COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 9 DÉCEMBRE 2014

APPROUVE LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 10 FÉVRIER 2015

SOMMAIRE

I. Hommage à la mémoire du Pr Guy SEBAG, membre de la CME décédé le 28 novembre dernier 6

II. Informations émanant du président de la CME 6

III. Projet médical 2015-2019 de l'AP-HP : mise à jour du chapitre *Informatique et communication* 8

IV. Rapport du groupe de travail *Médecine physique et réadaptation* 9

V. Premier aval des urgences à l'AP-HP : expérience d'une cellule de gestion des listes mise en place dans le pôle de chirurgie de la Pitié-Salpêtrière 11

VI. Plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP : avis sur le projet social et professionne 14

VII. Plan stratégique 2015-2019 : projet *Gestion des risques et qualité* 17

VIII. Projet médical 2015-2019 de l'AP-HP : projet *Psychiatrie* 19

IX. Avis sur les statuts de la fondation de l'AP-HP pour la recherche et information sur la création d'un fonds de dotation de l'AP-HP 21

X. Concertation sur la révision 2015 des effectifs de praticiens hospitaliers 22

XI. Approbation du compte rendu de la réunion du 14 octobre 2014 24

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Hommage à la mémoire du Pr Guy SEBAG, membre de la CME décédé le 28 novembre dernier (P^{rs} Loïc CAPRON, Jean-Claude CAREL et Paul LEGMANN)
2. Informations émanant du président de la CME (Pr Loïc CAPRON)
3. Projet médical 2015-2019 de l'AP-HP : mise à jour du chapitre *Informatique et communication* (Pr Loïc CAPRON)
4. Rapport du groupe de travail *Médecine physique et réadaptation* (Pr Alain YELNIK)
5. Premier aval des urgences à l'AP-HP : expérience d'une cellule de gestion des lits mise en place dans le pôle de chirurgie de la Pitié-Salpêtrière (Mmes Bénédicte ISABEY et Françoise AUBERT, Pr Fabrice MENEGAUX)
6. Plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP : avis sur le projet social et professionnel (M. Emmanuel RAISON, Mme Christine WELTY)
7. Plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP : avis sur le projet *Gestion des risques et qualité* (Mme Amélie VERDIER)
8. Projet médical 2015-2019 de l'AP-HP : projet *Psychiatrie* (Pr Frédéric LIMOSIN)
9. Avis sur les statuts de la fondation de l'AP-HP pour la recherche (Mme Laure BEDIER, Pr Philippe RUSZNIEWSKI) et information sur la création d'un fonds de dotation de l'AP-HP (Mme Laure BEDIER)
10. Concertation sur la révision 2015 des effectifs de praticiens hospitaliers (Pr Thierry BÉGUÉ, Mme Hélène OPPETIT)
11. Questions diverses
12. Approbation du compte rendu de la réunion du 14 octobre 2014

SEANCES RESTREINTES

Composition C

- Avis sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers et de praticiens hospitaliers temps partiel (publication du 15 octobre 2014, 2e tour)

Composition B

- Avis sur la titularisation de 5 MCU-PH des disciplines médicales nommés stagiaires le 1er septembre 2013

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix délibérative :***

- M. le Pr René ADAM
- M. le Pr Yves AIGRAIN
- M. le Pr Jean-Claude ALVAREZ
- M. le Pr Philippe ARNAUD
- M. le Pr Jean-Yves ARTIGOU
- Mme le Dr Isabelle BADELON
- M. le Pr Thierry BÉGUÉ
- M. le Dr Guy BENOIT
- Mme le Pr Catherine BOILEAU
- Mme Anne-Sophie BOURREL
- Mme le Dr Anne-Reine BUISINE
- M. le Pr Loïc CAPRON
- M. le Pr Bruno CARBONNE
- M. le Pr Jean-Claude CAREL
- M. le Pr Pierre CARLI
- M. le Pr Stanislas CHAUSSADE
- M. le Pr Gérard CHÉRON
- M. le Pr Thierry CHINET
- M. le Pr Yves COHEN
- Mme le Pr Isabelle CONSTANT
- M. le Dr Rémy COUDERC
- Mme le Pr Béatrice CRICKX
- Mme le Dr Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le Dr Nicolas DANTCHEV
- M. le Dr Patrick DASSIER
- Mme Magalie DELAHAYE
- Mme le Dr Nathalie DE CASTRO
- M. le Pr Marc DELPECH
- Mme le Pr Élisabeth DION
- M. le Dr Michel DRU
- M. le Pr Jacques DURANTEAU
- M. le Dr Alain FAYE
- M. Michaël FONTUGNE
- M. le Dr Jean-Luc GAILLARD
- M. le Pr Noël GARABEDIAN
- Mme le Pr Pascale GAUSSEM
- Mme le Dr Anne GERVAIS HASENKNOPF
- M. le Pr Bruno GOGLY
- M. le Pr Bernard GRANGER
- M. Jules GREGORY
- M. le Pr Philippe GRENIER
- M. le Dr Christian GUY-COICHARD
- M. le Dr Olivier HENRY
- M. le Pr Martin HOUSSET
- M. le Pr Paul LEGMANN
- Mme le Pr Ariane MALLAT
- Mme le Dr Martine MARCHAND
- M. le Pr Philippe MENASCHE
- Mme le Dr Lucile MUSSET
- Mme le Dr Isabelle NEGRE
- M. Stefan NERAAL
- M. le Pr Rémy NIZARD
- M. le Pr Gilles ORLIAGUET
- M. le Dr Patrick PELLOUX
- Mme le Dr Julie PELTIER
- Mme le Dr Valérie PERUT
- Mme Caroline RAQUIN
- M. le Pr Gérard REACH
- M. le Pr Christian RICHARD
- M. le Dr Frédéric RILLIARD
- M. le Pr Philippe RUSZNIEWSKI
- M. le Dr Georges SEBBANE
- Mme le Dr Annie ROUVEL-TALLEC
- M. le Dr Christophe TRIVALLE
- M. le Dr Jon Andoni URTIZBEREA
- Mme le Pr Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le Pr Dominique VALEYRE
- M. le Pr Jean-Philippe WOLF

- ***avec voix consultative :***

  - M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le Pr Benoît SCHLEMMER, directeur de l'UFR de médecine de l'université Denis-Diderot, président de la conférence des doyens d'Île-de-France ;
  - M. le Pr Louis MAMAN, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris-Descartes
  - M. le Pr Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- Mme Corinne GUÉRIN, représentante des pharmaciens hospitaliers

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

  - M. le Pr Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
  - M. le Pr Serge UZAN, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
  - Mme le Dr Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la santé au travail à l'AP-HP
  - Mme Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

  - Mme Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

  - Mme Gwenolée ABALAIN, chargée de mission sur le plan stratégique
  - Mme Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
  - M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
  - Mme Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
  - M. Gérard COTELLON, directeur de cabinet du directeur général
  - M. Emmanuel RAISON, adjoint au directeur des ressources humaines
  - Mme Amélie VERDIER, secrétaire générale
  - Mme Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités

  - Mme Hélène OPPETIT, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
    Mme Sophie TERQUEM, DOMU ; Mme Gwenn PICHON NAUDE, DOMU

- ***Représentante de l'ARSIF :***

  - Mme Catherine BROUTIN-PIOLOT

- ***Membres excusés :***

  - Mmes et MM. les D^{rs} et P^{rs} Michel AUBIER, Ghislaine BRÉFORT, Bertrand GUIDET, Pierre-Jean GUILLAUSSEAU, Guy LEVERGER, Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE, Michel ZERAH
  - Mme Françoise ZANTMAN, M. Valentin JOSTE

La séance est ouverte à 8 heures 30, sous la présidence du Pr Loïc CAPRON.

I. Hommage à la mémoire du Pr Guy SEBAG, membre de la CME décédé le 28 novembre dernier

Le Pr Guy SEBAG, chef du pôle *Physiologie, imagerie et information médicale* du groupe hospitalier (GH) Robert-Debré, représentant des chefs de pôle à la CME, est décédé le 28 novembre dans sa 56e année. Le président de la CME, le Pr Paul LEGMANN, président de la conférence des chefs de pôle, et le Pr Jean-Claude CAREL, président de la CME locale, lui ont rendu hommage au nom de la communauté médicale de l'AP-HP. La CME a observé un instant de recueillement en sa mémoire.

II. Informations émanant du président de la CME

Le président indique que le Pr Pierre-Jean GUILLAUSSEAU, chef du pôle *Médecine-gériatrie* à l'hôpital Lariboisière remplacera le Pr Guy SEBAG dans le collège des chefs de pôle élus à la CME. Le Pr Guy SEBAG était vice-président de la sous-commission *Activités-ressources* (s-CAR), responsable du groupe *Équipements*. Il propose à la CME la candidature du Pr Catherine BOILEAU pour lui succéder, et de faire entrer le Pr Paul LEGMANN dans la s-CAR pour y représenter l'imagerie.

