues collégiales et régulières des vacations pour éviter des situations où des salles sont sous-utilisées car certaines spécialités sans files actives mobilisent des vacations qui pourraient être utilisées par d'autres – la généralisation d'Orbis-bloc qui apprend la durée opératoire moyenne de chaque chirurgien permettra d'agir en ce sens et de raccourcir les délais moyens de programmation qui sont encore très long (46 jours en moyenne) et (iii) enfin, il faudra engager certaines fermetures

de salles dans les quelques endroits où il faut se rendre à l'évidence sur le fait que l'activité ne remontera pas ou en anticipation d'opérations majeures de structures à venir.

M. Raphaël BEAUFRET ajoute que toutes ces améliorations permettront de financer des investissements, notamment des robots mais aussi le « nouveau Lariboisière », la rénovation du bloc de l'hôpital Bicêtre ou encore de l'hôpital Henri-Mondor.

Concernant l'imagerie

M. Raphaël BEAUFRET souligne qu'on est dans une configuration où l'AP-HP peut dégager des marges de manœuvre, mais dans laquelle il faut aller chercher l'activité en externe – notamment pour les tomographes par émission de positons (TEP) et les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM). C'est tout l'objet du développement de la prise de rendez-vous en ligne en imagerie, en test à Jean-Verdier et qui devrait arriver d'ici fin 2019 si les négociations sont concluantes avec la société AGFA pour l'interface avec *Qplanner*.

Par ailleurs, il y a aussi des enjeux sur la productivité. Par exemple, sur les TEP, la cible c'est passer de 12 à 15 patients par jours en moyenne, là où certains sites sont déjà à 17. De nouveaux objectifs vont être identifiés grâce à de nouveaux indicateurs nouveaux issus des systèmes d'information, leur partage, et des accompagnements ciblés dans une démarche de performance, notamment sur les délais, afin de contribuer aux efforts sur les urgences et la réduction des durées de séjour.

Enfin, deux derniers enjeux :

- travailler davantage sur l'attractivité des manipulateurs, pour lesquels 10 % des postes ne sont actuellement pas pourvus ;
- un travail essentiel sur le renouvellement des équipements, avec un fléchage particulier des investissements sur les sites engagés dans une démarche de performance.

Concernant la biologie

M. Raphaël BEAUFRET Le diagnostic de départ est que la biologie est un secteur fortement concurrentiel, essentiel au fonctionnement de l'hôpital, une réelle opportunité de développement d'une activité externe profitable et, surtout, le terreau de recherches et d'innovations à la pointe, avec un rôle incontournable du CHU en ce domaine.

Pour y arriver, les exemples des autres CHU ne manquent pas, il faut dégager des marges de manœuvre pour investir massivement dans des domaines ciblés. Une certaine industrialisation – dans la continuité des plateformes GH mises en place, une évolution des métiers et des regroupements sont absolument nécessaires si on veut préserver l'innovation.

À cet effet, il est prévu dans le projet de transformation de la biologie de travailler sur la productivité. Cela passera, dès l'année prochaine, par l'expérimentation d'une démarche d'adéquation du personnel à l'activité qui permettra d'identifier les gisements et d'accroître l'équité. En parallèle, il faut donner les outils aux laboratoires pour améliorer leur performance. Citons par exemple l'amélioration des circuits logistiques à venir et le déploiement d'ORBIS-demande de biologie, qui va réduire considérablement la tâche à faible valeur ajoutée de saisie des feuilles de demandes qui mobilisent encore beaucoup de ressources.

En parallèle, en lien avec le ministère, il convient de remettre à plat un certain nombre de choses concernant la tarification, notamment sur la biologie innovante, ainsi que sur l'accréditation. En interne, les listes obsolètes vont être définitivement éteintes avant le 1^{er} janvier 2019 pour se mettre en conformité avec le système de tarification actuel et permettre un *benchmark* équitable et objectif entre laboratoires sur le nombre de B.

Ensuite, il y a la question de la structuration de l'offre, avec la nécessité de lancer un travail de cartographie plus ambitieux que par le passé. Outre certaines spécialités de biologie comme la pharmacologie ou la parasito-mycologie, une réflexion particulière sera lancée sur le regroupement des activités en anatomo-cytopathologie, tout en maintenant un lien fort avec les cliniciens, avec par exemple le projet de regroupement au sein du groupe hospitalier (GH) Saint-Louis – Lariboisière actuellement à l'étude.

