

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 10 OCTOBRE 2017

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 7 NOVEMBRE 2017

SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME	6
II. Point d'étape sur le volet <i>Développement durable</i> du plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP (M. Didier BOURDON, D ^r Christian GUY-COICHARD)	10
III. Bilan à 18 mois du groupe chirurgie de l'AP-HP (M ^{me} Christine WELTY)	11
IV. Fin de vie : information sur la décision du Conseil constitutionnel du 2 juin 2017 (M. Marc DUPONT, P ^r Sadek BELOUCIF)	15
V. Indicateurs nationaux de qualité et sécurité des soins (QSS) et incitation financière à la qualité (IFAQ) (D ^r Isabelle GASQUET)	16
VI. Bilan du contrat de bon usage des produits de santé (CBUS) et avis sur le contrat pour l'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) (M ^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ et M ^{me} Christine WELTY)	18
VII. Information sur la décision modificative de l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2017 de l'AP-HP (M ^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ)	19
VIII. Questions diverses	22
IX. Approbation du compte rendu de la CME du 12 septembre 2017	23

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Point d'étape sur le volet *Développement durable* du plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP (M. Didier BOURDON, D^r Christian GUY-COICHARD) – exposé de 10 minutes
3. Bilan à 18 mois du groupe chirurgie de l'AP-HP (M^{me} Christine WELTY) – exposé de 10 minutes
4. Fin de vie : information sur la décision du Conseil constitutionnel du 2 juin 2017 (M. Marc DUPONT, P^r Sadek BELOUCIF) – exposé de 5 minutes
5. Indicateurs nationaux de qualité et sécurité des soins (QSS) et incitation financière à la qualité (IFAQ) (D^r Isabelle GASQUET) – exposé de 5 minutes
6. Bilan du contrat de bon usage des produits de santé (CBUS) et avis sur le contrat pour l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) (M^{me} Catherine MONTAGNIER-PÉTRISSANS) – exposé de 5 minutes
7. Information sur la décision modificative de l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2017 de l'AP-HP (M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ) – exposé de 10 minutes
8. Questions diverses
9. Approbation du compte rendu de la CME du 12 septembre 2017

SÉANCE RESTREINTE

Composition A

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de 2 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 Yves AIGRAIN
- M. le P^r Philippe ARNAUD
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P^r Thierry BÉGUÉ
- M. le P^r Sadek BELOUCIF
- M. Guy BENOÎT
- M. le P^r Olivier BENVENISTE
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M. le P^r Francis BONNET
- M^{me} le D^r Clara BOUCHÉ
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^r Christophe CELLIER
- M. le P^r Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^r Yves COHEN
- M. le P^r Philippe CORNU
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. Arthur DAUPHIN
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le D^r Alain FAYE
- M^{me} le P^r Marysette FOLLIGUET
- M. le P^r Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS
- M. le D^r Laurent GILARDIN
- M. le P^r Bernard GRANGER
- M. le P^r Philippe GRENIER
- M. le P^r Bertrand GUIDET
- M. le D^r Christian GUY-COICHARD
- M. le P^r Olivier HÉLÉNON
- M. le D^r Olivier HENRY
- M^{me} le P^r Dominique ISRAËL-BIET
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M^{me} le P^r Dominique LE GULUDEC
- M. le P^r Michel LEJOYEUX
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M. le D^r Jean-Marc NACCACHE
- M^{me} le D^r Isabelle NÈGRE
- M. le P^r Rémy NIZARD
- M. le D^r Antoine PELHUCHE
- 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 D^r Frédéric RILLIARD
- M^{me} Isabelle RIOM
- M. le P^r Rémi SALOMON
- 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

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P^r Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- M. le P^r Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- M^{me} Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- M. le P^r Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
- 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. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
- M^{me} Sophie BENTÉGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
- M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M^{me} Catherine SUEUR, secrétaire générale
- M^{me} Florence VÉBER, déléguée aux relations internationales
- M^{me} Suzanne VON COESTER, directrice des affaires juridiques
- M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- M^{mes} Hélène OPPETIT et Gwenn PICHON-NAUDÉ (DOMU)

- ***Représentante de l'ARSIF :***

- M^{me} le D^r Caroline SUBERBIELLE

- ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Joël ANKRI, Catherine BERNARD, Marie BORNES, Jean-Claude CAREL, Pierre CARLI, Françoise BOTTEREL CHARTIER, Gérard CHÉRON, Rémy COUDERC, Nicolas DANTCHEV, Patrick DASSIER, Michel DRU, Jean-Luc DUMAS, Jacques DURANTEAU, François GOFFINET, Sophie GUILLAUME, Jean-Vincent LAQUA, Ariane MALLAT, Louis MAMAN, Laurent MANDELBROT, Véronique MOLINA, Patrick PELLOUX, Géraldine POENOU, Élisabeth PORSMOQUER, Christian RICHARD, Bruno RIOU, Namik TARIGHT, Phanarom THONG, Denis TIXIER, Noël ZAHR, Michel ZÉRAH
- M^{me} Caroline RAQUIN, MM. Yann FLÉCHER et Jérémie ZERBIT

La séance est ouverte à 16 heures 35, sous la présidence du P^r Noël GARABÉDIAN.

Informations du président de la CME

Campagne de vaccination antigrippale

Une séance de vaccination des membres de la CME a précédé l'ouverture de la réunion de ce jour. Le président les remercie d'avoir donné ainsi l'exemple à l'ensemble des soignants. Le vaccin contre la grippe est la solution pour se protéger et pour protéger les autres. Il appelle l'ensemble des soignants à se faire vacciner.

Mouvements à la CME

La CME a accueilli au D^r Jean-Marc NACCACHE qui remplace le D^r Julie PELTIER dans le collège des praticiens hospitaliers (PH) médecins.

Les D^{rs} Caroline SUBERBIELLE et Pierre Foucaud représenteront alternativement l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France en qualité d'invités de la CME.

Stratégie nationale de santé

Le ministère organise une concertation sur la nouvelle stratégie nationale de santé qui sera arrêté par décret fin 2017. Il a identifié quatre priorités : prévention et promotion de la santé, lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, pertinence et qualité des soins, innovation. Invité à une réunion au ministère le 2 octobre, le président a défendu un système de gradation (soins primaires, secondaires, tertiaires en réseau des établissements de santé).

À plus d'un titre, l'AP-HP s'inscrit dans les 4 priorités de la stratégie nationale de santé, qu'il s'agisse de pertinence et qualité des soins sur lesquels travaille avec constance la cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU), ou qu'il s'agisse d'innovation comme en témoignent la mise en place de la fondation de l'AP-HP pour la recherche, le passage au numérique, l'entrepôt de données de santé, etc. Des innovations managériales s'ajoutent aux innovations techniques. Concernant la prévention, la France accuse du retard. L'AP-HP doit renforcer ses actions préventives et des crédits de financement de ses missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) doivent être fléchés à cet effet.

École de chirurgie

En accord avec le syndicat des chirurgiens des hôpitaux de Paris, le directeur général et le président de la CME ont nommé le P^r Franck ZINZINDOHOÛÉ pour succéder au P^r Philippe HARDY, décédé, pour piloter la mission de préfiguration de la nouvelle école de chirurgie. M. Renaud CATELAN continuera de suivre le projet avec lui. Des contacts ont été pris avec *iLumens* de sorte à éviter les redondances. L'école de chirurgie se concentre essentiellement sur le 3^e cycle et la formation continue des chirurgiens au niveau national voire international, à ne pas confondre avec la simulation. **Le président** rappelle que le directeur général a pris la décision que l'école de chirurgie serait logée dans les nouveaux bâtiments de l'hôpital Broussais.

Attractivité de l'exercice médical à l'AP-HP

Le directoire du 3 octobre a validé les mesures d'attractivité pour les personnels médicaux de l'AP-HP. Le président ne considère pas qu'il s'agisse d'un dispositif totalement satisfaisant et estime que seule une réflexion de fond sur l'évolution des carrières permettra de recruter et retenir les meilleurs à l'AP-HP, de lutter contre la concurrence des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) et le secteur privé qui disposent notamment d'atouts salariaux que n'a pas l'AP-HP, et de préserver l'avenir de l'hôpital public.