Le Pr Catherine BOILEAU confirme sa candidature. En tant que biologiste et généticienne, elle souligne sa connaissance des problématiques des équipements, en rappelant que la biologie représente 18 % de ceux de l'AP-HP. Depuis la création de la sous-commission, elle a travaillé dès le printemps 2012 sur le plan pluriannuel d'investissement auprès du Pr Guy SEBAG. Le parc neuf de l'AP-HP représente 1,7 G€ : le remplacer régulièrement implique une marge brute de 9 %, alors que la nôtre est à peine de 4 %. Les difficultés pour le renouveler sont donc réelles. Elle espère poursuivre un dialogue loyal et sincère avec l'administration pour effectuer les meilleurs choix. Enfin, le Pr Catherine BOILEAU rappelle l'intervention appuyée du Pr Guy SEBAG sur le dossier de l'amortissement du matériel, qu'elle souhaite reprendre.

À l'unanimité, la CME désigne le Pr Catherine BOILEAU vice-présidente de la s-CAR*, responsable du groupe* Équipements

Le président rappelle que la commission centrale de l'activité libérale (CCAL) doit être renouvelée en 2015. La CME désigne trois membres, dont deux exercent une activité libérale et un n'en exerce pas. Les deux membres avec activité libérale sont actuellement le Pr Fabrice MENEGAUX, chirurgien viscéral et digestif, chef de pôle à la Pitié-Salpêtrière et le Pr Loïc GUILLEVIN, interniste en 2e année de consultanat, qui ne souhaite pas se représenter. Le praticien sans activité libérale est le Dr Alain FAYE. Les mandats sont de trois ans. Le président propose de reconduire le Pr Fabrice MENEGAUX et le Dr Alain FAYE et de remplacer le Pr Loïc GUILLEVIN par le Pr Bernard GRANGER.

À l'unanimité et cinq abstentions, la CME désigne le Pr Fabrice MENEGAUX, le Dr Alain FAYE et le Pr Bernard GRANGER pour siéger à la CCAL.

La CME désigne Pr Fabrice MENEGAUX, le Dr Alain FAYE et le Pr Bernard GRANGER à la commission centrale des activités libérales à la majorité, moins cinq abstentions.

Le président souhaite la bienvenue au Dr Isabelle NEGRE, responsable de l'équipe de lutte contre la douleur à l'hôpital Antoine-Béclère (GH *Hôpitaux universitaires Paris-Sud*), qui succède, dans le collège des praticiens hospitaliers (PH) titulaires anesthésistes-réanimateurs, au Dr Louise GOUYET, mutée au CHU de Bordeaux.

Le président informe la CME que le directeur général a nommé à mi-temps à la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) une sage-femme, Mme Grazia BRISSET. Elle est chargée de concrétiser les engagements ministériels récents. Personnels médicaux, les sages-femmes doivent être gérées par la DOMU et non plus par la direction des ressources humaines (DRH).

Mme Christine WELTY indique que Mme Grazia BRISSET a rejoint la DOMU il y a trois semaines. Elle doit commencer par faire le tour des services pour prendre en compte les demandes portées par les sages-femmes. Elle participera aux groupes de travail de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère et travaillera notamment sur la représentation des sages-femmes dans les trios de pôle lorsque ceux-ci comportent une maternité.

Le président indique que la sous-commission *Structures et restructurations* (s-CSR) auditionnera les GH et les hôpitaux non rattachés à un GH sur la révision de leurs pôles de mi-décembre à février de décembre Le président participera à ces auditions. La nouvelle organisation en pôles sera arrêtée au printemps par le directeur général après, concertation en directoire, et avis de la CME et du comité technique d'établissement (CTE) central. Elle permettra d'entamer la procédure de désignation des chefs de pôle.

Le groupe *ad hoc* de la CME sur l'Hôtel-Dieu s'est réuni à deux reprises. Il prévoit de tenir encore sept réunions de manière à soumettre ses conclusions et propositions à l'avis de la CME d'avril 2015. Le groupe souhaite travailler dans la sérénité. Les comptes rendus de réunion que le président de la CME rédige seront tenus à la disposition des membres de la CME selon des modalités à définir, mais ne seront pas rendus publics. car, pour être efficace, le groupe doit disposer d'une liberté de réflexion.

Le président demande aux membres de la CME s'ils souhaitent inscrire des questions diverses à l'ordre du jour.

Le Pr Philippe ARNAUD constate que peu d'hôpitaux sont connectés au dossier pharmaceutique. Il souhaite que la direction générale et la CME réaffirment la nécessité pour les centres hospitaliers de s'équiper (achat de boîtiers et soutien informatique). Dans le domaine de la cancérologie, les médecins prescrivent sur Chimio. Dans le cadre des mutualisations entre hôpitaux, ce logiciel doit avoir une base unique. Pour l'instant, cela reste impossible. Enfin, le Pr Philippe ARNAUD souhaiterait que la direction des finances étudie la problématique de l'augmentation du nombre de patients AME reçus à l'AP-HP depuis la mise à disposition du traitement médicamenteux contre l'hépatite C.

Le président indique que le dossier pharmaceutique a été discuté à la cellule *Qualité et sécurité des soins et conditions de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU).

Le Pr Béatrice CRICKX confirme les difficultés rencontrées pour répondre aux engagements pris vis-à-vis de l'Ordre des pharmaciens. Certains hôpitaux ne parviennent pas à entrer dans la phase d'expérimentation faute d'achat des boitiers bi-fentes pour les pharmacies à usage intérieur (PUI) et de leur raccordement informatique.

Mme Amélie VERDIER propose de faire le bilan sur le sujet à une prochaine CME.

Mme Carine CHEVRIER précise que ce médicament est remboursé selon les modalités de ville. Ce sujet est suivi de près, mais n'appelle pas d'inquiétude à ce jour. Elle s'engage à faire un point sur le sujet à la prochaine CME.

Le président ajoute que le Dr Anne GERVAIS est vigilante sur cette question et travaillera avec Mme CHEVRIER sur ce sujet.

Le Pr Paul LEGMANN demande un point sur l'avancement du déploiement de la reconnaissance vocale. Il souhaite notamment connaître le pilote du projet, son lien avec ORBIS, les solutions de rechange en cas de difficultés. Les services d'imagerie de l'AP-HP sont très attentifs à ce sujet.

Mme Amélie VERDIER confirme que ce problème est identifié. Les axes d'action sont le développement de l'assistance en cas de problème informatique et le traitement des problèmes structurels, dont la reconnaissance vocale.

Le président propose à M. Guy BENOIT, président de la s-CAR, de se saisir de cette question.

Le directeur général s'associe au deuil de la communauté médicale. Il indique par ailleurs que le compte rendu de la réunion de travail du 24 novembre sur les conférences stratégiques sera remis aux membres de la CME. Plusieurs disciplines et sujets identifiés devront faire l'objet d'un travail au niveau supra-groupes hospitaliers. Certains groupes de travail doivent rendre leurs conclusions en mars 2015, doivent débuter leurs travaux rapidement, afin de prendre des décisions cohérentes avec le cycle des conférences stratégiques et budgétaires. Par ailleurs, un communiqué conjoint à l'ARS, l'AP-HP et la Ville de Paris sur l'hôpital Nord, paru la semaine précédente, montre que le processus avance. Le dossier doit être déposé avant la fin de l'année 2015, ce qui conduit à finaliser les travaux de choix de site et à consolider la défense du dossier à la fin de l'hiver 2014 ou au début du printemps 2015. Le dossier de l'hôpital Lariboisière sera quant à lui soumis au comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) du 11 décembre 2014. Il sera défendu par le directeur général de l'ARS. Enfin, le directeur général, indique que les résultats des élections professionnelles à l'AP-HP montrent une stabilité par rapport aux élections de 2011. La CGT perd 3% d'électeurs, mais reste néanmoins le premier syndicat représentatif à l'AP-HP avec 32 % des voix, au profit du syndicat Sud-Santé, de la CFDT et de petites listes. La composition du CTE de l'AP-HP compte désormais 6 sièges pour la CGT, 4 pour Sud-Santé, 3 pour la CFDT et 2 pour Force ouvrière. Les résultats par site seront communiqués ultérieurement.

III. Projet médical 2015-2019 de l'AP-HP : mise à jour du chapitre *Informatique et communication*

Le président propose à la CME d'adapter le chapitre informatique et communication aux récentes décisions de la direction générale sur le déploiement du dossier médical informatisé, en remplaçant le mot « ORBIS » par « la solution choisie ».

Le Dr Patrick PELLOUX souhaite qu'il soit précisé dans le projet médical que les achats informatiques doivent fonctionner et que les entreprises qui les vendent y consacrent des moyens.

Le président convient que l'informatisation entraîne un transfert de tâches vers les personnels et les praticiens, mais juge que cette revendication n'a pas sa place dans le projet médical.