Ces regroupement passeront aussi par des investissements – rendus possibles par les efforts sur l'exploitation – au niveau des équipements, mais également sur le système d'information, où il faut que les systèmes de gestion de laboratoires ne soient pas uniquement du même éditeur, mais qu'ils soient réellement communicants ou centralisés, ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui, contrairement à ce qui a été réussi sur le système d'archivage et de transmission d'images (*picture archiving and communication system* [PACS]) et le dossier patient.

En parallèle, il y aura des actions pour développer l'activité externe et pour d'autres établissements de santé du territoire. La publication externe, dès le 1^{er} trimestre 2019, de notre offre de biologie et des manuels de prélèvement associés, au travers du projet « Viskali », va permettre de s'engager fortement dans cette démarche. Mais derrière, où faut-il ouvrir des centres de prélèvements ? Comment généraliser rapidement la transmission des résultats comme ça a pu être fait sur l'hôpital Cochin avec *Cyberlab* ou avec l'institut Curie avec GLIMS ? Quelle doit être notre politique tarifaire vis-à-vis des GHT ? Toutes ces questions sont encore devant nous et doivent être tranchées d'ici quelques mois.

Enfin, il faut travailler sur la juste prescription en biologie. L'année 2017 a montré une progression du volume d'examens, et des réactifs associés, sans que ça ne soit associé à une progression de l'activité. Nous allons profiter de la généralisation de la demande de biologie dans ORBIS pour mieux inciter les cliniciens à une juste prescription – par exemple en affichant le coût des analyses lors de la demande, et en revoyant certains protocoles ayant tendance à la prescription systématique d'un panel d'examens trop large, parfois sans service médical rendu ni consultation des résultats par les cliniciens.

En synthèse, un plan d'action ambitieux et précis va se mettre en œuvre sur les plateaux médico-techniques, dans le cadre de projets associant étroitement la communauté médicale.

Pour ce qui concerne la biologie, **le P^f Claire POYART** souhaite que l'engagement soit pris d'accélérer la modernisation des systèmes d'information. Il est demandé aux équipes de se regrouper et d'améliorer l'efficacité et la productivité mais les systèmes d'information et l'organisation de la logistique ne sont pas encore au rendez-vous. Elle espère que ces prérequis sont indispensables pour avancer sur les projets « aphp.5 » et « aphp.6 » et autres.

Le D^r Sophie CROZIER constate que la notion de juste prescription est peu évoquée. Elle note aussi que la présentation évoque l'augmentation de l'activité externe et demande des précisions sur

cette orientation. Notamment, elle souhaite s'assurer que l'augmentation de l'activité externe ne viendra pas pénaliser l'accès aux plateaux techniques pour les malades hospitalisés.

Le P^r Sadek BELOUCIF constate que le taux d'occupation de 67 % sur une semaine de 50 heures correspond à une occupation de 6,7 heures sur une journée de 10 heures, soit un bloc ouvrant à 8 heures pour fermer à 15 heures. Cependant, ce taux doit être mis au regard du temps réel d'occupation de la salle (TROS). Il souhaite que, lors d'une prochaine CME, il soit possible d'examiner à la fois le taux de vacation offert (TVO) et le TROS.

Le président souhaite qu'un nouveau point sur les blocs opératoires soit réalisé afin de distinguer les blocs fermés faute d'IBODE et d'anesthésistes alors que des patients sont en attente des blocs en sous-activité parce qu'il n'y a pas de patients dans la file active. Ce travail doit mener à réfléchir sur une redistribution des moyens et, le cas échéant, à la fermeture des blocs en sous-activité.

Le P^r Rémy NIZARD ne voit pas l'intérêt de présenter un nouveau bilan sur la situation des blocs opératoires. Les taux d'occupation sont mauvais : c'est un fait incontestable. Il convient désormais de prendre des décisions. Pour augmenter le taux de 67 %, il faut accepter des changements culturels : que le temps d'attente entre chaque malade soit plus court, que les opérations soient réalisées à l'heure, etc.