Révision des effectifs 2018 de praticiens hospitaliers (PH)

Le groupe restreint de la CME a reçu tous les groupes hospitaliers (GH) pour discuter de leur révision des effectifs de PH. Comme l'année dernière, il sera fait en sorte de répondre au mieux aux demandes des GH. La direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) va poursuivre les échanges avec les directions locales pour faire les derniers ajustements. **Le président** rappelle que l'avis des collégiales est obligatoirement requis et que le classement des GH doit être mis en cohérence avec celui des collégiales.

Instituts hospitalo-universitaires (IHU)

À 10 jours de la clôture de l'appel à projets pour la constitution d'IHU, un communiqué ministère vient de le reporter. La tension est grande dans la communauté hospitalo-universitaire, d'autant plus que le nombre d'IHU sera finalement limité à deux et que l'enveloppe sera divisée par 2 pour s'élever à 100 M€ au lieu de 200 M€. Le président du jury de sélection des IHU, le P^r Richard FRACKOWIAK, neurologue à Lausanne, a démissionné le 6 octobre. Les présidents de CME de CHU et les doyens ont co-signé une lettre pour s'alarmer des conséquences de cette décision.

Conseil de tutelle

Le conseil de tutelle du 6 octobre s'est notamment penché sur la stagnation de l'activité des hôpitaux publics en Île-de-France et à l'AP-HP. Le président a fait part des inquiétudes de la communauté médicale sur les dotations MIGAC et du fonds d'intervention régionale (FIR), la baisse des tarifs et le financement des investissements. Il a demandé au directeur général de l'ARS de relayer ces inquiétudes auprès du ministère.

La stratégie engagée avec le programme *oikéiosis* se poursuit. Plusieurs comités stratégiques ont été mis en place dans cette perspective, notamment pour aphp.5, aphp.6, les nouveaux métiers et le *new deal* managérial.

Livret d'accueil des internes

Un nouveau livret d'accueil des internes est disponible. Il rappelle notamment qu'il existe une sous-commission *Vie hospitalière* (CVH) locale et que les internes doivent faire partie intégrante du dispositif dit « ressources humaines – personnel médical » (RHPM).

Départs à la retraite

Le président se fait l'écho des personnes qui regrettent que l'AP-HP ne remercie pas les praticiens pour leur investissement par un « pot de départ » en retraite. Il estime souhaitable de systématiser cette démarche.

Réforme du 3^e cycle des études médicales

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU rappelle que la mise en place de la réforme du 3^e cycle conduit au recentrage de la maquette de médecine générale au cabinet du praticien au détriment des services hospitaliers, orientation qui a posé des problèmes majeurs, en particulier en gériatrie. Cette réforme conduit aussi à la mise en filière de certaines nouvelles disciplines, qui vient restreindre le nombre de stages libres. À ces difficultés, s'ajoute le dysfonctionnement du logiciel IMOTEP de l'ARS. Le 14 septembre dernier, les internes de psychiatrie ont bloqué le choix pendant une dizaine de jours considérant que l'égalité de traitement n'était pas assurée. Ce mouvement s'est amplifié et a été repris par d'autres spécialités et par l'intersyndicale nationale mais ce mouvement a été moins suivi par les internes parisiens. À la suite de nombreuses négociations avec les représentants des universités, l'ARS, les doyens, les coordonnateurs et l'AP-HP, des

postes supplémentaires ont été attribués. Aussi le coefficient d'inadéquation, qui est de 107 % réglementairement, s'est trouvé augmenté pour plusieurs spécialités. Cette décision pénalisera certains services qui seront moins bien pourvus. La situation générale pourrait entraîner des difficultés encore plus aiguës dans les centres hospitaliers. En dépit des efforts très importants développés par le bureau des internes de la DOMU, il est vraisemblable que la paie des internes puisse être retardée compte tenu des problèmes de calendrier et des dysfonctionnements informatiques.

Le P^r Thierry BÉGUÉ ajoute que la séparation avec les postes de la phase socle pose d'importants problèmes dans les services à garde, notamment en chirurgie.

Le D^r Christophe TRIVALLE précise que les services de gériatrie dépendent largement de la médecine générale. Or le choix de la médecine générale s'est mal passé à tel point que l'ARS n'affiche plus les postes restants depuis plusieurs jours.

M^{me} Isabelle RIOM explique que les absents au choix ont été nombreux en médecine générale. De ce fait, le logiciel Imotep ne permet pas d'afficher les postes restants en fin de journée. Le SRPIMG a pallié cette défaillance informatique en publiant les listes sur les réseaux sociaux pour que les internes puissent réaliser leurs choix.

Informations du directeur général

Nominations

M^{me} Suzanne VON COESTER, nouvelle directrice des affaires juridiques (DAJ) de l'AP-HP, a pris ses fonctions la semaine dernière.

M. Bernard JOMIER a été élu sénateur, en conséquence sa délégation à la santé et aux relations avec l'AP-HP a été transférée à une autre élue du Conseil de Paris, M^{me} Anne SOUYRIS, du groupe écologiste. La question du maintien de M. JOMIER au conseil de surveillance n'est pas encore tranchée sur le plan juridique pour savoir si son statut de sénateur lui permet ou non de siéger.

Conseil de surveillance

À l'ordre du jour du prochain conseil de surveillance figure un point sur la modification du règlement intérieur en vue d'y intégrer le manifeste des valeurs, modification qui a reçu l'avis unanimement favorable de la CME lors de sa réunion de septembre 2017. Le comité technique d'établissement central (CTEC) a également remis un avis favorable sur ce dossier, mais plusieurs organisations syndicales se sont abstenues. Il se réjouit de le soumettre dans ces conditions au conseil de surveillance.

ONDAM hospitalier

L'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2018 est fixée à 2,3 % pour un sous-ONDAM hospitalier à 2,2 %. Ce taux apparaît à première lecture plus favorable que lors des deux exercices précédents, mais l'ONDAM inclut désormais des dépenses qui étaient exclues jusqu'alors. Ce taux de 2,2 % annonce donc des difficultés supplémentaires alors que l'exercice 2017 était déjà périlleux. Dans ce contexte, il restera deux leviers d'ajustement : d'une part, les tarifs ; d'autre part, les dotations de financement des MIGAC et des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI). Il est désormais habituel que les tarifs baissent de 0,75 % ou de 1 %, mais la baisse constatée en 2018 ne devrait pas être compensée par des MIGAC-MERRI dynamiques. Ceci explique les difficultés de la tutelle à annoncer quel sera le cadrage de l'ÉPRD 2018.

Une décision modificative de l'ÉPRD 2017 sera soumise ce jour à l'avis de la CME. Cette décision modificative intègre le fait que l'activité n'est pas conforme aux prévisions et que la certification des comptes modifie le niveau des provisions. Il est aujourd'hui attendu une relative stabilité de l'activité alors que l'ÉPRD 2017 ciblait une croissance de l'ordre de 2 %. Le maintien du résultat prévisionnel aurait pu être proposé, ce qui aurait conduit à freiner brutalement les dépenses, mais cette opération est apparue ni réalisable ni défendable. L'augmentation prévue de la masse salariale sera cependant réduite de 10 M€. Il est logique que l'ÉPRD de l'AP-HP s'ajuste en fonction du niveau de l'activité sauf à perdre en crédibilité. À ce stade, il est complexe de distinguer les facteurs expliquant la baisse d'activité.

Instituts hospitalo-universitaires (IHU)

Un communiqué de presse évoque la baisse de l'enveloppe budgétaire et la restriction du nombre d'IHU pour les porter à deux, mais également la structure juridique porteuse des IHU. En effet, les ministres indiquent que les IHU nouveaux ne pourront plus être des fondations de coopération scientifique au motif que ces gouvernances seraient complexes. À date, il n'est donné aucune information sur les gouvernances compatibles avec le fonctionnement d'un IHU. Le directeur général se rendra à Matignon le 11 octobre avec trois représentants de CHU pour défendre une gouvernance compatible avec une gestion souple des crédits. En tout état de cause, il peut être attendu un décalage du lancement de quelques semaines. L'AP-HP sera potentiellement impactée par cette décision. Au sein de l'institution, 7 dossiers de qualité sont identifiés. Des équipes se sont préparées jusque début octobre dans la perspective de rendre un dossier, même si ces équipes avaient aussi conscience des incertitudes qui demeuraient. La direction fera tout pour que le Gouvernement lève ces incertitudes sur la gouvernance attendue et explicite le nouveau calendrier le plus rapidement possible. Il cherchera aussi à obtenir des assurances sur le soutien que le Gouvernement entend donner à la recherche hospitalo-universitaire.