Le Pr Jean-Philippe WOLF souligne que des dossiers de couples et non de patients sont utilisés dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation (AMP). La cohérence des dossiers des hôpitaux est particulièrement importante dans ce cas.

Le directeur général précise que les comptes rendus des comités de pilotage des systèmes d'information permettront de tenir la CME informée de l'évolution des projets informatiques.

La CME approuve à l'unanimité la mise à jour du chapitre informatique et communication du projet médical 2015-2019.

IV. Rapport du groupe de travail *Médecine* physique et réadaptation *(MPR)*

Le Pr Alain YELNIK précise que son propos porte sur les services de médecine physique et de réadaptation (MPR) franciliens « aigus ». L'AP-HP est le 1er établissement en Île-de-France qui soigne les personnes à haut risque de handicap (urgences, réanimation, polytraumatisés, neurochirurgie, cancérologie…). L'AP-HP est également le 1er établissement en Île-de-France pour l'offre de soins spécialisée aux personnes handicapées et aux personnes en situation de précarité sociale. Les difficultés d'accès aux soins pour les personnes handicapées se traduisent notamment par une absence de suivi dans la plupart des structures hors de l'AP-HP.

La MPR remplit donc un double rôle :

- en soins aigus et post aigus : prévention des sur-handicaps, orientation, rééducation et réadaptation ;

- en soins au long cours/recours : la MPR est souvent responsable du suivi médical des personnes en situation de handicap (le décret du 17 avril 2008 ouvre l'admission directe en soins de suite et de réadaptation [SSR].

Les besoins augmentent en raison de l'amélioration des soins, des recommandations internationales concernant l'intérêt des traitements non médicamenteux dans la plupart des affections, du vieillissement de la population et des personnes handicapées et des attentes des personnes en secteur médico-social.

En soins aigus, les équipes mobiles de MPR, les services de rééducation post réanimation (SRPR) et les consultations avancées répondent ou répondront à cette situation. Dans les soins de MPR en post aigu immédiat (en SSR), l'hospitalisation complète de jour y répond. Les soins d'expertise, le recours, le bilan et la gestion des complications se font sous forme d'hospitalisation complète, de jour ou consultations spécialisées. La filière de soins n'est donc pas linéaire, mais en boucle, les patients suivis au long cours en MPR sont réadressés à d'autres spécialistes en étroite collaboration.

Les axes de recherche portent sur l'épidémiologie des handicaps, la compréhension des mécanismes physiopathologie des handicaps, la validation des outils métrologiques, d'évaluation clinique et instrumentaux, la validation des traitements médicamenteux, rééducatifs et substitutifs, les impacts sociaux et économiques des handicaps et des systèmes de soins.

La place de la MPR à l'AP-HP doit s'envisager au sein de l'offre de soins en Île-de-France en complémentarité avec les structures existantes, en tenant compte de la réelle concurrence dans certains domaines.

Chaque GH devrait disposer d'un service de MPR, dont le dimensionnement peut varier, avec un plateau technique performant d'évaluation de la fonction, de rééducation et de réadaptation pour les adultes comme pour les enfants. Il faut aussi poursuivre la création des équipes mobiles, à raison d'une par GH, des SRPR à orientation neurologique et développer encore l'hôpital de jour. Cependant, l'hospitalisation complète restera indispensable pour un très grand nombre de patients

polydéficients. Enfin, il faut développer une véritable hospitalisation à domicile (HàD) de réadaptation.

Enfin, l'intérêt de la télémédecine est à souligner de la MPR vers la chirurgie et du secteur médico-social vers la MPR. Quelques exemples des nombreuses collaborations internationales sont donnés.

Le président souligne que la MPR est un domaine d'expertise, mais aussi de forte concurrence avec le secteur privé.

Le Pr Alain YELNIK confirme que l'AP-HP dispose de points forts, comparativement au secteur privé, comme son expertise et la recherche.

Le président ajoute que le patient jeune et en bonne forme avec un bon pronostic rejoindra rapidement une structure privée, tandis que les structures de l'AP-HP gardent les malades les plus âgés et complexes.

Le Pr Alain YELNIK le confirme. C'est pourquoi l'AP-HP doit veiller à ne pas se laisser enfermer dans les situations complexes, que le secteur privé n'accepte qu'à durée déterminée.

Le président dénonce le scandale des accords pour prendre en charge des malades : la condition posée est que le service d'origine s'engage à reprendre le malade après quelques semaines ; ces renvois reviennent à détourner les lits de MCO.

Le Pr Alain YELNIK le déplore également, en soulignant l'intérêt pour l'AP-HP de développer son offre médico-sociale. Dans le cadre du projet du nouveau Lariboisière, il recommande d'affecter les espaces libérés en partie à l'accueil des patients (hôtellerie et médico-social).

Le Pr Thierry BÉGUÉ s'enquiert du nombre de séjours échappant à l'AP-HP en MPR. Il note par ailleurs l'absence de l'éducation thérapeutique en préopératoire, alors que c'est un élément clé du circuit patient.

Le Pr Alain YELNIK estime que bien plus de la moitié du marché sauf en neurologie lourde échappe à l'AP-HP. En matière de rééducation orthopédique, il confirme l'importance de l'éducation thérapeutique dans la démarche préopératoire et la préparation de la rééducation.

Le Pr Thierry CHINET rappelle l'importance de la recherche en innovation technologique et recommande de renforcer les liens entre activités.

Le président indique avoir visité la veille le SSR de pneumologie de la Pitié-Salpêtrière. L'un des problèmes majeurs semble être la kinésithérapie : il semble difficile de retenir les kinésithérapeutes à l'AP-HP. L'une des solutions évoquées est de leur permettre d'exercer leurs talents spécifiques acquis à l'AP-HP à l'extérieur en plus de leur activité hospitalière, ce qui mérite réflexion.

Le Pr Alain YELNIK souligne l'importance de ce point pour les hôpitaux publics en général. Les masseurs-kinésithérapeutes s'installent majoritairement dans le secteur libéral. Cette profession n'est pas bien valorisée à l'hôpital public. Leur proposer de travailler en heures supplémentaires sur le plateau technique de l'hôpital n'est pas très coûteux, cela rentabilise les plateaux techniques et valorise la profession, tout en fidélisant les patients dont les demandes de soins ne peuvent pas être assurées dans le secteur libéral.

Le président suggère que le groupe de travail présidé par le Pr Alain YELNIK réfléchisse à des propositions consensuelles sur la fidélisation et la reconnaissance professionnelle des masseurs-

kinésithérapeutes de MPR à l'AP-HP, en y associant leurs représentants et ceux de la direction des ressources humaines (dont ils dépendent).

Le Pr Alain YELNIK accueille favorablement cette proposition et souhaite mener ce travail avec les cadres de la rééducation.

V. Premier aval des urgences à l'AP-HP : expérience d'une cellule de gestion des lits mise en place dans le pôle de chirurgie de la Pitié-Salpêtrière

Le président rappelle que, depuis février 2013, il anime un groupe de travail sur le 1er aval des urgences. D'abord limité à la question du 1er aval du centre de Paris en lien avec la réorganisation des urgences de l'Hôtel-Dieu, le groupe a progressivement étendu ses réflexions à ensemble de l'AP-HP et des disciplines, en élargissant sa composition aux chirurgiens et aux pédiatres. Les travaux vont se poursuivre dans le but de fluidifier le premier aval du SAU, car c'est l'une des clés du bien-être des urgences et des patients. Le 1er décembre, ce groupe a entendu les travaux de la direction du pilotage de la transformation sur la gestion des lits, à la lumière de l'expérience menée en chirurgie à la Pitié-Salpêtrière par le Pr Fabrice MENEGAUX et sa cadre supérieure de pôle, Mme Françoise AUBERT. La question est de savoir si cette expérience doit servir de modèle à l'ensemble des hôpitaux.

Mme Bénédicte ISABEY explique que les autorités ont adressé des demandes très précises à l'AP-HP. L'enjeu est aussi l'efficacité de la prise en charge et la recherche de marges de manœuvre. Trop souvent encore, les services doivent choisir entre reporter une opération programmée, faire patienter un malade sur un brancard, le renvoyer chez lui ou le transférer. Le second objectif est de mieux coordonner les parcours patients. La Pitié-Salpêtrière offre un exemple, mais ce n'est pas la seule solution. En janvier 2015, huit établissements s'engageront dans la démarche. Trois autres établissements passeraient à la mise en œuvre opérationnelle fin 2015.

Le Pr Fabrice MENEGAUX précise que la Pitié-Salpêtrière était confrontée depuis des années à des difficultés d'hospitalisation des patients. Le pôle de chirurgie s'est porté volontaire pour expérimenter une cellule de gestion des lits, avec l'accompagnement financier de la direction de l'établissement. Le but était de fluidifier la gestion des lits et d'améliorer l'organisation du circuit des patients. Le projet a été étendu progressivement au sein du pôle avant de couvrir, à terme, l'ensemble du pôle, soit 377 lits qui réalisent plus de 16000 interventions en chirurgie programmée et près de 4 000 pour des patients provenant des urgences.