Le président rejoint ces propos. Il souhaite que les données sur les taux d'occupation des blocs soient établies sans aucune ambiguïté pour prendre des décisions sans tarder. Les chirurgiens sont prêts à se mobiliser sur ce dossier au risque de faire des mécontents.

Le D^r Michel DRU signale qu'une soixantaine de postes sont vacants en anesthésie. Les mesures d'attractivité qui ont été proposées pour les médecins anesthésistes sont mises en place de manière disparate. Ces anesthésistes préfèrent alors rejoindre les centres hospitaliers (CH), le privé ou encore les établissements de santé privé d'intérêt collectif (ÉSPIC).

Concernant les blocs opératoires, **le P^r Thierry BÉGUÉ** appelle à la prudence concernant la polyvalence des IBODE car les technologies sont de plus en plus pointues dans toutes les disciplines. Il faudrait travailler avec les chirurgiens sur le seuil de polyvalence acceptable ou définir des IBODE référents pour un nombre limité de spécialités.

Le président est d'accord avec ces propos. La polyvalence ne peut marcher que pour des spécialités proches ; l'hyper-polyvalence ne fonctionne pas.

Le D^r Christophe TRIVALLE souligne qu'*Orbis* Demande fonctionne bien en radiologie. Il convient cependant qu'une personne vérifie les rendez-vous. Par ailleurs, le système n'est pas entièrement dématérialisé car il faut encore imprimer la demande pour envoyer le malade en radiologie.

Le P^r Laurent TRÉLUYER indique que la prescription connectée se met en place en radiologie. Le clinicien et le radiologue doivent se mettre d'accord sur ce qu'est une prescription connectée et notamment sur la validation de la demande. La prescription connectée doit aussi concerner la biologie. Il convient encore de travailler avec les biologistes pour y parvenir.

Le P^r Claire POYART confirme que les biologistes sont volontaires pour avancer dans ce domaine.

Le D^r Anne GERVAIS demande si l'activité libérale est comptabilisée dans les taux d'occupation des blocs.

M. Raphaël BEAUFRET répond que cette activité est comptabilisée dans les taux.

M. Didier LE STUM précise qu'il n'est pas envisagé de développer l'activité externe pour l'imagerie en soi mais de pouvoir servir les patients hospitalisés, les urgences et les consultants suivis par l'hôpital. Le parc a été augmenté et modernisé avec des machines plus rapides. Par ailleurs, des TEP numériques seront prochainement installées permettant une activité plus importante.

Le P^r Rémy NIZARD rappelle cependant que les jeunes praticiens souhaitent pouvoir exercer à la fois en libéral et à l'hôpital. Il ne faut pas se heurter à des dogmes sur ces questions.

IV. Bilan annuel de la sous-commission *Formation et communication* : comité des internes, groupe « internes en difficulté », comité du développement professionnel continu (DPC) et de la formation médicale continue (FMC)

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU dresse un bilan de sa sous-commission *Formation et communication*, qui est constituée de quatre composantes :

- comité des internes et médecins à diplôme étranger ;
- comité du développement professionnel continu et de la formation médicale continue (DPC-FMC) ;
- comité des relations avec les universités ;
- comité du règlement intérieur de la CME.

Au niveau du comité DPC-FMC, 940 dossiers d'aides financières ont été traités en 2017. Depuis janvier 2018, la commission des aides financières se réunit mensuellement pour statuer de façon très réactive aux demandes de subventions pour participation aux congrès, formations, séjours, etc. Le délai de réponse est ainsi toujours inférieur à un mois. Le site internet est en cours de refonte pour simplifier les demandes.

Un effort important du comité a porté sur les actions de FMC et 18 nouveaux séminaires FMC ont été mis en place depuis janvier 2018 ce qui porte désormais l'offre à une cinquantaine.

Une réflexion en profondeur est en cours au niveau du comité du DPC-FMC sur l'offre de documentations et des propositions seront faites prochainement au président de la CME.