Directoire

Le directoire a approuvé le principe d'une convention de coopération signée avec les hôpitaux guyanais, en commençant par le centre hospitalier (CH) de Cayenne. Cette opération a pu aboutir grâce à la mobilisation des collégiales et de la communauté médicale. Des soutiens avaient déjà eu cours au printemps 2017, notamment en néonatalogie qui pourront être renforcés, sans que cette solidarité ne représente un coût supplémentaire pour la structure. Ces dispositifs nécessitent une mobilisation forte des équipes qu'il tient à remercier chaleureusement.

Visites médicales

Le règlement intérieur a été modifié, il y a quelques mois, pour cadrer davantage la visite médicale et adopter des règles plus strictes. Au cours des derniers mois, *Les Entreprises du médicament* (LEEM), syndicat de l'industrie pharmaceutique, s'est dit disposé à signer une convention pour entériner cette modification, après avoir signifié dans un premier temps son incompréhension. Son but était que le même message soit diffusé auprès de tous ses adhérents. Après avoir longuement négocié les clauses de cet accord, le LEEM a annoncé ne pas vouloir entériner cette modification. Le dossier sera donc traité laboratoire par laboratoire. Le principe est que la visite médicale ne soit plus organisée à l'initiative du laboratoire mais à celle des chefs de service ou chefs de structure médicale.

I. Point d'étape sur le volet *Développement durable* du plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP (M. Didier BOURDON, D^r Christian GUY-COICHARD)

M. Didier BOURDON rappelle que le volet *Développement durable* couvrait les huit 8 domaines suivants : transition énergétique, déplacements des professionnels, transports de biens, achats éco-responsables, gestion des déchets, hygiène des locaux, hôpital numérique et responsabilité sociale et sociétale.

La politique énergétique intègre trois dimensions majeures : la technique (dont les investissements), le management (avec le recrutement d'*energy managers*) et la sensibilisation/communication. Plusieurs projets visent une amélioration de l'efficacité énergétique. Par exemple, la certification Iso 50001 du GH Saint-Louis – Lariboisière ou encore le travail en cours sur l'optimisation du fonctionnement des centrales de traitement d'air en chirurgie. L'AP-HP a de plus en plus recours aux énergies renouvelables. Beaucoup de ces actions sont soutenues financièrement par l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) dans le cadre de l'accord-cadre signé en 2016. Les premiers résultats obtenus sont significatifs avec une baisse de 3,9 % des consommations d'électricité entre 2013 et 2016 et une diminution de 7,9 % sur les consommations thermiques. La part des énergies renouvelables dans le mix énergétique s'élève à 28 % en 2016 (conforme à l'objectif de 25 % en 2020 dans le cadre du *Plan climat énergie* de Paris). Les émissions de gaz à effet de serre sont en baisse de 18 % (hors correction climatique).

Sur le volet de la réduction des déchets, la politique de l'AP-HP repose davantage sur la prévention que sur la gestion pour réduire son empreinte environnementale en respectant la hiérarchie des modes de traitement. La priorité porte d'abord sur la réutilisation. Suivent le recyclage ou la valorisation avant de songer à l'élimination. À cela s'ajoutent une mise en place progressive de l'ensemble des filières réglementées et un suivi spécifique afin de réduire le volume des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI) qui constituent un enjeu environnemental et économique important. L'AP-HP doit traiter 7 000 tonnes de DASRI, ce qui représente un coût de traitement de 4,6 M€ (autant que les 33 500 tonnes d'ordures assimilées à des ordures ménagères). Au-delà, une attention particulière est portée au développement d'une alimentation durable et à la lutte contre le gaspillage alimentaire. Par ailleurs, une expérimentation est menée sur l'économie circulaire.

Le D^r Christian GUY-COICHARD ajoute que les équipes médicales peuvent apporter leur regard dans les actions de développement durable, notamment en axant les réflexions sur la vétusté du parc de matériel médical. Les équipes peuvent aussi s'impliquer dans les projets de haute qualité environnementale. Une seconde piste est celle de l'enseignement et de la recherche avec des domaines déjà investis au niveau de l'AP-HP (écologie infectieuse, écologie médicamenteuse). D'autres pistes plus originales encore restent à ouvrir. Un groupe de travail a été constitué pour travailler sur ces thématiques. Ce groupe de travail a notamment travaillé sur le tri, la valorisation et le recyclage des déchets des blocs opératoires et sur la limitation des gaz à effet de serre pour l'anesthésie. Ces pistes reviennent à fédérer de nombreuses initiatives prises localement. Ces travaux invitent à changer certains comportements mais aussi à s'interroger sur la pertinence de certaines pratiques ou usages. Une réflexion peut par exemple être menée sur l'usage unique ou sur l'utilisation des gaz anesthésiques. Des filières de valorisation spécifiques doivent aussi être créées.

Un protocole de recherche de modélisation de l’empreinte environnementale d’un parcours patient est par ailleurs en cours. La segmentation des activités de soins devrait apporter des pistes supplémentaires et peut-être donner une vision plus fine des marges d’amélioration possible et centrées sur le patient.

Un travail est conduit sur les médicaments et les dispositifs médicaux. Le projet est ici d’établir une liste de médicaments et de dispositifs médicaux à impact environnemental majeur en vue de les éliminer ou de revoir leur dispensation, par exemple. Ce travail rejoint la réflexion sur la pertinence de certaines prescriptions.

Au niveau de l’enseignement, il faut aussi signaler qu’un enseignement dédié au développement durable a été créé à Paris VI. La multiplication de ces projets est à discuter avec les doyens.

Le D^r Christian GUY-COICHARD indique que le développement de cette démarche ne sera possible qu’avec l’investissement de tous les soignants.

M. Didier BOURDON ajoute que le bilan d’émission des gaz à effet de serre de l’ensemble de l’AP-HP sera réalisé en 2018 en intégrant l’ensemble du spectre des activités pour identifier et documenter les postes les plus émetteurs et donc mieux prioriser les actions de réduction d’émission et pour initier des plans d’actions complémentaires. Tous les GH achèveront d’ici fin 2018 leur plan de déplacement d’entreprise (PDE) en coordination avec la Ville de Paris. Une démarche globale d’optimisation de la flotte automobile sera réalisée également en 2018 afin notamment de réduire son empreinte environnementale et de répondre aux contraintes réglementaires. Dans ce cadre, le recours aux véhicules électriques sera privilégié. Des expérimentations sont conduites concernant l’usage du gaz naturel pour véhicules (GNV). Parallèlement, l’AP-HP continuera à contribuer à la politique de végétalisation de la Ville de Paris

Le P^r Rémi SALOMON regrette que des ordinateurs restent allumés toute la nuit dans les hôpitaux, même de la part de ses collègues les plus jeunes. Il souhaiterait que soit envisagée la possibilité de mettre en place un système permettant de les éteindre automatiquement. Par ailleurs, il rappelle que le numérique génère aussi une empreinte carbone.

Le P^r Sadek BELOUCIF salue la démarche envisagée qui associe aussi les paramédicaux. Pour favoriser la pédagogie sur ces sujets, il indique que des mesures simples peuvent être prises. Par exemple, afficher le prix des déchets au kilogramme peut apparaître plus parlant qu’un affichage à la tonne. Cette méthode aboutit à ce que le tri dans le container jaune représente un coût de 80 centimes à 1 € le kilogramme contre un coût de 10 centimes pour un déchet relevant du container vert. Une telle présentation du sujet permet de donner de la matière à la problématique et peut inciter à changer de comportement.