Les difficultés étaient la déprogrammation de patients prévus de longue date, la présence de patients en séjours longs dans des services de court séjour, une charge de travail de 4 heures par jour et par cadre pour trouver les lits, et un manque de transparence sur la disponibilité des lits dans une structure ayant un taux d'occupation très élevé.

Mme Françoise AUBERT présente ensuite la démarche suivie pour mettre en place la cellule centralisée de gestion des lits. Elle a notamment consisté à rassembler l'information sur les pathologies acceptées dans les autres services et à définir les règles d'hospitalisation et de prise en charge dans un autre service. Ce projet a permis de réduire le temps d'attente aux urgences et le nombre d'opérations déprogrammées, d'améliorer la qualité de la prise en charge et la sécurité des soins. Les cadres de santé se recentrent sur leur cœur de métier, en réduisant le temps consacré à la régulation des lits. Les praticiens constatent une harmonisation des pratiques et un gain de temps.

En conclusion, il a fallu convaincre et cela a pris du temps, mais la cellule est désormais légitime. Il est prévu de déployer ce système dans l'ensemble du pôle lorsque le nouveau logiciel institutionnel sera mis en place et facilitateur.

Le président relaie les questions du groupe de travail sur le premier aval des urgences. Favorablement impressionné par cette expérience de gestion des lits, le groupe s'est interrogé sur cinq points :

- le maintien d'une gestion de même qualité lorsqu'elle s'étendra à un plus grand nombre de lits et, surtout, à une plus grande diversité, incluant les spécialités médicales où les séjours sont *a priori* moins faciles à normaliser qu'en chirurgie et où le degré d'incertitude diagnostique est souvent plus élevé ;

- la question du malade mal orienté en première intention faute de place dans le service où il doit être admis, ce qui requiert de solides garanties de rappel et de réorientation secondaire, nettement plus complexe quand il existe un chevauchement entre les lits de chirurgie et de médecine ;

- la mise en œuvre d'un modèle d'organisation unique et bientôt obligatoire quand d'autres options, parfois mises en œuvre depuis longtemps, donnent déjà satisfaction, la plus commode étant la désignation quotidienne et tournante d'un médecin du service d'aval en contact direct avec les urgences pour organiser les admissions de malades ;

- la réflexion, dont on ne peut faire l'économie, sur les transferts des urgences dans les services en dehors des heures où les médecins y sont présents (la nuit, l'après-midi des dimanches et les jours fériés) ;

- l'opportunité d'étendre un tel mode de gestion au 2e aval avec création d'une cellule chargée d'organiser les transferts des services de 1er aval vers ceux de 2e aval.

Le Pr Jacques DURANTEAU demande si cette cellule fonctionne la nuit et s'il y a un médecin référent pour les cas difficiles.

Mme Françoise AUBERT répond que la cellule est ouverte de 8 heures à 18 heures. Une situation précise est faite aux urgentistes et à l'administration de la garde à 18 heures. La cellule est un binôme soignant, sans médecin référent.

Le Pr Fabrice MENEGAUX souligne que l'expérience ne fonctionne qu'avec l'adhésion des médecins et des encadrants, à condition de définir un *thesaurus*, c'est-à-dire les patients qui peuvent être hébergés dans un autre service et les patients à orienter obligatoirement vers le service de spécialité, et d'affirmer la priorité accordée aux demandes des urgences, y compris les transferts de réanimation ou de soins continus. Dans cette expérience, moins de 5 % des patients sont concernés par un transfert de service.

Le Dr Nathalie de CASTRO demande qui va voir le malade en pratique : un patient arrivant avec une appendicite aiguë et hébergé en urologie sera-t-il opéré aussi rapidement que s'il était hébergé dans un service de chirurgie générale ?

Le Pr Fabrice MENEGAUX le confirme. Le responsable est le service d'accueil. Le système fonctionne si les règles sont suffisamment précises pour que le médecin de spécialité se rende rapidement auprès du patient hébergé dans un autre service.

Le Dr Patrick PELLOUX souligne un manque de visibilité sur ce qui se passe. Il est par exemple impossible de vérifier si les refus de lits sont justifiés. Il demande donc s'il existe un registre des refus pour impliquer davantage les praticiens qui les émettent.

Le Pr Fabrice MENEGAUX répond que chaque semaine, l'hôpital, et non le pôle, reçoit les transferts et les refus. Plusieurs transferts sont naturels : ils ne relèvent pas de la spécialité.

Mme Françoise AUBERT ajoute que les urgences sont hospitalisées dans les services de spécialité. Le week-end, l'administrateur de garde peut imposer un patient dans un service de chirurgie.

Le Pr Paul LEGMANN rappelle que le périmètre des pôles est en cours de redéfinition. Il demande si cette activité est liée au fait qu'il s'agit d'un pôle chirurgical et non médico-chirurgical.

Le Pr Fabrice MENEGAUX estime que le modèle est adaptable aux pôles médico-chirurgicaux, au terme d'un travail approfondi. Il concerne une minorité de patients et doit reposer sur des règles très précises.

Le Pr Thierry BÉGUÉ s'enquiert du taux de plaintes issu de ce fonctionnement. La cellule sur la gestion des risques en orthopédie évoque l'opposition des compagnies d'assurance à ce mode de fonctionnement. Elles ne couvrent pas les praticiens, ce qui les expose à des problèmes en cas de plainte pénale.

Mme Françoise AUBERT indique que le pôle n'a pas reçu de plaintes. Il veille à la satisfaction du patient et a organisé en amont l'accueil du patient dans le service qu'il doit rejoindre. Il n'est transféré que lorsque les éléments préopératoires ont été vus. La communication auprès des soignants est importante pour que le patient soit bien accueilli dans les services. Il est d'ailleurs prévu de lancer un questionnaire de satisfaction auprès des patients.

Le Pr Fabrice MENEGAUX estime que le risque est presque effacé si les règles sont bien définies, notamment le déplacement du médecin du service de spécialité et le rapatriement du patient dans le service d'origine si cela s'avère nécessaire pour sa surveillance. Une réflexion est en cours sur ce sujet à la DAJ.

Mme Laure BEDIER confirme ces propos, en précisant que compte avant tout la surveillance mise en place plutôt que la spécialité du service.

Le Dr Anne GERVAIS souligne que le projet lui semble intéressant : il permet développer la communication dans les services. La diapo 10 signale que la cellule de gestion a couché 275 patients (186 d'UHCD et 89 par SSPI) en 7 mois, soit un à deux patients par jour. Elle se félicite qu'il soit proposé de créer 2 emplois de gestionnaires de lits pour 2 patients par jour.

Le Pr Jacques DURANTEAU soutient ce type d'organisation, même si elle reste à affiner. Il recommande d'étudier la satisfaction comparée de ces patients et de ceux transférés ailleurs.

Le Pr Yves AIGRAIN suppose que cette organisation de l'aval est plus difficile à mettre en place dans les unités très occupées. La difficulté commence lorsqu'on tente d'avoir une vision prospective de l'hospitalisation, d'autant plus que l'outil informatique est encore balbutiant. Or celui-ci est indispensable pour rendre le système opérationnel.

Le Pr Christian RICHARD estime que la difficulté vient de l'organisation hospitalière française sous forme de services spécialisés indépendants. Pour qu'une cellule de gestion des lits fonctionne au mieux, il faut faire le choix d'une unité d'hospitalisation « polyvalente » assortie de procédures et consultants spécifiques suivant les pathologies et disciplines médicales et chirurgicales concernées. Il s'interroge par ailleurs sur le fonctionnement de la cellule de gestion entre 18 heures et 8 heures le lendemain, période pendant laquelle le dispositif présenté n'est pas opérationnel.

Le Pr Fabrice MENEGAUX répond que les procédures sont simples : un patient qui doit être hospitalisé en chirurgie en urgence est prioritaire. Lorsque la cellule rouvre à 8 heures, elle reprend la charge de l'orientation des patients. En pratique, ce fonctionnement ne pose pas de problème. Il est plus facile de gérer ce système avec 200 lits qu'avec 40. Par ailleurs, le pôle dispose de 10 lits de chirurgie indifférenciée.

Le Dr Alain FAYE souligne la double exigence à laquelle répond cette organisation : préserver la filière des malades programmés pour les chirurgiens et répondre à une demande plus large de santé publique au contact des urgences. L'une des conditions est aussi la disponibilité des blocs opératoires, c'est un élément important pour assurer la fluidité du système.

Mme Françoise AUBERT insiste sur le fait que la réussite de ce projet repose sur la conciliation des opérations programmées et de la priorité accordée aux urgences.

Le Pr Fabrice MENEGAUX souligne que les chirurgiens sont attentifs à préserver leur activité spécialisée. Ce système le permet, les déprogrammations sont très peu nombreuses désormais, alors qu'elles étaient presque quotidiennes auparavant.