Le comité des internes et médecins à diplôme étranger a poursuivi ses travaux sur les thèmes majeurs : risques psycho-sociaux et médecine du travail chez les internes, repos de sécurité, notamment, mais l'année a été marquée par la mise en place de la réforme du 3^e cycle des études médicales et des réunions spécifiques ont été nécessaires avec les référents des internes des spécialités et les coordonnateurs des disciplines concernées pour aboutir à des ajustements des maquettes ou des ouvertures de postes.

Les commissions d'agrément et de répartition ont confirmé le virage pris par la médecine générale avec un recentrage vers l'ambulatoire au détriment de l'hospitalier. Cette tendance a conduit à un taux d'inadéquation de 17 % en Île-de-France se répartissant en 7 % pour l'*intra muros*, 15 % en 1^{ère} couronne et 30 % en 2^e couronne. Le doyen en charge de la commission de répartition pour la médecine générale a proposé d'instituer une inadéquation régionale pour obliger les internes à choisir des stages en périphérie.

Comme chaque année, 35 bourses ont été sélectionnées parmi 116 candidats par le jury au titre des résidents du collège de médecine pour des lauréats venant de 26 pays différents.

Le jury des stages inter-CHU se sont tenus en janvier et juillet, la dynamique reste très positive pour l'AP-HP avec 227 entrants pour 45 sortants pour le semestre d'hiver.

Le jury des assistants spécialistes partagés s'est tenu pour la 5^e année consécutive à l'ARS et l'augmentation des postes attribués s'est confirmée avec 87 cette année versus 74 l'an passé. Ces postes de deux ans sont financés à 60 % par l'ARS et 40 % par les deux services se partageant l'activité de l'assistant.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU s'est vu confier sur la demande du président lors de la CME du 6 février 2018 la mission de réactiver le groupe de travail des internes en difficulté mis une première fois en place en 2015 (présentation en CME le 12 mai 2015).

Composé des membres du comité des internes, de deux doyens, travaillant avec des personnalités qualifiées invitées (D^{rs} Donata MARRA et Pierre CHARESTAN, Pr Serge HERSON, M. Benoît PLAUD), le groupe s'est réuni quatre fois et a remis ses conclusions au président le 15 juin 2018. Ces travaux ont conduit à soumettre 18 propositions. Le rapport est disponible sur le [site de la CME](#).

L'accueil des internes doit être amélioré avec instauration d'une véritable culture de l'accueil et de l'accompagnement de l'interne, de la reconnaissance de son travail, importance des réunions d'accueil au niveau local, proposition de création d'un séminaire d'accueil en début d'internat au niveau régional impliquant toutes les institutions, et création d'un séminaire de fin d'internat également au niveau régional privilégiant les échanges avec les institutions orientées vers la poursuite de la carrière.

Le dépistage et le signalement représentent un temps essentiel. Il commence par l'élaboration rigoureuse du certificat d'aptitude qui doit être l'occasion d'un premier échange de qualité. La visite obligatoire en médecine du travail pour tous les internes est désormais effective la première année. Les outils de communication doivent être valorisés : livret pédagogique, support d'échanges entre le coordonnateur et l'interne, et le livret d'accueil élaboré par le bureau des internes.

Les propositions de prise en charge insistent sur l'importance majeure d'une confidentialité renforcée, qui doit être améliorée en liaison notamment avec la cellule d'identité-vigilance, sur l'affichage de cette confidentialité renforcée sur les sites de la CME et de l'AP-HP, médecine du travail, et sur le renforcement des effectifs de médecins du travail actuellement notoirement insuffisants. Le rôle majeur des sous-commissions *Vie hospitalière* (CVH) locales et centrale est rappelé.

En matière de prévention, le groupe propose l'identification dans chaque service d'un référent des internes qui peut être ou non le chef de service et qui aide l'interne au niveau local. Ce référent suit les formations spécifiques organisées actuellement pour les encadrants dans le cadre du plan dit « ressources humaines – personnel médical » (RHPM). Enfin, d'autres mesures sont importantes : la création d'interfaces interfacultaires enseignants-internes, la prévention et la prise en charge des toxicomanies (mission *Fides*) et l'exhaustivité du respect du temps de travail et du repos de sécurité.

