

## Bureau de la Commission médicale d'établissement (CME) de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP)

Réunion du mercredi 28 octobre 2015  
16h30-20h00, salle des instances (Victoria)

### Présents bureau de la CME

M. Guy	BENOÎT	D <sup>r</sup> Alain	FAYE
P <sup>r</sup> Loïc	CAPRON	P <sup>r</sup> Noël	GARABÉDIAN
P <sup>r</sup> Jean-Claude	CAREL	D <sup>r</sup> Anne	GERVAIS
P <sup>r</sup> Pierre	CARLI	P <sup>r</sup> Bertrand	GUIDET
D <sup>r</sup> Rémy	COUDERC	P <sup>r</sup> Paul	LEGMANN
P <sup>r</sup> Béatrice	CRICKX	P <sup>r</sup> Philippe	MENASCHÉ
D <sup>r</sup> Patrick	DASSIER	P <sup>r</sup> Christian	RICHARD
D <sup>r</sup> Michel	DRU	P <sup>r</sup> Michel	ZÉRAH
P <sup>r</sup> Jean-Claude	DUSSAULE		

### Présents DOMU (direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités)

Mme Jihane	BENDAÏRA	M <sup>me</sup> Isabelle	PLANTEC
M <sup>me</sup> Sylvia	BRETON	M <sup>me</sup> Marie-Anne	RUDER

### Invités

M. Cédric	FLESSELLES	M <sup>me</sup> Emmanuelle	SULTAN-PETIT
P <sup>r</sup> Bernard	GRANGER	M <sup>me</sup> Amélie	VERDIER
P <sup>r</sup> Frédéric	LIMOSIN	M <sup>me</sup> Nathalie	VERGNE-LABRO
M <sup>me</sup> Catherine	RAVIER		

### Actualités de la CME (P<sup>r</sup> Loïc CAPRON)

#### 1. Révision 2015 des effectifs de praticiens hospitaliers

Le 16 octobre, le groupe restreint de la CME a terminé ses rencontres avec les groupes hospitaliers (GH) pour un premier examen des demandes de recrutement. Cette année, deux innovations principales :

- a. les GH ayant préalablement appliqué leur effort d'économies, le groupe restreint n'a plus eu à se préoccuper du plan d'efficience ;
- b. le rôle principal du groupe a été d'examiner la validité médicale des postes recréés par retour d'un emprunt effectué les années précédentes, ou créés par redéploiement institutionnel.

Le montant total de ces remboursements et redéploiements doit en principe tenir dans une enveloppe budgétaire représentant 0,4 % de la masse salariale des PH, soit 19 équivalents temps plein (ETP) ; ce qui est de quatre à cinq fois inférieur aux besoins exprimés.

Le bureau élargi de la CME (bureau, groupe restreint et sous-commission du temps et des effectifs médicaux) se réunira le 4 novembre pour classer favorablement ou défavorablement les demandes qui sollicitent l'enveloppe susdite. Deux contingences vont rendre ce choix délicat :

- a. honorer ou non les dettes que les révisions des précédentes années ont créées ;
- b. admettre ou non que le refus des redéploiements ne gèle la titularisation des PH contractuels, qui sont généralement de jeunes médecins qu'il serait imprudent de décourager si nous souhaitons qu'ils restent fidèles à l'AP-HP.

La CME du 10 novembre examinera la liste que lui proposera le bureau élargi, puis la transmettra au directeur général. La CME du 8 décembre votera un avis sur la liste que lui soumettra M. HIRSCH avant de la transmettre à l'Agence régionale de santé (ARS).

La volonté de la CME est de dynamiser le recrutement de PH du meilleur niveau possible : c'est en effet la principale façon non seulement d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, mais aussi d'assurer l'avenir hospitalier et académique de l'AP-HP.

2. Le président de la CME et le directeur général ont signé avec leurs partenaires un [accord de rapprochement](#) entre l'AP-HP le centre hospitalier sud-francilien (CHSF, Corbeil-Essonnes), avec un projet hospitalier et universitaire à construire. La coopération qui est envisagée doit s'inscrire dans les réflexions que nous menons avec les centres hospitaliers (CH) d'Île-de-France depuis quatre ans, résumées dans la [présentation](#) de notre président de CME lors de la journée des PCME des CH d'Île-de-France, le 1<sup>er</sup> octobre dernier. Le sujet sera débattu lors d'une prochaine réunion de la CME.

3. Le 30 octobre ont été mis en place le **conseil d'administration de la Fondation AP-HP pour la recherche médicale** ([composition](#)) et le **groupe de travail sur la prévention des conflits d'intérêts à l'AP-HP** ([composition](#)). Le président de la CME est son représentant dans ces deux entités nouvelles.
4. Le 10 novembre, le directeur général fera le point sur les négociations concernant l'**organisation du temps de travail à l'AP-HP**. L'accord qui s'annonce amorcera des changements qui retentiront nécessairement sur l'activité des personnels médicaux. En 2016, la CME devra inscrire cette réflexion comme l'une de ses priorités les plus hautes.
5. **Élections des CME de l'AP-HP** : les résultats du premier tour sont disponibles sur le site ([Élections 2015](#)) ; le second tour se déroulera du mardi 17 novembre au lundi 30 novembre, avec dépouillement du scrutin le mardi 1<sup>er</sup> décembre.