VI. Plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP : avis sur le projet social et professionnel

M. Emmanuel RAISON rappelle que le projet social et professionnel est un des volets du projet d'établissement, au même titre que le projet de prise en charge des patients et de la gestion des risques. Il s'appuie sur l'axe 3 du plan stratégique, présenté en juillet 2014 aux instances. « Améliorer la performance sociale et managériale ». Le projet social et professionnel est présenté en fin d'année à toutes les instances de l'AP-HP.

Mme Sophie TERQUEM précise qu'il s'agit d'un texte unique pour le personnel médical et non médical, qui intègre les spécificités du personnel médical. Il s'appuie sur le texte rédigé avec la sous-commission vie hospitalière (s-CVH) pour le plan stratégique.

M. Emmanuel RAISON indique que le projet social et professionnel intègre des éléments de contexte liés aux facteurs environnementaux et institutionnels. Il réaffirme les principes arrêtés dans le cadre du dialogue social mené au sein de l'institution : protocole d'accord sur le dialogue social, schéma d'organisation de l'encadrement et politique de management. Il prend en compte les principaux enseignements issus de la démarche du baromètre interne. Il fait une place importante au thème de la qualité de vie au travail en favorisant les démarches participatives et en cherchant à optimiser les organisations. Le projet social et professionnel engage l'AP-HP à conforter sa responsabilité sociale et laisse la possibilité aux intervenants de s'engager dans une démarche de protocole d'accord sur différentes thématiques.

Mme Sophie TERQUEM précise que le projet social et professionnel se décline en cinq axes, dont quatre ont un focus sur le personnel médical :

- Sécuriser les parcours et promouvoir le développement professionnel :
  - valoriser les talents et les compétences tout au long du parcours professionnel ;
  - renforcer l'accompagnement individualisé ;

- Promouvoir un management par la confiance :
  - appuyer et conforter le management médical ;
  - favoriser une démarche participative ;

- Améliorer la santé et la qualité de vie au travail :
  - renforcer les services de santé au travail ;
  - renforcer le suivi de la santé au travail des praticiens ;
  - prise en compte les risques psychosociaux touchant le personnel médical.

- Anticiper l'évolution des emplois et des effectifs :
  - Pour le personnel médical : attirer les praticiens et savoir rester attractif tout au long de la carrière.

M. Emmanuel RAISON précise que les objectifs du projet social et professionnel sont déclinés en actions à mettre en œuvre, qui feront l'objet de plans d'action annuels (calendrier, ressources, indicateurs et modalités d'évaluation). La DRH de l'AP-HP et la DOMU assureront la coordination de la mise en œuvre du projet social et professionnel en lien avec la CME pour le personnel médical. Au niveau local, le projet social et professionnel sera décliné dans les groupes hospitaliers, les hôpitaux et les pôles d'intérêt commun. Ce travail de déclinaison doit s'achever au premier trimestre 2015.

Le Dr Nicolas DANTCHEV, pour la commission de la vie hospitalière, indique que la CME a été associée à l'élaboration du projet social et professionnel à travers un groupe de travail issu de la s-CVH. Il remercie Mme Sophie TERQUEM pour son efficacité dans l'interface entre la CME et la DRH. Le projet social et professionnel décline les cinq orientations proposées par la DRH et les propositions contenues dans le plan stratégique. Il espère que ce texte constitue une première étape pour doter l'institution, à terme, d'une véritable politique des ressources humaines médicales.

Le Pr Bernard GRANGER indique avoir reçu, en tant que membre du CHSCT, un courrier rédigé par le directeur général sur le projet social et professionnel. Le point 7 précise que pour que les efforts de productivité ne se fassent pas au détriment de la prise en charge des patients, la direction générale s'attachera à maintenir le nombre d'agents présents auprès des malades. Elle considère donc que les efforts doivent porter prioritairement sur les activités du siège, techniques, administratives et logistiques. Il souhaiterait des précisions sur les activités ciblées.

Le directeur général confirme ces propos. Des efforts de productivité sont à fournir. C'est la logique du PGFP. Il faut s'organiser pour que ce ne soit pas au détriment des malades. Pour maintenir du temps médical et soignant malgré la réduction des effectifs, des efforts devront porter sur les services administratifs, techniques et logistiques. Des échanges auront lieu à ce sujet au premier semestre 2015 et il sera possible d'en discuter au CHSCT. Dans la configuration actuelle, la CME devrait exprimer son avis sur un projet social et professionnel qui concerne l'ensemble des personnes travaillant à l'AP-HP et pas seulement le personnel non médical. Les instances du personnel non médical n'ont pas souhaité se prononcer sur ce projet, qui sera soumis au conseil de surveillance le 11 décembre 2014.

Le Dr Michel DRU s'étonne que l'ensemble des personnels des GH reçoive un mail de bienvenue lors de l'arrivée d'un membre du personnel administratif alors que ce n'est jamais le cas, lorsqu'il s'agit d'un médecin, sauf pour quelques PU-PH. Une telle démarche serait déjà un premier pas vers la reconnaissance du personnel médical au sein des établissements.

Le président soutient cette proposition.

Le directeur général prend note de cette suggestion, qui lui semble effectivement importante, et pourrait être relayée en 2015.

Le président invite le Pr Jean-Yves ARTIGOU et le groupe des internes à s'exprimer, ceux-ci étant malheureusement également touchés par les risques psychosociaux. Deux suicides d'internes sont à déplorer chaque année.

Le Pr Jean-Yves ARTIGOU confirme que ces risques sont une préoccupation majeure pour le groupe de l'internat. Une réunion est prévue prochainement sur la mise en place de procédures d'information et de prévention.

M. Stéphane NERAAL regrette l'absence de visite médicale obligatoire pour les internes à leur entrée à l'AP-HP. La loi prévoit qu'un certificat soit rempli par un praticien hospitalier lorsqu'un interne débute son internat. Il serait légitime de le faire réaliser par la médecine du travail.

Le président appuie cette demande pour les visites d'embauche, mais aussi de suivi et à la demande de l'interne.

Le Dr Fabienne LECIEUX souligne l'importance pour l'AP-HP de disposer de services de médecine du travail de qualité. Elle ne peut qu'appuyer les éléments du projet social et professionnel. L'aide des PU-PH de pathologies professionnelles est importante pour assurer une véritable coordination.

Le président assure travailler sur ce sujet, tout en en soulignant la complexité.

Le Dr Guy BENOIT souligne la nécessité d'un management par la confiance et le fait qu'information ne signifie pas association. Il demande comment la direction envisage l'évaluation du management.

Le président souligne l'ampleur de ce problème. Les capacités « managériales » des chefs de service et de pôle ne sont pas évaluées et aucun moyen structuré de formation continue aux bonnes pratiques managériales et d'évaluation n'est disponible.

Le Pr René ADAM demande si le projet social et professionnel prend en compte l'absentéisme, qui pose des problèmes de fonctionnement considérables. Le nombre moyen d'absences est de plus de 30 jours par personnel. Il demande si le projet social et professionnel prévoit des mesures de prévention.

M. Emmanuel RAISON confirme que le chapitre sur la qualité de vie au travail prévoit des mesures pour réduire l'absentéisme. La responsabilisation des équipes, l'autonomisation sous certaines limites dans la gestion des plannings ou la sécurisation des plannings des équipes sont, par exemple, des pistes envisagées.

Le Pr Thierry BÉGUÉ regrette l'absence d'un point sur l'adhésion au projet de service.

Le Dr Anne GERVAIS partage cette remarque. Les projets de service devraient être présentés aux services, par exemple dans les conseils de service, pour associer ceux qui les mettent en œuvre et emporter leur adhésion. Il faudrait inscrire cette condition dans les prochaines candidatures de chefs de service.

Le président rappelle que ce sujet a été abordé par le groupe de travail sur la procédure de désignation des chefs de service. Un consensus s'était dégagé pour insérer un codicille sur le partage du projet de service avec les praticiens de la structure, sans aller jusqu'à évoquer un avis. Ce document reste à la main du directeur général.

Le directeur général précise que ce sujet sera traité à un prochain directoire. Lorsque le projet social et professionnel aura été voté par la CME puis soumis au conseil de surveillance, cette action pourrait être l'une des premières suites mises en œuvre.

Le Pr Jean-Philippe WOLF recommande de lancer une réflexion sur l'absence d'échelon intermédiaire avant le poste de cadre et de projet professionnel suffisamment intéressant pour motiver le personnel non médical qui ne souhaite pas devenir cadre.

M. Emmanuel RAISON confirme l'importance du sujet, notamment pour le personnel médicotechnique. Les agents ne sont pas tous intéressés par la perspective d'occuper un poste de cadre, tout en souhaitant évoluer sur le plan professionnel. Des réflexions sont à mener sur les évolutions de carrière que l'AP-HP pourrait proposer aux techniciens de laboratoires en développant des liens avec la mise en place de plateformes biologiques, informatiques et techniques (concours d'ingénieurs, par exemple).