II. Bilan à 18 mois du groupe chirurgie de l’AP-HP (M^{me} Christine WELTY)

M^{me} Christine WELTY rappelle que le P^r Laurent HANNOUN a remis son rapport sur l’attractivité de la chirurgie à l’AP-HP en mars 2016. Il proposait à la fois des mesures d’investissements destinées à renforcer la tradition d’excellence de l’institution et à stimuler l’innovation, ainsi que des mesures permettant de regrouper les structures au bénéfice d’équipes médicales renforcées.

Concernant l’investissement immobilier et matériel des blocs opératoires, de nombreux investissements ont été réalisés tandis que d’autres sont en cours (Cochin, Pitié-Salpêtrière, bâtiment *réanimations, blocs, interventionnel* (RBI) d’Henri-Mondor, mise à niveau du bloc opératoire de Bicêtre, robot à Necker). Les mesures à destination du personnel médical ont

conduit à élaborer une charte de fonctionnement entre médecins anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens (qui est en cours de rédaction et qui sera validée prochainement).

Les propositions couvrent aussi la revalorisation de la prime d'engagement de service public, la valorisation des activités de 1^{ère} partie de soirée (en dehors de la permanence des soins), le plan anesthésie et la majoration de l'échelon d'intégration des praticiens hospitaliers contractuels (PHC) de chirurgie.

Sur le thème de l'organisation des soins et des parcours patients, les travaux ont conduit à évaluer le fonctionnement de chaque bloc opératoire pour adapter les vacations à l'activité opératoire. Les travaux ont couvert également le pilotage de l'occupation des lits et les hôtels hospitaliers. Les hôtels hospitaliers sont un mode d'hébergement innovant consistant à accueillir des patients dans un environnement hôtelier, avant ou après l'hospitalisation, plutôt que dans un lit d'hospitalisation. Après un appel d'offres, trois projets ont été retenus (Bichat, Necker et Robert-Debré). Par ailleurs, l'AP-HP a choisi de déployer un service de prise de rendez-vous en ligne dans ses hôpitaux et pour tous ses patients.

Le groupe de suivi s'est également penché sur l'organisation du travail paramédical, notamment sur les secrétariats médicaux. Il ressort des travaux la nécessité de développer le recours aux infirmières de coordination de parcours en chirurgie, de définir des normes en instrumentation avec des critères permettant de définir le besoin selon chaque libellé d'intervention pour toutes les spécialités.

Des indicateurs qualité randomisés sont en cours de préparation : ils seront validés lors de la prochaine réunion du groupe de suivi qui devrait se tenir fin octobre.

Un travail a donc par ailleurs été conduit sur les possibles regroupements d'équipes chirurgicales pour leur permettre d'atteindre une taille critique suffisante pour assurer les missions de soins, d'enseignement et de recherche. Ces projets de regroupement concernent la chirurgie digestive de Saint-Louis et Lariboisière. Les équipes réfléchissent à un projet qui concentrerait la chirurgie programmée sur Saint-Louis tandis que Lariboisière conserverait la chirurgie urgente et l'ambulatoire. Pour la chirurgie digestive de Tenon et Saint-Antoine, l'organisation d'un service bi-site se met progressivement en place. Les patients de Tenon seraient pris en charge par les équipes de Saint Antoine avec un maintien des avis spécialisés pour les services de Tenon.

Pour la chirurgie orthopédique, Bichat est un centre de traumatologie de proximité et d'ambulatoire tandis que Beaujon réalise l'activité d'orthopédie lourde. Le partenariat entre les deux services passe par la rotation du personnel médical et par la réalisation de staffs communs. Pour la chirurgie orthopédique de Saint-Antoine, une chefferie de service commune aux deux services sera mise en place. Les capacités actuelles seront maintenues. Pour la chirurgie orthopédique du GH *Hôpitaux universitaires Paris-Sud* (HUPS), il est à noter que les deux services d'orthopédie sont peu complémentaires. L'environnement est concurrentiel pour les deux établissements qui sont sur deux territoires de santé différents. La possibilité d'un regroupement de l'ensemble des activités sur un site est donc écartée. Le groupe hospitalier travaille à la constitution d'une fédération d'orthopédie avec un projet médical commun incluant une collaboration avec Percy. Les contours de cette fédération devront être présentés à l'occasion de la prochaine conférence stratégique. Enfin, le regroupement de la chirurgie orthopédique d'Ambroise-Paré et de Raymond-Poincaré se concrétisera dans le cadre du projet nouveau site de Garches.

Le projet de regroupement de la chirurgie maxillo-faciale de Saint-Louis sur Beaujon est acté. L'activité de Saint-Louis sera reprise à Beaujon. Il persistera à Saint-Louis une activité en lien avec les services de spécialités (hématologie et dermatologie). Pour la transplantation pulmonaire, l'objectif est de regrouper l'activité de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) sur le site de Bichat, dans un contexte d'activité fragile sur les deux sites. Toutefois, la transplantation pulmonaire est liée à l'activité de chirurgie thoracique de l'établissement concerné et ne peut être isolée de son contexte de prise en charge médicale en particulier pneumologique. Par ailleurs, la file active de l'HEGP comporte majoritairement des patients atteints de mucoviscidose, spécificité qu'il convient de prendre en compte. Deux réflexions sont donc à conduire simultanément, la prise en charge globale de la mucoviscidose enfants et adultes à l'AP-HP et, dans le cadre du projet médical commun de « aphp.5 », la structuration de la fédération de chirurgie thoracique.

Pour ce qui concerne la cancérologie sénologique et gynécologique, le recrutement pour les *Hôpitaux universitaires Paris-Nord Val-de-Seine* (HUPNVS) provient du nord de Paris, dans un environnement concurrentiel constitué d'une variété de petites cliniques. Le projet du GH consiste en un regroupement de la cancérologie du sein et gynécologique sur Bichat en 2018. Il est souhaitable d'organiser la cancérologie gynécologique et sénologique dans le territoire nord avec le centre expert de Saint-Louis qui soit support des réseaux et des filières. Pour ce qui concerne la cancérologie sénologique et gynécologique des HUPS, le projet du GH repose sur le maintien de l'activité de Bicêtre et Antoine-Béclère, en s'appuyant sur l'HEGP comme centre expert. Les membres du groupe de travail mettent en doute l'intérêt du maintien d'une activité de faible volume à proximité de deux gros centres de cancérologie gynécologique et sénologique (Gustave-Roussy et HEGP). Ces deux projets ont été expertisés par le groupe cancer 3 (GPK3). Il en ressort que la cancérologie gynécologique et sénologique sera regroupée sur Bichat à horizon 2018 pour les trois sites. En revanche, pour le GH HUPS, l'hôpital Bicêtre sera adossé au centre expert de l'HEGP.

Le président souligne l'importance des travaux menés par le groupe de suivi du rapport du P^r HANNOUN constitué pour répondre aux tensions rencontrées dans la communauté chirurgicale suite à des départs de chirurgiens de l'AP-HP. Il remercie le directeur général d'avoir lancé le groupe dès 2015.

Le président considère que la chirurgie est une discipline en tension ou risque de le devenir, comme la radiologie, l'anesthésie, la gériatrie, la néonatalogie, etc. Avec le P^r Yann PARC, président du syndicat des chirurgiens des hôpitaux de Paris, il a souhaité dès le début que les travaux ne se focalisent pas seulement sur l'organisation et les restructurations mais aussi sur les mesures en faveur de l'attractivité. Il est vrai que les deux sujets peuvent aussi être liés : pour être attractif, il faut disposer de plateaux techniques innovants et bien équipés, mais ils ne pourront pas être installés sur tous les sites et il faut donc regrouper les forces vives. Toutefois, les décisions doivent être prises en concertation et en association avec les équipes en expliquant les raisons des choix opérés pour qu'ils soient acceptés. Il faut faire preuve d'une grande vigilance sur ce dossier afin d'éviter que les acteurs ne fuient l'AP-HP en raison de choix incompris. Les petits irritants quotidiens (bureau, secrétariat) sont aussi souvent causes que des praticiens aient envie de quitter l'AP-HP. La fidélisation n'est pas seulement liée à la rémunération mais aussi aux conditions et au confort de travail. Aucun dogmatisme ne doit prévaloir en la matière car les motivations sont multiples.