## Ordre du jour de la CME du 10 novembre 2015

### **Informations émanant du président (P<sup>r</sup> Loïc CAPRON)**

La CME sera informée sur les actualités des deux prochaines semaines.

### **Avis sur le deuxième avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'Agence régionale de santé (ARS) et l'AP-HP (M<sup>me</sup> Christine WELTY)**

La CME du 13 janvier 2015 a approuvé un [premier avenant](#) au CPOM ([diaporama](#)). Ce deuxième avenant :

1. complète les engagements pris dans le précédent en ce qui concerne le virage ambulatoire en soins de suite et de réadaptation (SSR), les urgences, l'imagerie, les blocs opératoires et les interruptions volontaires de grossesse (IVG) ;
2. prend de nouveaux engagements relatifs aux transplantations, à la précarité, au développement de l'hospitalisation à domicile (HàD) et à l'amélioration des parcours de soins pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), des cancers, de la santé mentale, de la périnatalité et des personnes âgées.

Toutes ces options concordent avec les orientations de notre [plan stratégique](#) et de notre [projet médical 2015-2019](#), approuvés par la CME, et avec les travaux des [groupes stratégiques de la DOMRU](#) déjà présentés en CME.

En **dix minutes**, M<sup>me</sup> WELTY présentera cet avenant et la CME votera.

### **Avis sur les modalités de passage en temps continu des urgentistes à l'AP-HP (M<sup>me</sup> Christine WELTY)**

La [CME du 13 octobre](#) n'a pas débattu sur ce sujet, dont le précédent bureau ([30 septembre](#)) avait discuté : le [25 septembre](#), la Fédération hospitalière de France (FHF) et les présidents des grandes conférences hospitalières nationales (directeurs généraux de CHU, présidents de CME) avaient en effet écrit à M<sup>me</sup> TOURAINE, ministre de la Santé, pour : (1) engager de nouvelles discussions sur le temps continu des urgentistes ; (2) annoncer le dépôt d'un recours conservatoire contre l'instruction ministérielle du [10 juillet 2015](#).

La ministre a rédigé une réponse, datée du [20 octobre](#), qui a donné satisfaction à la FHF et aux conférences.

Quant au rôle de la CME, cette réponse préconise :

1. de lancer dès à présent une « revue des organisations coordonnée par le directeur de l'établissement, impliquant le président de la CME et les équipes d'urgentistes concernées » ;
2. d'analyser les besoins médicaux pour « permettre aux chefs de pôle, en lien avec le management de proximité, de redéfinir des maquettes d'organisations médicales, validées par la CME » ;
3. d'établir « un plan d'action local, élaboré sous l'égide de la CME, [qui] devra fixer les conditions et le calendrier de la mise en œuvre du référentiel » de gestion du temps médical des médecins urgentistes.

La DOMRU sera donc en mesure de soumettre au vote de la CME une proposition conforme à ces préconisations, mais concernant le seul domaine des urgences (SAU). Des négociations se poursuivent sur le temps continu dans les SMUR et les SAMU ; elles feront l'objet d'autres propositions que la CME examinera ultérieurement.

### **Conclusions du groupe de travail de la DOMRU sur l'universitarisation de la pharmacie hospitalière à l'AP-HP (P<sup>r</sup> Jean-Michel SCHERRMANN)**

Deux décrets de 2006 et 2008 ont permis l'intégration des pharmaciens hospitaliers dans le corps des hospitalo-universitaires. Nos 25 pharmacies à usage intérieur (PUI) ne comptent cependant encore que 20 hospitalo-universitaires titulaires (8 PU-HU, 12 MCU-PH) sur 217 praticiens hospitaliers, et 10 assistants HU pour 112 assistants spécialistes hospitaliers. Les pharmaciens souhaitant rehausser leur effectif universitaire, la DOMRU a mis en place un groupe de travail sur la méthode à adopter. La principale difficulté réside dans la part académique de la fonction HU : en pharmacie hospitalière, l'essentiel de l'enseignement se fait en amphithéâtre et non pas dans la PUI ; la titularisation universitaire ne s'est pas jusqu'ici assortie d'une production accrue de publications scientifiques. En **dix minutes**, le P<sup>r</sup> SCHERRMANN, doyen de la faculté de pharmacie de Paris-Descartes, expliquera l'intérêt de l'universitarisation de la pharmacie hospitalière et présentera les recommandations du groupe de travail de la DOMRU qu'il a présidé.