La CME approuve le projet social et professionnel 2015-2019 à l'unanimité.

VII. Plan stratégique 2015-2019 : projet *Gestion des risques et qualité*

Mme Amélie VERDIER rappelle que la qualité et la sécurité des soins sont des priorités stratégiques pour l'institution. Le projet *Gestion des risques et qualité* repose sur le dialogue avec la Haute Autorité de santé (HAS) en matière de certification, il est structuré autour de trois chapitres et de vingt thématiques. Le projet a été élaboré de manière participative par 19 groupes de travail qui associaient des membres du siège, des GH, de la CME et des instances centrales et locales. Ils reprennent de nombreux éléments étudiés par ailleurs. Leurs réflexions doivent servir de base à la préparation de la certification.

Le plan intègre toutes les thématiques :

- management stratégique de la gestion des risques et de la qualité ;
- sécurité et amélioration continue des pratiques ;
- primauté de l'expérience vécue par le patient ;
- pour une organisation performante au service de la qualité du soin ;

déclinées avec les priorités institutionnelles des cinq prochaines années qui constituent le socle institutionnel commun, à adapter au niveau local. Il fait l'objet d'indicateurs de suivi.

Ce volet du plan stratégique sera soumis au conseil de surveillance le 11 décembre. Il est destiné à être décliné dans les GH et les hôpitaux après passage devant les instances.

Le président remercie Mme VERDIER pour cette présentation. Il rappelle l'importance qu'il attache à l'amélioration de la QSS & CAPCU, en se réjouissant de la place qu'elle a prise dans les discussions de la CME, dont c'est le rôle premier. Le projet *Gestion des risques et qualité* est inspiré en partie par le travail de la cellule QSS & CAPCU, et le président ne peut donc que l'appuyer.

Le Dr Anne GERVAIS reconnaît la qualité du projet de gestion des risques et de la qualité, tout en recommandant de revoir la question des indicateurs, notamment leurs modalités de recueil et d'évaluation et le temps qu'ils consommeront.

Mme Amélie VERDIER répond que l'objectif est de maîtriser la résistance aux antibiotiques et d'en diminuer la consommation. L'incitation financière n'est pas le but de l'action. La priorité est d'atteindre les objectifs. Cet indicateur sera revu s'il n'est pas consensuel.

Le Dr Nathalie DE CASTRO soulève la question des chambres seules, en regrettant que la rubrique sur la gestion du risque infectieux ne prévoie pas de les développer. Les services doivent prendre des patients porteurs de bactéries multi-résistantes, ce qui demande une énergie et un temps considérable aux praticiens. Pour améliorer la confidentialité pour les patients, la seule mesure prévue est l'installation de paravents, ce qui ne résout pas le problème de l'usage commun de la télévision ni du bruit. Elle pose la question de l'engagement et de la volonté de l'AP-HP à les développer.

Mme Amélie VERDIER indique que des établissements ont résolu le problème des chambres partagées en mettant à disposition deux télévisions équipées de casques. Dans les services infectieux, une réflexion est par ailleurs en cours sur la prise en charge des patients BHR qui pourraient être accueillis dans une structure dédiée. Il faut avancer sur ces sujets tout en tenant compte des contraintes de l'AP-HP.

Le directeur général ajoute que dans le cadre des projets nouveaux, une réflexion est menée sur la proportion des chambres seules par rapport aux chambres doubles, en tenant compte des problèmes d'infection nosocomiale, par exemple. La prévision de diminution du nombre de lits et la mobilisation sur le développement de l'ambulatoire devraient exercer un impact favorable sur l'augmentation du nombre de chambres seules.

Avant d'investir dans les télévisions, **le Dr Julie PELTIER** recommande d'investir dans les sanitaires des chambres doubles.

Mme Amélie VERDIER répond qu'il existe des objectifs sur ce sujet : il n'est pas possible de découpler tous les sanitaires, mais le sujet de la gestion des excréments est effectivement important. C'est un élément essentiel de la réduction des risques qui a d'ailleurs fait l'objet d'une présentation récente par la DOMU en CME.

Le Pr Jacques DURANTEAU souligne que pour emporter l'adhésion, il convient de rappeler des règles basiques sur la propreté des services et des chambres. Les présidents de CMEL qui présentent le sujet aux instances locales ont besoin de pouvoir s'appuyer sur des moyens humains et sur de la cohérence.

Le Dr Guy BENOIT indique qu'il est très satisfait que l'AP-HP considère que l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est l'une de ses priorités et soutient sans réserve le développement de la pharmacie clinique. Il s'interroge toutefois, dans un contexte d'efficience exigeant, 6 % et d'activité supplémentaire à effectifs constants, sur les moyens prévus pour atteindre ces objectifs. En effet dans la révision des effectifs, des postes ciblés ne parviennent pas à être financés. Si l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse est indispensable, de même que le développement de la pharmacie clinique, il faut financer cette politique.

Mme Amélie VERDIER reconnaît qu'aucune ligne du PGFP n'est affectée directement au financement de la qualité. Le projet recroise des sujets de formation. Il rappelle parfois des évidences, dont la mise en œuvre doit être vérifiée. Il appelle aussi des moyens supplémentaires. Pour pouvoir le mettre en œuvre, les actions sont priorisées. Certains éléments relèvent de programmes de travaux. Le PGFP repose aussi sur la réalisation d'un niveau d'investissement plus important que pendant le plan précédent. La question des prises en charge médicamenteuses, quant

à elle, n'est pas une option. Il est obligatoire de développer les actions dans ce sens. C'est un projet, dont le financement doit être prioritaire.

Le projet Gestion des risques et qualité est approuvé à l'unanimité.

VIII. Projet médical 2015-2019 de l'AP-HP : projet *Psychiatrie*

En préalable, **le président** précise que l'Hôtel-Dieu est volontairement absent du projet *Psychiatrie*, puisqu'il fait l'objet de réflexions menées par ailleurs.

Le Pr Frédéric LIMOSIN rappelle que la psychiatrie constitue un enjeu majeur de santé publique. Elle doit prendre en charge des pathologies chroniques, sévères et fréquentes, qui débutent le plus souvent chez l'adulte jeune. Une personne sur cinq a souffert ou souffre d'une maladie mentale, soit 13 millions de Français, et elles sont responsables de 12 000 décès par an en France. Ce sera la première cause de handicap dans le monde à l'horizon 2020, ainsi que la première cause d'invalidité et le deuxième motif d'arrêt de travail en France. De surcroît, ces pathologies sont un facteur d'exclusion et de marginalisation sociale. L'impact médical, économique et social est donc majeur.

L'AP-HP a la chance de disposer d'une offre de soins complète en psychiatrie, allant des missions de proximité (accueil et orientation des urgences psychiatriques au sein de ses SAU, consultations de liaison dans l'ensemble des services MCO et SSR, missions de secteur) aux missions hospitalo-universitaires de recours et d'expertise. Cette offre de soins est répartie dans 15 services de psychiatrie adulte, dont 4 sectorisés hors Paris, 6 pour l'enfant et l'adolescent, avec un total de 632 lits d'hospitalisation complète, soit 16 % des capacités d'hospitalisation en Île-de-France. En outre, chacun de ces services a développé des activités de recherche clinique et/ou dans le champ des neurosciences.

Le projet *Psychiatrie* a pour objectif prioritaire de lutter contre le filtre d'accès aux soins dont sont victimes les patients souffrant de pathologies psychiatriques, contre la fragmentation des soins, notamment en ce qui concerne les soins somatiques, et contre les ruptures dans les prises en charge, en particulier lors du vieillissement. Il s'agit donc de mieux organiser et de rendre plus lisibles les parcours de soins psychiatriques en Île-de-France, de développer les stratégies de soins innovantes et de renforcer l'articulation avec les autres disciplines. Le projet s'appuie sur deux piliers : les soins de proximité et une offre de soins non sectorisée, de recours, adossée à centres de référence.

Six axes de pilotage ont été définis :

- accroître la visibilité et la lisibilité de l'offre de soins, notamment par la mise en place d'une plateforme web et téléphonique d'information et d'orientation ;
- conforter la place de l'AP-HP dans l'accueil et l'orientation des urgences psychiatriques en Île-de-France à partir des SAU, avec un projet de centres renforcés ;
- enrichir l'offre de soins autour de thématiques prioritaires, notamment en pédopsychiatrie ;
- développer les filières patients spécifiques et fluidifier les parcours de soins ;
- valoriser l'offre de soins surspécialisée, de recours régional et national ;
- mettre en place un système de suivi de l'efficience des actions entreprises.