Le P^r Thierry BÉGUÉ indique que la base réclame un allègement de la charge de travail mais les propositions qui viennent d'être présentées ne vont pas dans ce sens. Il souhaite par ailleurs savoir qui est en charge de transmettre aux collégiales le point sur les instrumentations : est-ce le

représentant de la discipline au sein du groupe de chirurgie ? Les collégiales seront-elles saisies directement ? À Bichat-Beaujon, les équipes souffrent car elles doivent assurer un système de garde sur les deux sites. Les personnels sont en nombre insuffisant au regard de la charge de travail. De la même manière, à Bicêtre, la charge de travail des équipes est lourde au regard de son dimensionnement. Or les propositions ne visent pas la diminution de la charge de travail alors qu'il s'agit d'un facteur qui joue en faveur de l'attractivité.

Le président souligne que le problème est sans doute plus global. Peut-être faut-il se demander s'il faut organiser des gardes et des astreintes dans toutes les équipes. Les demandes sont parfois contradictoires car un allègement des gardes permettrait de réduire la charge de travail alors que les gardes représentent aussi une rémunération complémentaire. Le sujet est complexe à instruire. Les collégiales doivent apporter leur soutien pour déterminer si des gardes peuvent être regroupées.

Le P^r Rémy NIZARD affirme que les équipes dans leur configuration actuelle ne sont pas viables sur le long terme alors que les ÉSPIC s'appuient sur 8 chirurgiens seniors très expérimentés en charge de poser 1 500 prothèses de hanches par an. Ces praticiens travaillant dans les ÉSPIC n'assurent pas de garde. Tant que les services de l'AP-HP seront composés de 2 PUPH et de 3 chefs de clinique, les difficultés demeureront. Il faut des années pour que des chirurgiens se créent une « clientèle ». Aussi, les PH qui restent 2 ou 4 ans ne peuvent pas se stabiliser. Tant que la situation restera la même, les équipes continueront à souffrir. Il souhaite que des actions soient menées résolument car les ÉSPIC se construisent aujourd'hui sur les « décombres » de l'AP-HP. Dans le service de Lariboisière, il a perdu tous les seniors, ce qui ne peut qu'inquiéter.

Le président est d'accord avec cette alerte. Les équipes doivent avoir les moyens d'opérer. Le nombre de chirurgiens doit être cohérent avec le nombre de salles d'opération disponibles. C'est l'ensemble de la chaîne qui doit être prise en considération, incluant les anesthésistes. La réflexion doit être globale.

Le P^r Rémy NIZARD partage ce constat mais ne souhaite pas que ce préalable soit un prétexte pour ne pas agir. Il faut absolument agir dans l'urgence.

Le président rappelle que la volonté est d'aller dans cette direction, mais les actions doivent aussi tenir compte des individus. Il affirme que la volonté n'est nullement de se cacher derrière des prétextes. Il maintient que les regroupements font partie des solutions car les professionnels ne peuvent pas être dispersés. Les regroupements ne doivent pas être considérés comme des drames mais au contraire comme la condition pour attirer les jeunes et les meilleurs.

Le D^r Clara BOUCHÉ comprend ces arguments mais souligne que certaines restructurations sont imposées et donc mal vécues. Elle souhaite savoir sur quels critères il est possible d'affirmer que les restructurations seront des facteurs d'attractivité pour les équipes chirurgicales.

Le P^r Rémy NIZARD estime que le terme « indicateur » n'est pas celui qu'il faut employer. La question est de savoir comment il faut changer et très vite. Les évolutions qui ont cours actuellement ne sont pas favorables, comme l'illustrent d'ailleurs les derniers résultats sur l'activité de l'AP-HP.

M^{me} Christine WELTY indique que le praticien hospitalier ou universitaire qui rejoindra une équipe plus étoffée et bien équipée, avec un projet médical bien construit, aura plus de chance de dérouler un exercice professionnel plus diversifié et plus intéressant.

Le P^r Éric THERVET reconnaît qu'un travail important est à mener sur l'attractivité. Il estime qu'il existe des points de méthodologie sur lesquels il est possible d'avancer. Pour la chirurgie thoracique et la transplantation pulmonaire, il faudra veiller à prendre en compte les aspects pédiatriques. Il faut associer les équipes médicales à ce projet. Sans cela il ne sera pas possible d'avancer. Il faudra ainsi intégrer les jeunes PH et hospitalo-universitaires et anticiper les successions universitaires.

Le président rejoint ce propos. Il faut les associer assez vite. Dans un milieu aussi difficile et aussi stressant, le sujet de la qualité de vie au travail est clé et facteur d'attractivité.

Le P^r Michel LEJOYEUX invite à aller vite et à communiquer régulièrement sur la situation et les difficultés rencontrées. Dans un environnement hyperconcurrentiel, une communication laissant entendre que l'AP-HP évalue différemment les jeunes docteurs pourrait être un facteur aidant.

Le D^r Christophe TRIVALLE renvoie au film réalisé sur le bloc opératoire de Saint-Louis et diffusé sur *Arte*.

Sur un plan méthodologique, **le P^r Dominique LE GULUDEC** affirme qu'il est essentiel que les professionnels aient des missions et des lettres de missions claires pour aller vers un but.

III. Fin de vie : information sur la décision du Conseil constitutionnel du 2 juin 2017 (M. Marc DUPONT, P^r Sadek BELOUCIF)

M. Marc DUPONT rappelle qu'une succession de procédures contentieuses ont été enclenchées en France à l'initiative des familles. Les familles peuvent contester des décisions médicales de limitation ou d'arrêt de traitement pour des patients qui ne sont pas en mesure d'exprimer leur volonté. Elles demandent en fait à prolonger ou mettre en œuvre des traitements que les équipes considèrent relever de l'obstination déraisonnable. La loi prévoit trois points essentiels : respecter la volonté de la personne exprimée directement ou indirectement (directives anticipées, personne de confiance, famille ou proches), d'adopter une procédure collégiale et d'informer la famille.

La décision du 2 juin 2017 du Conseil constitutionnel demande que *« s'agissant d'une décision d'arrêt ou de limitation de traitements de maintien en vie conduisant au décès d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, le droit à un recours juridictionnel effectif impose que cette décision soit notifiée aux personnes auprès desquelles le médecin s'est enquis de la volonté du patient »*.

Le P^r Sadek BELOUCIF ajoute que cette décision impose de prendre en considération l'avis d'autrui et de passer de l'implicite à l'explicite, en notifiant et traçant les décisions alors que les familles sont plus nombreuses à pousser à l'acharnement thérapeutique. La notification requise par le Conseil constitutionnel invite à communiquer par écrit avec la famille ou les proches et à avancer des éléments leur permettant de s'opposer à cette décision. La nouvelle commission éthique se penchera sur ce dossier en organisant un colloque d'une journée sur la base de retours d'expérience. Une trame sera aussi préparée pour aider les équipes à répondre aux sollicitations de manière simple.

Le P^r Bertrand GUIDET témoigne que les praticiens peuvent parfois accéder à la demande de la famille en accueillant en réanimation un patient présentant peu de chance de vie. Une solution possible est d'accéder à la demande de la famille mais de préciser que la situation du patient sera réétudiée à la 48^e heure. Il est très difficile pour les équipes de refuser une admission en réanimation lorsqu'elle est demandée de manière forte par les familles.

Le P^r Sadek BELOUCIF est d'accord avec cette approche et renvoie à la lecture de l'article paru dans le *Journal of the american medical association* (JAMA) sur ce dossier. Sur le plan moral, limiter ou arrêter un traitement est la même chose, mais ses conséquences sont différentes sur le plan psychologique.

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite savoir comment est défini le laps de temps suffisant. Il demande si cette décision peut aboutir au dispositif qui est actuellement en vigueur aux États-Unis et reposant sur la présence systématique d'un juriste.

Le P^r Sadek BELOUCIF indique que le délai moyen entre l'admission et la limitation des traitements est de 48 heures aux États-Unis, mais la différence est que la famille paie cette prise en charge. En France, il ne souhaite pas que le droit soit trop prescriptif. Un certain flou dans les dispositions peut être vertueux.

Le directeur général souligne la qualité de ce travail mené à l'échelle de l'AP-HP plutôt que de laisser les équipes « improviser » en fonction des situations. La décision du Conseil constitutionnel est importante. Il remercie le D^r Sophie CROZIER pour la coordination de la réflexion éthique de l'AP-HP qu'elle mène en tant que représentante de la CME.