Le P^r Rémi SALOMON estime que l'idée consistant à nommer un référent interne est une bonne idée mais il n'est pas certain que ce référent doit être désigné au sein du service, dès lors que les difficultés rencontrées sont liées au management. En revanche, au niveau de l'hôpital, voire du DMU, désigner un référent peut être pertinent.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU répond que l'idée est d'offrir à l'interne en difficulté un recours supplémentaire de proximité compétent pour faciliter les échanges au sein du service. Cette possibilité s'ajoute à toutes les autres propositions déjà en place : coordonnateur, CVH, bureau des internes, comité des internes, etc.

Le président rappelle l'importance qu'il attache au groupe dédié aux internes en difficulté, ainsi qu'au plan RHPM et au travail de la CVH. Il insiste sur l'importance de renforcer la prévention.

V. Hémovigilance : bilan annuel

Le D^r Édith PEYNAUD-DEBAYLE et le P^r Serge HERSON présentent un bilan de l'hémovigilance pour l'année 2017.

Transfusion

315 800 produits sanguins labiles (PSL) ont été transfusés, soit 10 % de la consommation annuelle en France.

Les déclarations à l'ARS :

- 642 incidents transfusionnels, soit moins de 8 % des déclarations annuelles en France. Ce taux tient certainement à une sous-déclaration de l'AP-HP. Trois décès ont été enregistrés mais l'imputabilité de la transfusion a été exclue.
- 27 dysfonctionnements dont 14 potentiellement graves concernent : (1) les erreurs dans la procédure de groupage et de vérification de l'identité, (2) les erreurs de délivrance par l'Établissement français du sang (ÉFS) ou les dépôts et (3) des erreurs dans le contrôle des concordances.

Organisation de l'hémovigilance

Afin d'analyser les organisations locales, et tenter d'expliquer la sous-déclaration des incidents transfusionnels, un questionnaire a été envoyé en avril 2018 aux praticiens impliqués dans l'hémovigilance et un courrier envoyé aux directions qualité des GH en juillet 2018. Ainsi, les moyens humains consacrés à l'hémovigilance sont très variables. L'organisation actuelle repose sur des correspondants d'hémovigilance dont les missions sont, selon le temps dédié : (1) la déclaration des incidents transfusionnels : toujours ; (2) la vérification de l'exhaustivité de la traçabilité du devenir des produits sanguins (parfois) ; la formation des personnels médicaux et non médicaux. Des fiches de missions précisant ces fonctions n'existent que dans 15 hôpitaux sur 34.

Les réunions des comités de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH) ont lieu au niveau local et/ou GH de une à trois fois par an et pour les GH multi-sites, il existe souvent un coordonnateur d'hémovigilance. Les organisations les plus performantes sont celles où les correspondants d'hémovigilances occupent des postes bien définis avec un temps dédié réparti au

niveau de pôles de santé publique ou de vigilance, ce qui permet d'améliorer la pérennité de l'organisation et d'assumer l'ensemble des tâches dévolues aux correspondants.

Travaux du groupe des hémovigilants de l'AP-HP

Ce réseau a été réactivé en 2015. Il se réunit deux fois par an. Depuis 2015, un travail est mené sur l'harmonisation du dossier transfusionnel commun à l'AP-HP. Il comporte pour l'instant la prescription de produits sanguins labiles (PSL) finalisée en 2015 et les formulaires d'information pré et post transfusionnelles qui sont identiques sur le périmètre de l'AP-HP avec une traduction dans neuf langues étrangères.

Le réseau des hémovigilants de l'AP-HP demande en priorité la finalisation rapide du dossier transfusionnel informatisé *Orbis* avec la prescription informatisée des produits sanguins labiles et la traçabilité des informations médicales. Un travail a par ailleurs commencé sur la prescription médicale de l'acte transfusionnel à l'infirmier. L'ÉFS viens de mettre à disposition le dossier patient communiquant transfusionnel (DPCT) qui permet d'avoir un accès à la biologie des patients groupés à l'ÉFS et qui devrait engendrer d'importantes économies pour l'institution.

Les priorités du groupe de travail de l'AP-HP pour 2018-2019

Elles portent sur la finalisation des fiches de missions pour tous les hémovigilants, sur la promotion de la prescription médicale de l'acte transfusionnel et sur la création de supports communs pour la formation des infirmiers et des médecins.