Le Pr Frédéric LIMOSIN rappelle, sur le second point, que les SAU constituent une offre de soins globale et non concurrentielle, avec un accueil permanent. C'est le seul lieu qui permet une prise en charge conjointe et coordonnée, psychiatrique et somatique, indispensable à l'évaluation des situations d'urgences psychiatriques. C'est un lieu essentiel dans l'accès aux soins, puisque que plus d'un patient sur deux entre dans la filière de soins psychiatrique au décours d'un passage au

SAU. Les SAU de l'AP-HP reçoivent 30 % de l'ensemble des passages aux SAU d'Île-de-France, et au moins 50 000 consultations psychiatriques par an. L'autre atout des SAU de l'AP-HP est qu'il s'articulent avec des filières patients spécifiques (suicidologie, périnatalité, addictions, psychiatrie de l'adolescent, premiers épisodes psychotiques, troubles bipolaires et dépressions résistantes, troubles de la personnalité, traumatologie, psychiatrie du sujet âgé, etc.). Au total, l'AP-HP assure 20 % de l'aval des urgences psychiatriques, malgré une capacité d'hospitalisation qui ne représente que 7 % des lits d'HC de psychiatrie en Île-de-France.

Les sites porteurs d'un projet de centre renforcé d'accueil des urgences psychiatriques (CRUP) sont au nombre de sept, dont quatre intramuros (Bichat, Hôtel-Dieu, Lariboisière, Pitié-Salpêtrière) et trois en petite couronne (Bicêtre, Henri-Mondor et Louis-Mourier). L'HEGP réfléchit actuellement à l'ouverture de lits de psychiatrie sur son site, ce qui permettrait de créer un CRUP, et Saint-Antoine vient de rejoindre le projet. Il s'agira de créer des lits d'aval post-urgences dédiés aux pathologies psychiatriques, avec des durées de séjours très courtes (72 heures maximum), destinés à des patients instables sur le plan psychiatrique et addictologique, mais également sur le plan somatique. Il y aura une phase d'observation, de stabilisation de la phase aiguë et d'orientation vers la structure de prise en charge la plus adaptée. De ce fait, nombre d'hospitalisations sous contrainte trop rapidement décidées et de retours à domicile mal préparés devrait diminuer.

Concernant l'accès aux prises en charge spécialisées et la fluidification du parcours de soins, il est prévu de développer de nouveaux dispositifs de soins partagés avec la médecine de ville pour lutter contre la perte de chance des patients souffrant de pathologies psychiatriques et ne bénéficiant pas assez de soins somatiques,. Le but est de réduire les délais de prise en charge et de maintenir la médecine générale au centre du dispositif.

Concernant les liens avec les services MCO de l'AP-HP, l'objectif est d'homogénéiser l'organisation de la psychiatrie de liaison au sein des différents sites de l'AP-HP, sachant plus de 20 % des patients hospitalisés dans ces services MCO présentent une comorbidité psychiatrique et/ou une addiction. Il s'agira également d'accroître la valorisation de liaison psychiatrique, et de permettre aux groupes hospitaliers qui ne disposent pas de services de psychiatrie sur leurs sites de bénéficier d'un appui organisationnel.

Le Dr Christophe TRIVALLE regrette que la psychiatrie du sujet âgé ne soit pas intégrée dans les axes prioritaires.

Le Pr Frédéric LIMOSIN explique qu'il n'apparaît pas dans les axes prioritaires, mais dans les surspécialisations. L'AP-HP disposant du premier centre ressource régional de psychiatrie du sujet âgé labellisé en France, il recommande de développer cette offre de soins spécifique et de lui dédier des moyens supplémentaires.

Le Dr Patrick PELLOUX souligne qu'il n'existe presque pas de solution pour les hospitalisations sous contrainte en ville. Il est indispensable d'être innovant, car on ne peut entraîner la police dans la prise en charge des malades laissés à l'abandon. Concernant le projet d'HEGP, il souhaiterait savoir si le projet envisage la création de nouveaux lits d'aval, ou un rattachement aux services de psychiatrie.

Le Pr Frédéric LIMOSIN répond que ces lits seraient localisés dans les services de psychiatrie. Le site de Saint-Antoine, quant à lui, doit rallier le projet de CRUP, qui reste à finaliser. Concernant les liens avec le SAMU et les pompiers, une réflexion est en cours. La situation de Paris *intramuros* est gérée conjointement par l'AP-HP et les services de secteurs gérés par la CHT 75, ce qui inclut la gestion des urgences. Il faut donc rechercher la meilleure articulation pour éviter de placer les pompiers et la police face à des situations ingérables au domicile des patients.

Le directeur général apporte tout son soutien à cette démarche. Il est fondamental que l'AP-HP affiche ses ambitions en psychiatrie. Il s'engage à ce que cette démarche s'accompagne d'une opération de transparence et de mise à plat des dotations de financement avec les professionnels concernés.

IX. Avis sur les statuts de la fondation de l'AP-HP pour la recherche et information sur la création d'un fonds de dotation de l'AP-HP

Mme Laure BEDIER rappelle que les fondations des établissements publics de santé ont été créées par la loi *Hôpital, patients, santé et territoires* (HPST) en 2009 et que leur cadre juridique a été précisé par décret en 2014. Cette fondation est inscrite dans le plan stratégique de l'institution, dans le but de soutenir la recherche par l'obtention de ressources financières nouvelles. La fondation doit être créée par une délibération du conseil de surveillance, avec l'avis du CTE, de la CME et du vice président du directoire chargé de la recherche. Les statuts sont transmis aux ministres de la Recherche et de la Santé qui les approuvent par décret.

Sa gouvernance est fondée sur un conseil d'administration comprenant deux collèges, l'un représentant l'AP-HP qui élit le président et le vice-président, l'autre composé de personnalités qualifiées. Le conseil scientifique peut comprendre jusqu'à dix personnes représentant la communauté médicale et scientifique française et internationale. La fondation aura une dotation initiale de 200 000 € apportée par l'AP-HP, qui pourra être consommée dans la limite de 20 % par an. Cette dotation doit être complétée rapidement par des dons privés et, le cas échéant, par des fonds publics. La fondation sera administrée par un directeur par délégation du président du conseil d'administration. Son règlement intérieur précisera ses modalités pratiques de son fonctionnement et de celui du conseil scientifique.

Parallèlement à cette fondation exclusivement consacrée à la recherche, l'AP-HP se dotera d'une structure juridique chargée de recueillir les fonds destinés à l'amélioration de la vie quotidienne des patients à l'hôpital. Le fonds de dotation peut être créé sans dotation initiale et ne peut pas recevoir de fonds publics. Il sera uniquement alimenté par les dons des personnes privées.

Le but de ces nouvelles structures n'est pas de se substituer à l'existant, mais de trouver des ressources complémentaires. Pour la fondation, une concertation doit avoir lieu, en lien avec le département de la recherche clinique et du développement (DRCD), avec les autres organismes qui font de la recherche. La fondation et le fonds de dotation pourront constituer une alternative aux associations de services.

Le Pr Philippe RUSZNIEWSKI approuve le projet de création d'une fondation, face aux difficultés de financement de la recherche. Son budget sera abondé de plusieurs façons. En pratique, le financement institutionnel est intéressant, mais il est loin de pouvoir financer de nombreux projets. La possibilité pour les contrats de propriété industrielle de voir leurs fonds transférés à la fondation reste théorique, même si elle est possible administrativement. La création de cette fondation est l'occasion de stimuler le mécénat à l'AP-HP de la part des firmes industrielles, pharmaceutiques ou autres. Elle devra employer et rémunérer des personnes pour effectuer cette recherche de fonds privés, afin d'attirer les capitaux qui en seront la principale source de financement. Les fonctionnements du DRCD et de la Fondation seront différents, mais il serait utile qu'un groupe de travail émanant de la CME, du directoire et du DRCD se constitue pour réfléchir à ces sujets. Le Pr Philippe RUSZNIEWSKI conclut sur l'opportunité que représente la création de cette fondation et appelle la CME à la soutenir.

Le président lui demande son avis sur l'avenir des associations de service.

Le Pr Philippe RUSZNIEWSKI répond que l'avenir des associations de service se trouve menacé.

Le Pr Bertrand GUIDET souligne qu'obtenir les financements n'est pas tout : il faudra aussi pouvoir en bénéficier rapidement. Il demande si la fondation pourra percevoir la taxe d'apprentissage.

Le directeur général répond par la négative, car il faut être agréé par le ministère de l'enseignement supérieur et la fondation ne réalise pas une formation qui le justifie.

Le président interroge Pr Bertrand GUIDET sur une expérimentation qui aurait eu lieu dans son groupe hospitalier.

Le Pr Bertrand GUIDET indique que plusieurs services se sont inscrits dans ce dispositif, avec plusieurs contrats signés par le Conservatoire national des arts et métiers (CNAM). Il est difficile, actuellement, de faire sortir les fonds.

Le Pr René ADAM salue l'initiative de création d'une fondation. Cependant, la placer en compétition avec les associations de service ne semble pas approprié, car le mécénat résulte souvent d'une relation individuelle entre le malade et l'équipe médicale qui se perdrait au niveau de l'institution. Il serait préférable, au moins dans un premier temps, de conserver les deux types de structure.