IV. Indicateurs nationaux de qualité et sécurité des soins (QSS) et incitation financière à la qualité (IFAQ) (D^r Isabelle GASQUET)

Le D^r Isabelle GASQUET présente les indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins en focalisant son exposé sur les nouveautés : la lettre de sortie, les indicateurs de chirurgie ambulatoire et les indicateurs de résultat. Elle souligne tout d'abord que l'incitation financière à la qualité (IFAQ) repose sur une enveloppe annuelle de 40 M€ en 2016. En 3 ans, 10 GH ont été financés via ce programme (pour un budget unitaire oscillant entre 0,3 et 1 M€).

La lettre de sortie doit être datée du jour de la sortie. Les critères recherchés dans le document sont des critères médicaux et administratifs. Sur les séjours 2015, l'AP-HP présentait un taux de conformité de 35 % (comme au niveau national). Le score est de 34 % en Île-de-France et de 30 % pour les CHU. La cible nationale attendue est fixée à 80 %. La plus grande difficulté réside dans le fait de retrouver la lettre de sortie : dans 54 % des cas, un document de sortie peut être identifié. En revanche, les critères fixés sur le contenu de la lettre sont globalement respectés.

En 2016, des indicateurs de chirurgie ambulatoire ont été testés. Ils portent sur trois thèmes : l'évaluation préopératoire, l'évaluation du patient à la sortie et le suivi après la sortie. Trois sites de l'AP-HP ont participé à cette expérimentation. Pour l'évaluation préopératoire, les résultats des 3 sites de l'AP-HP sont inférieurs à la moyenne des sites entrés dans l'expérimentation. Pour l'évaluation de la sortie de la structure, la disparité des résultats est flagrante entre les trois sites de l'AP-HP ainsi que pour l'indicateur relatif au suivi après la sortie.

Enfin, les indicateurs de résultat, qui sont en fort développement, sont produits annuellement et automatiquement, notamment à partir de la base de données du programme de médicalisation du système d'information (PMSI). En 2017, deux indicateurs ont été produits ou sont en cours de production : les complications thromboemboliques post-prothèses de hanche et de genou et la réhospitalisation à 7 jours, par pathologie. À partir de 2018, seront ajoutés trois nouveaux indicateurs de résultat : la réhospitalisation à 3 jours après la chirurgie ambulatoire, l'infection du site opératoire post-prothèse de hanche et de genou et la satisfaction des patients de chirurgie ambulatoire.

Le président rappelle que la réunion dédiée à la stratégie nationale de santé a été l'occasion d'évoquer la nécessité d'évaluer la qualité des soins. Il existe des seuils d'activité mais aussi des seuils de qualité. Dans les 5 ans à venir, l'effort sera porté sur ces thèmes non seulement en biologie et pharmacie mais aussi dans les disciplines cliniques.

Le P^r Philippe CORNU considère que les indicateurs qualité qui viennent d'être évoqués permettraient de mettre en évidence un autre aspect de la qualité représenté par la notion de « valeurs et santé ». Un tel axe de travail serait fédérateur pour l'ensemble de la communauté médicale et paramédicale de notre institution.

Le P^r Thierry BÉGUÉ demande s'il est possible d'affiner les résultats des établissements en fonction des hospitalisations de jour et des hospitalisations classiques.

Le D^r Isabelle GASQUET souligne que seules les hospitalisations complètes sont recensées pour la lettre de sortie.

Le P^r Thierry BÉGUÉ rappelle que la durée de séjour conditionne les complications thromboemboliques. En sortant le patient à J2, le nombre de complications sera moindre car seules sont prises en compte les complications durant le séjour.

Le D^r Isabelle GASQUET objecte que la durée de séjour est prise en compte dans le classement des établissements.

Le D^r Christophe TRIVALLE estime qu'ORBIS devrait permettre de produire des lettres de sorties conformes aux recommandations.

Le D^r Nathalie DE CASTRO estime que la lettre de sortie est un indicateur imparfait car la qualité de l'information médicale contenue dans le document n'est pas prise en compte, seul sa présence dans le système informatique l'est, ce qui fait que remettre le compte rendu d'hospitalisation (CRH) provisoire à la sortie n'est pas comptabilisé. De plus, il est facile de détourner cet indicateur en paramétrant l'outil informatique pour renseigner tous les indicateurs demandés par la Haute Autorité de santé (HAS) et créer automatiquement un document qui au final n'est pas remis au patient.

Le président note ces remarques mais il n'en demeure pas moins vrai que les médecins traitants et les patients doivent disposer d'un courrier dans les 48 heures suivant la sortie.

Le P^r Bertrand GUIDET considère qu'il serait utile de définir des indicateurs centrés sur le patient. Ce sont les remontées faites par les associations des usagers. Ils seront aussi exigés dans le cadre de la certification 2020.

Le P^r Christophe CELLIER demande si le taux de 54 % correspond aux lettres de sortie non adressées au médecin ou non retrouvées.

Le D^r Isabelle GASQUET explique que 54 % des documents de sortie ne sont pas datés du jour de la sortie. Ils ne sont pas édités via ORBIS le jour où le patient sort. Ils ne sont pas alors considérés comme une lettre de sortie.

Le P^r Christophe CELLIER souhaite savoir si est connu le nombre de comptes rendus qui arrivent au médecin traitant

Le D^r Isabelle GASQUET précise que l'indicateur porte sur les lettres de sortie données aux patients. Elle ne dispose pas des statistiques relatives à la communication des lettres aux médecins traitants.

Le P^r Rémy NIZARD recommande aux membres de la CME de lire l'excellent livre de Laura BAUVALET intitulé *Les stratégies absurdes* qui montre de manière édifiante l'utilisation des indicateurs.

Le D^r Anne GERVAIS considère que les indicateurs peuvent juger de la sécurité des soins mais pas de la qualité des soins. Ce qui compte dans la qualité, ce sont deux choses : la satisfaction des patients et la satisfaction des soignants. En général, les deux sont corrélées.

V. Bilan du contrat de bon usage des produits de santé (CBus) et avis sur le contrat pour l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) (M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ et M^{me} Christine WELTY)

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ présente les enjeux liés à la mise en œuvre du contrat conclu entre les établissements de santé, l'ARS et l'Assurance maladie. L'objectif est de regrouper plusieurs contrats existants sous un seul contrat : le CAQES. Il regroupe le contrat de bon usage, le contrat sur les frais de transport, le contrat sur la pertinence des soins et le contrat d'amélioration des pratiques. Le CAQES fixe des cibles à atteindre et se base sur des indicateurs nationaux et régionaux. En cas de non-respect des exigences, une sanction financière et/ou une mise sous accord préalable sera envisagée. Les sanctions financières s'appuieront sur le niveau des produits de l'Assurance maladie. Les sanctions associées pourront être très élevées (à hauteur de 1 % des recettes perçues par l'Assurance maladie, soit 50 M€ pour l'AP-HP). Des sanctions sont possibles également sur la liste en sus pouvant aller jusqu'à 30 %, soit 120 M€. La mise en œuvre du CAQES est prévue au 1^{er} janvier 2018.

M^{me} Christine WELTY souligne que l'AP-HP présente ce jour des points de faiblesse en matière d'informatisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux. Des progrès ont été notés en la matière mais des évolutions restent à mener. Le développement de la pharmacie clinique en fonction du profil d'activité de chaque site doit être accéléré avec son corollaire concernant la conciliation médicamenteuse. Le bon usage des produits de la liste en sus doit aussi être adressé dans un objectif de maîtrise des dépenses.

Pour l'Assurance maladie, l'enjeu sur ce poste de dépenses porte sur un volume de 1,1 Md€ en 2016. La proposition de CAQES indique que le taux d'évolution ne doit pas dépasser 4 % en 2017. Les objectifs visent aussi une prescription en dénomination commune internationale (DCI), c'est-à-dire la promotion des produits génériques et des bio-similaires, avec un taux à atteindre de 45,5 % (contre 42,8 % à l'AP-HP en 2016). Ce poste représente à l'AP-HP 150 M€ avec une augmentation de 7,9 % entre 2015 et 2016. Le CAQES vise la diminution de ces dépenses. Le nouveau contrat tend aussi vers la gestion centralisée des commandes de transport, l'optimisation du recours aux ambulances et le développement des transports partagés.