VI. Avis sur la création d'un pôle « unité de soins prolongés complexes » (USPC) à l'hôpital San Salvador

Le P^r Paul LEGMANN rappelle que l'hôpital San Salvador est un hôpital consacré à la prise en charge du handicap de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Actuellement, il est composé d'un pôle unique qui rassemble l'ensemble des structures. Le projet vise à différencier deux pôles : un pôle de SSR enfant-adolescent-adulte basé sur les soins de suite et de rééducation (avec un financement à la tarification à l'activité [T2A]) et un pôle unité de soins prolongés complexes (USPC) de 180 lits pour des patients polyhandicapés n'ayant pas de projet de retour à domicile ou à l'extérieur de la structure (avec un financement sous la forme d'une dotation annuelle qui reste à affiner). Ce dispositif fera l'objet d'une évaluation annuelle.

Le président tient à cette occasion à adresser les remerciements de la CME aux équipes de l'hôpital San Salvador pour leur investissement et leur dévouement aux patients enfants et adultes qui y sont accueillis. Ils réalisent un travail remarquable qui honore le service public.

Le directeur général rappelle que la création de deux pôles à San Salvador est l'aboutissement d'un long processus, identique à celui suivi par Hendaye, afin que cet hôpital puisse sortir d'une situation de non-droit. Ces deux hôpitaux de l'AP-HP étaient sans autorisation. Les équipes ont mené un lourd chantier avec les équipes de l'ARS d'Île-de-France, de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, contre les fédérations hospitalières publiques et privées qui ne voulaient pas voir des hôpitaux de l'AP-HP être autorisés. Ces autorisations ont permis de mener des travaux de mise aux normes pour l'accueil des patients. Elles ont permis de pérenniser ces activités et de sécuriser leur mode de financement.

Il ajoute que ce projet a été soumis aux instances locales et de représentation du personnel qui ont rendu des avis favorables.

Le président ajoute que le personnel de San Salvador est très fier d'appartenir à l'AP-HP. C'est un fait à rappeler dans des temps propices à « l'AP-HP *bashing* ».

Le P^r Thomas SIMILOWSKI se réjouit de ce projet. Il ajoute que les liaisons avec l'expertise de l'AP-HP parisienne devraient être facilitées pour renforcer encore les liens. Certains des patients de ces hôpitaux ont besoin de recours dans des hôpitaux parisiens mais le financement des déplacements pose des problèmes considérables au détriment des soins.

La CME rend un avis favorable à l'unanimité.

VII. Questions diverses

Cumul d'activités

Le D^r Anne GERVAIS souhaiterait obtenir le bilan à un an de la mise en œuvre de la déclaration des cumuls d'activités, ainsi que la quotité de temps médical de ces cumuls en équivalents temps plein.

M^{me} Suzanne VON COESTER rappelle que la procédure relative au cumul d'activités est en vigueur depuis le 15 octobre 2017 pour les personnels médicaux non universitaires et depuis le 14 février 2018 pour les personnels universitaires. Certains groupes hospitaliers ont encore recours aux formulaires papier. Le bilan n'est donc pas exhaustif. D'après les données disponibles, on recense 1 066 demandes et 758 autorisations pour les personnels universitaires. Cependant, ces chiffres sont à prendre avec prudence car les autorisations données sous format papier n'ont pas pu être reconstituées. Pour les personnels médicaux non universitaires, on recense 1 200 demandes pour 3 100 demi-journées. Elle rappelle que cette activité est menée hors temps de travail.

Réseaux sociaux

Le directeur général indique que l'AP-HP a fait un signalement devant le Procureur de la République, sur la base de l'article 40 du code de procédure pénale, à la suite de la diffusion sur les réseaux sociaux, d'une vidéo portant atteinte à la prise en charge d'un patient en situation de soins. Le préfet de police a diligenté une enquête de l'Inspection générale de la police nationale (IGPN). Parallèlement, une enquête interne a été lancée au sein de l'AP-HP.

VIII. Approbation du compte rendu de la CME du 11 septembre 2018

Le compte rendu de la CME du 11 septembre 2018 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 19 heures 10.

* *
*

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

mardi 6 novembre 2018 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

mardi 23 octobre 2018 à 16 heures 30