**Point sur le déploiement et le développement d'ORBIS à l'AP-HP (D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER, P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH)**

En octobre 2014, la direction générale a décidé de changer la stratégie de déploiement d'ORBIS ([diaporama](#)) en donnant la priorité à la mise en œuvre de l'identifiant unique du patient dans tous nos hôpitaux et en accélérant le déploiement complet d'ORBIS dans les GH où il était déjà engagé. Cette nouvelle stratégie devait permettre de vérifier qu'ORBIS dispose des capacités requises pour monter en charge sur toute l'AP-HP et, au terme d'un audit externe, décider de la poursuite du contrat avec la firme AGFA (qui produit ORBIS). Le D<sup>r</sup> TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information, a fait un premier point sur l'avancement des travaux à la [CME du 10 mars 2015](#).

Avec le P<sup>r</sup> ZÉRAH, il présentera en **dix minutes**, le bilan à un an de cette nouvelle stratégie, les conclusions de l'audit technique complet réalisé par la direction interministérielle des systèmes d'information et de la communication (DISIC) et le calendrier des déploiements à venir. Le dossier médical informatique est à tenir pour un puissant outil dans l'amélioration permanente de la qualité et sécurité des soins (QSS) : production accélérée des comptes rendus d'hospitalisation ; prescription sécurisée des médicaments ; partage des données médicales ; dossier infirmier ; etc.

**Premiers éléments de cadrage de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2016 de l'AP-HP (M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER)**

Pour tenir l'objectif de progression de 1,75 % de l'objectif national de progression des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2016 et 2017, le plus bas depuis sa création, l'AP-HP devra réaliser un effort d'efficience de 142 M€ en 2016 et 144 M€ en 2017. Un tiers doit être réalisé en baissant nos dépenses, les deux autres tiers en augmentant nos recettes (c'est-à-dire principalement notre activité). Ces efforts doivent nous permettre de maintenir nos investissements à hauteur de 400 M€ par an. En **dix minutes**, M<sup>me</sup> CHEVRIER expliquera comment les économies seront réparties entre les GH et les moyens pour y parvenir (restructurations, réorganisation du temps de travail, révision des effectifs de praticiens hospitaliers...).

**Évolution de la dotation annuelle de financement (DAF) de psychiatrie à l'AP-HP (M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER)**

La psychiatrie n'est pas financée par tarification à l'activité (T2A), mais par une dotation annuelle de financement (DAF) que l'ARS nous alloue (137 M€ en 2014). Ce système présente deux défauts à l'AP-HP :

- le montant de la DAF est plus élevé que les charges qui pèsent sur la psychiatrie ; ce qui signifie qu'une partie finance d'autres activités (en médecine, chirurgie ou obstétrique ; MCO) ; consciente de ce « détournement », l'ARS n'a pas réévalué la DAF depuis 2013 et envisage même de la diminuer dans les années à venir ;
- la répartition entre les services de l'AP-HP se fait sur des bases historiques, sans lien avec l'évolution de l'activité et des besoins ; d'un service à l'autre, il existe donc de forts écarts entre les crédits alloués et les charges supportées.

Le siège et la collégiale de psychiatrie ont donc décidé en janvier 2013 ([diaporama](#)) qu'un groupe de travail améliore la transparence des comptes et conçoive un nouveau modèle pour répartir la DAF de psychiatrie entre les GH. Dans ce cadre, M<sup>me</sup> CHEVRIER a proposé de nouvelles clés tenant compte du volume d'activité et de la lourdeur des prises en charge ; mais les psychiatres ne sont pas encore unanimes à leur sujet ; leur collégiale doit donc encore y travailler avant d'en informer la CME.

**Plan d'action Hémovigilance de l'AP-HP (D<sup>r</sup> Nadia ROSENCHER)**

Un [décret du 12 septembre 2014](#) a ajouté aux missions de la CME celle de contribuer à améliorer la sécurité des patients transfusés : veiller à la mise en œuvre des règles et procédures d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle ; établir un programme de formation des personnels en sécurité transfusionnelle. Le 22 avril 2015, sur proposition du président de la CME, le directeur général a nommé le D<sup>r</sup> Nadia ROSENCHER correspondante d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle compétente pour l'ensemble de l'AP-HP. Elle présentera en **dix minutes** le programme d'action sur les erreurs transfusionnelles qu'elle a élaboré avec le groupe de travail qu'elle a animé. Une des difficultés rencontrées est la disponibilité de praticiens pour assurer l'hémovigilance dans les GH.

**Concertation sur la proposition que la CME va proposer au directeur général de l'AP-HP pour la révision 2016 des effectifs de praticiens hospitaliers (M<sup>me</sup> Gwenn PICHON-NAUDÉ, P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ)**

V. *supra* le point 1 des *Actualités de la CME*.

Le prochain bureau de la CME se réunira le **25 novembre 2015**.