Ces cibles ne sont pas encore déclinées par GH. Les discussions se poursuivent avec l'ARS et l'Assurance-maladie. Le projet d'accord prend insuffisamment en compte les spécificités de l'AP-HP. Une prochaine réunion aura lieu dans une dizaine de jours pour affiner le projet de convention et faire valoir les spécificités de l'AP-HP.

Le président remercie les intervenantes. Il ne souhaite pas valider un projet qui ne fixe que des objectifs inatteignables. Il ne saurait donner son accord à un tel projet.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE rappelle que l'Assurance-maladie dépense 4 ou 5 Md€ sur les transports et il reconnaît que cette dépense doit être régulée. La dépense la plus forte concerne les taxis qui, concurrencés par les voitures de transport avec chauffeur (VTC), augmentent leurs tarifs au détriment des patients. Dans ce contexte, les médecins ne peuvent pas refuser aux patients de

leur proposer un transport. Concernant les médicaments, certains principes sont moins chers que les génériques. Sur les biosimilaires, l'AP-HP a un rôle essentiel à jouer mais il souhaite pour le moins que les médicaments ne changent pas tous les ans.

Le président regrette que de mauvaises réponses soient apportées à de bonnes questions. Les réponses à apporter ne sont pas si simples dès lors que le médecin traitant a déjà validé un transport sanitaire ou que l'ambulancier est dans l'attente de son patient devant la porte de la consultation. On ne peut pas résoudre ce problème par des sanctions financières.

Le P^r Philippe ARNAUD reconnaît que ce sont de bonnes idées qui ne sont pas réalistes. Ces propositions traduisent une méconnaissance complète du tissu organisationnel et médicamenteux du système de santé. Aujourd'hui, à l'AP-HP, compte tenu de la règle des marchés publics, les biosimilaires d'Insuline glargine par exemple, sont plus chers que les principes comme *Lantus*[®].

M. Guy BENOÎT est d'accord avec le président mais souligne que des progrès peuvent être proposés. Le sujet de la pharmacie clinique est débattu depuis plusieurs années sans être développé. Il en est de même pour la conciliation médicamenteuse. Comme pour les créances irrécouvrables, le sujet finira par rattraper l'AP-HP.

Le D^r Nathalie DE CASTRO demande si ce contrat aura pour conséquence de limiter le nombre de patients qu'elle recevra en consultation dès lors qu'elle ne pourra pas augmenter ses prescriptions médicamenteuses.

M^{me} Christine WELTY explique qu'un taux d'évolution des dépenses est en effet fixé. Le dépasser est encourir des sanctions financières.

Le D^r Anne GERVAIS signale l'incohérence de l'injonction à augmenter l'activité, contradictoire avec le respect du contrat présenté incitant, lui, à travailler moins. L'injonction est contradictoire donc le contrat ne peut être accepté.

La CME émet un avis défavorable à l'unanimité sur le projet de CAQES.

VI. Information sur la décision modificative de l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2017 de l'AP-HP (M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ)

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ commente la décision modificative n°2 et précise que la CME n'a pas été consultée sur la décision modificative n°1 qui était strictement technique sans évolution du résultat. La décision modificative n°2 se traduit par une dégradation du compte principal et du compte consolidé de l'AP-HP au vu de la situation de l'activité et des recettes à mi-année.

Les charges de personnel affichent une progression à fin août (+ 2,09 %) conforme à la cible annuelle (2 %) avec une trajectoire de réduction des équivalents temps plein rémunérés (ÉTPR). En revanche, les recettes affichent une évolution défavorable. Les produits de titre 2, pénalisés par le retard de facturation, sont en diminution de 3 % par rapport à 2016. Pour l'hospitalisation partielle, par contre, l'évolution est positive (1,5 % à fin août). En revanche, elle est en retrait par rapport à la cible. Les recettes à fin août sont en retrait de 45 M€ par rapport à fin août 2016 et en retrait de 76 M€ par rapport à la cible du budget initial. Certaines recettes seront rattrapées (à hauteur de 25 M€ d'ici la fin de l'année).

Contrairement aux années précédentes, l'ÉPRD 2017 a été élaboré avant que la clôture 2016 ne soit achevée et le résultat définitif connu. Le recalage sur le réalisé 2016, réalisé dans le cadre de cette décision modificative, contribue à une amélioration du résultat prévisionnel de + 27 M€ par

rapport à l'ÉPRD initial. La décision modificative inclut également la prise en compte d'éléments liés à l'entrée en 2016 dans la démarche de certification des comptes avec un impact de – 41 M€ sur le résultat prévisionnel 2017. Ceci tient au fait que les charges et les produits sont désormais mieux rattachés à l'exercice. Les produits à recevoir ont davantage été imputés sur l'exercice 2016. Par ailleurs, la provision des risques a évolué notamment pour les créances irrécouvrables.

La décision modificative 2017 inclut aussi la prise en compte de nouvelles hypothèses d'admissions en non-valeur qui, si elles ne dégradent pas le résultat, ont un effet sur la capacité d'autofinancement (CAF) et la marge brute 2017. Le niveau des admissions en non-valeur s'élève à 93,7 M€ contre 42,6 M€ dans l'ÉPRD initial. Ces admissions en non-valeur sont couvertes par les provisions pour risques qui sont également réévaluées à la hausse.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ ajoute que l'exécution budgétaire à fin juin-juillet conduit à réaliser des ajustements supplémentaires des charges et de produits avec un impact sur le résultat prévisionnel de – 50 M€, incluant la dégradation de 62 M€ des prévisions de recettes, notamment d'activité. La baisse de l'activité et des recettes (séjours et externes) conduit à prévoir une forte diminution des cibles 2017 par rapport à l'ÉPRD initial.

Les prévisions de dotations MIGAC et FIR pour l'année 2017 ne sont pas modifiées dans la décision modificative. L'AP-HP est cependant toujours en attente de la notification de 194 M€ complémentaires à l'issue de la première circulaire budgétaire 2017 pour atteindre la cible ÉPRD 2017. Il existe donc un potentiel de dégradation supplémentaire du résultat et de la CAF, non intégré à la décision modificative.

Compte tenu de la faible dynamique d'activité, une maîtrise renforcée de la masse salariale est engagée et conduit à prévoir une sous-exécution de 10 M€ de la masse salariale.

La dégradation de la CAF est compensée par un recours supplémentaire à l'emprunt qui passe à 136 M€ à 217 M€ et par un prélèvement sur fonds de roulement plus important. L'AP-HP reste cependant en dessous du seuil prudentiel d'endettement de 30 % (29,61 %).

Le président revient sur le problème posé par l'évolution de l'activité. Il considère que les raisons en sont plurifactorielles. L'AP-HP ne peut toutefois s'exonérer totalement dans la mesure où une meilleure organisation permettrait souvent de mieux tirer parti de nos atouts.

M. Guy BENOÎT considère que, tant que le financement des hôpitaux publics n'évoluera pas, la situation ne pourra pas s'améliorer. Dans le document, il note par ailleurs que la décision modificative fait apparaître une dotation supplémentaire de 15 M€ pour les PH et PHU pour 129 postes *versus* 16 M€ pour les attachés soit 229 postes. Il s'étonne de l'importance de cet écart.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ explique que le tableau portant sur la masse salariale propose de nombreux ajustements entre les lignes en fonction du niveau des dépenses constatées à fin juillet. Lors de la construction, il n'existait pas de point de départ, ce qui explique les décalages relevés.

Le P^r Bertrand GUIDET constate que l'activité augmente pour générer des recettes mais les recettes individuelles diminuent, ce qui conduit à une asymptote. Puisque l'activité ne peut plus augmenter davantage, la conséquence sera la réduction du personnel, ce qui conduira à freiner encore l'activité et nourrira un cercle vicieux. Il souhaite par ailleurs que les spécificités de l'AP-HP

soient enfin reconnues dans le FIR concernant la prise en charge des précarités et la prise en charge de patients porteurs de bactéries hautement résistantes, entre autres.