Le directeur général précise que le débat reste ouvert et considère qu'il est indispensable que l'AP-HP se dote de ces deux instruments. Il est appréciable d'avancer si rapidement : le décret a été publié fin août et le projet peut être soumis à la CME ce jour. Le but recherché est une plus grande souplesse et une croissance des ressources. Le lien entre un médecin, une équipe ou un service et un donateur est indéniable. L'objectif n'est pas de le rompre et de dépersonnaliser cette relation. Il faut donc organiser le maintien de ces structures et des compartiments d'entrée et de sortie, pour s'assurer que les ressources augmentent, en alliant proximité et force institutionnelle. Ceci implique de la transparence. Des modes de financement pourraient être menacés par des questions de transparence et de conflits d'intérêts : il est indispensable de définir une méthode précise. Pour cette raison, les associations de services sont recensées pour relever les différentes modalités de financement. Ce processus s'inscrit dans la durée, mais doit être engagé rapidement.

Le président souligne que les propos du directeur général confirment l'intérêt de la proposition du Pr RUSZNIEWSKI de créer un groupe de travail sur ce sujet.

Le Dr Patrick PELLOUX demande comment prévenir les conflits d'intérêts et qui vérifiera les comptes et les attributions de la fondation.

Mme Laure BEDIER indique que les membres du conseil d'administration et du conseil scientifique devront signer une déclaration d'intérêt. Les comptes, quant à eux, seront certifiés par un commissaire aux comptes et transmis au directeur général de l'ARS.

Les statuts de la fondation de l'AP-HP pour la recherche et information sur la création d'un fonds de dotation de l'AP-HP sont approuvés à l'unanimité.

X. Concertation sur la révision 2015 des effectifs de praticiens hospitaliers

Le président indique que trois postes de praticiens hospitaliers contractuels pour le 1er aval des urgences font l'objet d'une dotation à part. Il propose de procéder par groupe hospitalier et par hôpital. Le dossier sera présenté par le Pr Thierry BÉGUÉ, que le président remercie pour son

engagement. Le directeur général présentera la liste finale de la révision des effectifs en janvier 2015.

Le Pr Thierry BÉGUÉ indique que la commission a instruit 475 demandes de PH en 2014, ce qui est constant par rapport à l'année 2013. Simultanément, une demande d'efficience de 4 950 739 € est demandée sur le personnel médical. Le travail de révision des effectifs, ainsi que l'effort réalisé encore cette année par l'anesthésie réanimation permet d'arriver à ce stade à une efficience de 1 415 000 €.

Le président précise qu'un poste classé C n'est pas un poste refusé ; il peut être pourvu par un PH contractuel. Ce procédé permet d'être efficient, même si cette efficience est conjoncturelle.

L**e président** constate que les argumentaires médicaux développés par chaque GH pour défendre ses demandes de postes sont pertinents, mais que le travail de la CME consiste à établir des priorités et à s'assurer que les postes sont financés. Si la CME ne veut pas faire ce travail de sélection, ce sont la direction générale de l'AP-HP et l'ARS qui s'en chargeront.

Le Dr Anne GERVAIS relaie la proposition de ne pas prolonger les PH qui prennent leur retraite.

Le président remarque qu'adopter une politique de refus systématique de prolongation des PH poserait des problèmes en anesthésie.

Le Pr Catherine BOILEAU souligne que la liste ne fait apparaître que les postes classés A et B. Des demandes ont déjà été sélectionnées. Elle signale également des problèmes de gestion de ressources humaines que l'hôpital ne peut résoudre pour des raisons budgétaires et s'interroge sur les décisions qui seront prises pour ces postes.

Mme Christine WELTY observe que la question de l'intérêt médical du poste doit se poser pour tous, y compris ceux financés et classés en A et non seulement pour les postes positionnés en B.

Le président précise que les postes sur lesquels pesaient des doutes quant à leur utilité n'ont pas été classés A, sauf en cas d'autofinancement complet. Le problème de fond est de devoir diminuer ou redistribuer des moyens avant toute restructuration, sans avoir préalablement changé les besoins en ressources médicales. Cette question n'a pas été traitée dans les conférences stratégiques. Les groupes hospitaliers n'ont pas été invités à préciser quelles activités ils pourraient arrêter ou regrouper.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE constate que des décisions de restructuration sont prises dans les groupes hospitaliers et que dans le cas présent, il y a un problème d'impératif médical.

Le Pr Rémy NIZARD partage la position du président. Il se sent pris au piège dans ces discussions et estime impossible d'en sortir. Le travail de révision des effectifs semble vain dans les conditions qui sont imposées à la CME. La révision des effectifs n'est possible qu'en réfléchissant de façon globale à la redistribution des activités et non par groupe hospitalier, car les argumentaires sont tous recevables médicalement. L'exercice demandé n'est pas réalisable.

Le président note que le refus de la CME de faire le travail qui lui est demandé reviendrait à laisser les décisions à la direction générale et à l'ARS, c'est-à-dire à une démédicalisation de la révision des effectifs.

Le Pr Benoît Granger note qu'en l'état actuel des discussions sur la révision des effectifs, les économies envisagées ne sont pas atteintes. Il demande si la direction générale admettra l'impossibilité de l'exercice ou continuera à exiger des efforts dans ce domaine.

Le président rappelle que les deux premières révisions d'effectifs sous sa mandature ont été facilitées en jouant sur les postes d'anesthésie. Cette année, ces derniers ne suffisent plus. Les services ont déjà fourni l'effort demandé, mais la pression est maintenue à 4,5 à 5 M€ d'efficience. Dans ces conditions, le président estime impossible de répondre aux recherches d'économie à travers la révision des effectifs en 2015.

Le directeur général, M. Martin Hirsch, affirme être conscient de la difficulté de l'exercice et de la position que défend la CME. Ces dernières années, les effectifs médicaux ont augmenté, parfois sans que la communauté médicale en ait conscience, par le jeu des mesures nouvelles et des révisions, y compris dans des services dont l'activité faiblissait. Il y a plusieurs mois, la direction générale a indiqué que l'AP-HP devrait, si possible collectivement, répartir les efforts de manière à ne pas augmenter les effectifs médicaux et à réaliser une économie de 5 M€, indispensable avant de définir les mesures nouvelles, dans le cadre des conférences stratégiques. On peut effectivement penser que les réorganisations doivent être menées préalablement, elles étaient au cœur de la journée du 24 novembre. En tant que directeur général, son rôle est de faire en sorte que la médecine s'exerce et d'affecter ou non les moyens d'y contribuer. Plus les décisions médicales sont claires, plus il est possible de montrer les efforts réalisés. La CME peut affirmer les opérations pour lesquelles elle a besoin de l'engagement de la direction générale dans les deux ou trois prochaines années. Les effectifs non médicaux, quant à eux, ont été stables ces dernières années. Un effort doit être réalisé sur la masse salariale médicale et non médicale, dans des proportions raisonnables pour l'institution. C'est aussi un choix, car l'institution pourrait décider de réaliser des économies sur les équipements médicaux. Il va falloir prendre des décisions sur les postes finançables cette année et sur ceux qui ne peuvent pas l'être. Les discussions témoignent que la procédure mériterait d'être réformée pour les prochains exercices. La CME pourrait demander aux groupes hospitaliers de repréciser leurs priorités en décembre afin de parvenir à un meilleur équilibre.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE souligne que les économies sur le personnel médical ne devraient pas cibler seulement le personnel médical : les groupes hospitaliers pourraient aussi soumettre des propositions sur les comptes épargne temps, les contrats emploi retraite et les gardes et astreintes, par exemple. Il convient d'adopter une vision globale dans chaque groupe hospitalier.

Le Dr Anne GERVAIS n'imagine pas comment les discussions sur la révision des effectifs peuvent avoir lieu sans préciser préalablement les besoins sanitaires que doivent couvrir chaque site, les moyens nécessaires pour ce faire. Il faut également connaitre l'activité de chaque service et les ratios de personnels pour avoir le plus d'équité possible dans l'attribution des postes.

Le président s'interroge sur la manière de poursuivre l'exercice.

Le Dr Julie PELTIER recommande de ne pas reprendre les postes classés A, qui ont déjà fait l'objet de débats. Les autres postes sont tous justifiés sur le plan médical et le rôle de la CME pourrait s'arrêter à ce constat. Elle demande s'il est de la responsabilité de l'instance de se prononcer sur les volets administratifs et financiers.

Une discussion sur plusieurs situations particulières s'est alors engagée. Le **président** l'a conclue en annonçant que le directeur général allait revoir les propositions avec lui et les présidents de CME locale. La CME devra s'exprimer par vote sur la liste que le directeur général lui présentera lors de la réunion du 13 janvier.

XI. Approbation du compte rendu de la réunion du 14 octobre 2014

Le compte rendu de la réunion du 14 octobre 2014 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 13 heures 25.

* *
*

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

mardi 9 janvier 2015 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 17 décembre 2014 à 16 heures 30