Le D^r Nathalie DE CASTRO souhaite comprendre ce qu'il faut entendre par les actions concrètes qui seront menées pour réduire la masse salariale de 10 M€. Elle souhaite savoir si l'option est de ne pas recruter sur les postes demandés à la révision des effectifs ou des postes vacants. Comment sera-t-il possible de redresser l'activité sans embaucher des personnels ?

Le D^r Christophe TRIVALLE souligne que l'activité ne peut pas augmenter tous les ans. L'ÉPRD modificatif est revu à la baisse, mais il doute que ce budget révisé soit réaliste car il table encore sur un redressement de l'activité en fin d'année et sur une embellie sur les MIGAC et FIR. Il aimerait que des comptes détaillés soient un jour présentés pour les soins de longue durée (SLD) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) au lieu de simplement indiquer que leurs comptes sont déficitaires.

Le P^r Paul LEGMANN note que l'AP-HP peut avoir l'impression que l'équilibre ne sera jamais atteint en dépit des mesures d'efficacité. L'équilibre apparaît ainsi comme un leurre. Il est personnellement frappé par le volume des admissions en non-valeur sur lesquels le personnel médical et non médical a peu de prise. Il souhaite connaître les mesures qui seront prises pour les réduire et si cette situation est identique dans les autres CHU de l'Hexagone.

Le directeur général comprend les inquiétudes exprimées mais il faut se méfier d'un discours qui consisterait à dire que la responsabilité n'est pas celle de l'AP-HP mais uniquement le fait des contraintes externes. L'AP-HP a aussi une part de responsabilité qu'il faut assumer. Il faut admettre que certains médecins sont responsables d'admissions en non-valeur en acceptant des patients non-résidents. En Île-de-France, l'activité est stable sur les huit premiers mois de l'année. Il en est de même dans les autres hôpitaux publics. Trois ÉSPIC voient leur activité augmenter. L'AP-HP doit s'adapter davantage. En 2017, l'AP-HP est en position de faiblesse. Certaines faiblesses sont liées à l'organisation de l'AP-HP. Par ailleurs, l'AP-HP n'affirme pas que la masse salariale diminuera en 2017 mais que l'augmentation sera moindre que celle qui était prévue. Dans certains groupes hospitaliers ou dans certains services, l'activité est plus faible mais le recours à l'intérim et au remplacement est plus fort. Le freinage de 10 M€ passera par de moindres recours à des remplacements de courte durée. Tous ces efforts sont difficiles mais s'ils ne sont pas faits, les effets en cascade seront pires encore.

Le D^r Jean-Marc NACCACHE souligne son accord avec le directeur général sur la baisse de l'activité malgré la sollicitation d'intérimaires et de remplacement de courte durée. Il souligne toutefois qu'il est connu que les intérimaires et les remplacements de courte durée sont moins efficaces que les titulaires. Le nombre de titulaires doit donc être suffisant pour maintenir l'activité.

Le D^r Sophie CROZIER fait remarquer que la situation des postes des paramédicaux est extrêmement tendue depuis les modifications du temps de travail, avec des suppressions de postes qui aboutissent à un tableau des emplois difficiles voire impossible à remplir. Dans son établissement, des lits ferment, faute de personnel dans un des services pourtant considéré comme « rentable » dans son pôle. Les délais pour remplacer les aides-soignants et des infirmiers qui s'en vont ne sont pas compatibles avec le bon fonctionnement des services et le maintien de l'activité. De plus, le recours à des intérimaires (et même d'agents du pool) est un vrai problème car il s'agit d'un personnel le plus souvent non formé à la prise en charge spécifique des patients ce qui se traduit par une dégradation de la qualité et de la sécurité des soins.

Le D^r Isabelle NÈGRE demande à améliorer le codage en nommant des spécialistes du codage. Dans beaucoup de services, c'est un PH qui est affecté à ces tâches pour s'assurer de l'exhaustivité et de la qualité du recueil des données.

Le D^r Anne GERVAIS confirme que les services qui ont recours aux intérimaires sont ceux où il manque des infirmières. Il est donc logique que leur activité soit moindre. Par ailleurs, on voit passer en révision des effectifs des postes de PH au département de l'information médicale (DIM) ou qualitiens, postes comptés dans la masse salariale médicale. Ces postes ne permettent pas directement de prendre en charge les malades, or pour produire de l'activité il faut soigner des patients directement. Le développement de ce type de poste, à masse salariale quasi constante, concourt à la baisse des effectifs médicaux par malade. Il serait judicieux de tracer leur présence afin de ne pas pénaliser les services où ils sont affectés.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE relève qu'ORBIS n'est pas un outil performant pour coder. Il faudrait enfin mettre en place des systèmes intelligents permettant de flécher automatiquement les codages.

Le directeur général reconnaît qu'il existe des services où il manque du personnel. La réponse, c'est de mener une vraie politique comparative d'effectifs cibles, car c'est ainsi qu'il sera possible de favoriser l'équité et de mieux répartir les moyens. Dans les deux groupes hospitaliers où ce travail a été conduit, il est noté que des services sont en sous-effectif par rapport à leur charge de travail médicale et d'autres en situation de sureffectif. Ce travail d'objectivation sera mené dans les mois qui viennent.

Le président appuie une réalisation rapide de ce travail qui doit permettre de mettre à plat les situations héritées, objectiver les besoins et introduire une plus grande équité de façon pragmatique. Il confirme que le recours à l'intérim n'est pas une solution.

Le D^r Sophie CROZIER ajoute que la règle en vigueur sur son GH est d'attendre trois mois pour remplacer le départ d'une infirmière ou d'un aide-soignant dans le probable objectif de réaliser des économies.

Le P^r Christophe CELLIER demande comment la direction analyse la concurrence des ÉSPIC, qui ont mis en place une flexibilité plus importante dans la gestion des recrutements et dans l'aide logistique des médecins.

Le directeur général ne souhaite pas pointer du doigt les ÉSPIC comme il ne souhaite pas plus pointer du doigt la tarification à l'activité (T2A) comme responsable de tous les maux. Il faut simplement reconnaître que les organisations des ÉSPIC sont plus réactives et plus répondantes que celles de l'AP-HP. Un test a été mené pour comparer les taux de réponse des ÉSPIC et de sites de l'AP-HP. L'expérience a été menée en cardiologie et en chirurgie orthopédique auprès de 4 GH de l'AP-HP et de 4 établissements hors AP-HP. Trois GH de l'AP-HP ont répondu qu'un rendez-vous était possible dans 3 mois, un GH de l'AP-HP a répondu qu'un rendez-vous serait possible dans 15 jours. Il s'agit de l'HEGP car il a mis en place un système de *call center* pour gérer les rendez-vous. Ce système est donc vertueux car il offre une visibilité accrue sur les créneaux de rendez-vous et libère du temps pour traiter des demandes atypiques.

VII. Questions diverses

Le D^r Anne GERVAIS souhaite savoir dans quel cas les jours de réduction du temps de travail (RTT) non pris ne seront pas payés, dès lors que les tableaux de service sont remplis et validés par les chefs de service et que ceux-ci s'engagent à ce que les praticiens puissent prendre leurs RTT quand l'organisation du service le permet.

M^{me} **Gwenn PICHON-NAUDÉ** explique que les congés annuels et les RTT non pris peuvent être placés sur le compte épargne temps (CET) dans la limite de 5 jours pour les congés annuels et sans limite pour les RTT, sauf que l'on ne peut pas poser plus de 20 jours par an sur un CET. Au-delà de ces 20 jours, les jours sont systématiquement payés. Pour les autres jours, le praticien prononce son droit d'option, dès lors que le CET atteint le seuil de 20 jours. En cas de départ de l'institution, s'il y a une attestation du chef de service qui indique que les jours n'ont pas pu être pris pour nécessité de service, ils seront également payés.

VIII. Approbation du compte rendu de la CME du 12 septembre 2017

Le compte rendu de la réunion du 12 septembre 2017 est adopté à l'unanimité.

La séance est levée à 19 heures 35.

* *
*
*
*

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

mardi 7 novembre 2017 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

mardi 24 octobre 2016 à 16 heures 30