

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 12 AVRIL 2016**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 7 JUIN 2016**

SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Information sur le projet du nouveau Garches	9
III.	Conclusions du groupe de travail sur la chirurgie à l'AP-HP	12
IV.	Masseurs-kinésithérapeutes à l'AP-HP	15
V.	Bilan, projets et indicateurs concernant les produits de santé à l'AP-HP	17
VI.	Avis sur le plan d'équipement mobilier 2016 de l'AP-HP	20
VII.	Avis sur la modification des annexes 12 (commission d'appréciation des offres [CAO] pour la passation des marchés de travaux et de prestations intellectuelles), 13 (commission de transparence des marchés) et 15 (commission des contrats publics) du règlement intérieur de l'AP-HP	21
VIII.	Qualité de vie au travail dans la procédure de certification	22
IX.	Bilan à un an du plan stratégique de l'AP-HP	23
X.	Approbation des comptes rendus des 9 février et 8 mars 2016	25
XI.	Questions diverses	25

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M^{me} le P^f Nelly ACHOUR
- M. le P^f René ADAM
- M. le P^f Yves AIGRAIN
- M. le P^f Joël ANKRI
- M. le P^f Philippe ARNAUD
- M. le P^f Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P^f Thierry BÉGUÉ
- M. le P^f Sadek BELOUCIF
- M. le D^r Guy BENOÎT
- M. le P^f Olivier BENVÉNISTE
- M^{me} le D^r Catherine BERNARD
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M. le P^f Francis BONNET
- M^{me} le D^r Marie BORNES
- M^{me} le D^r Clara BOUCHÉ
- M^{me} Anne-Sophie BOURREL
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^f Jean-Claude CAREL
- M. le P^f Pierre CARLI
- M. le P^f Christophe CELLIER
- M. le P^f Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^f Yves COHEN
- M. le P^f Philippe CORNU
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M. le D^r Patrick DASSIER
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M^{me} le D^r Blandine DENIS
- M. le D^r Michel DRU
- M. le D^r Alain FAYE
- M^{me} le P^r Marysette FOLLIGUET
- M. le P^f Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS
- M. le P^f François GOFFINET
- M. le P^f Bernard GRANGER
- M. le P^f Bertrand GUIDET
- M. le D^r Christian GUY COICHARD
- M. le P^f Olivier HÉLÉNON
- M. le D^r Olivier HENRY
- M^{me} le P^r Dominique ISRAËL-BIET
- M. le P^f Paul LEGMANN
- M^{me} le P^r Dominique LE GULUDEC
- M. le P^f Michel LEJOYEUX
- M. le D^r Julien LENGLET
- M. le D^r Marc LÉVÊQUE
- M^{me} le D^r Roberta LORENZON
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M. le P^f Laurent MANDELBROT
- M^{me} le D^r Véronique MOLINA
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M^{me} le D^r Isabelle NÈGRE
- M. Stefan NERAAL
- M. le P^f Rémy NIZARD
- M. le D^r Antoine PELHUCHE
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M^{me} le D^r Valérie PÉRUT
- M. le P^f Michel PEUCHMAUR
- M^{me} le D^r Élisabeth PORSMOQUER
- M. le P^f Dominique PRIÉ
- M^{me} Caroline RAQUIN
- M. le P^f Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le D^r Rémi-Henri SALOMON
- M. le P^f Éric THERVET
- M. le P^f Nicolas THIOUNN
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le P^f Noël ZAHR
- M. le P^f Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P^f Bruno RIOU, président de la conférence des doyens d'Île-de-France
- M. le P^f Louis MAMAM, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris-Descartes
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- M^{me} Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- M. le P^f Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
- M^{me} le D^r Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la santé au travail de l'AP HP
- M^{me} Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M^{me} Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
- M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
- M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
- M. Étienne GRASS, directeur du pilotage et de la transformation
- M^{me} Amélie VERDIER, secrétaire générale
- M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)

- M^{me} Hélène OPPETIT, M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ, (DOMU)

- ***Représentante de l'ARSIF :***

- M^{me} Catherine BROUTIN-PIOLOT

- ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Françoise BOTTEREL CHARTIER, Gérard CHÉRON, Jean-Luc DUMAS, Jacques DURANTEAU, Philippe GRENIER, Vincent JARLIER, Claire POYART, Jean-Michel SCHERRMANN, Jean-Marc TRÉLUYER
- M^{mes} Sophie GUILLAUME, Marion TEULIER. MM. Yann FLÉCHER, Michaël FONTUGNE, Jules GREGORY, Louis MAFFI-BERTHIER

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Information sur le projet du nouveau Garches (M. Sylvain DUCROZ, P^r Joël ANKRI)
3. Conclusions du groupe de travail sur la chirurgie à l'AP-HP (P^r Laurent HANNOUN)
4. Masseurs-kinésithérapeutes à l'AP-HP (M. Gérard COTELLON, P^r Alain YELNIK)
5. Bilan, projets et indicateurs concernant les produits de santé à l'AP-HP
 - Sécurisation du médicament : bilan de la responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse à l'AP-HP (P^r Béatrice CRICKX)
 - Bilan de la commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS, P^r Philippe LECHAT)
 - Plan pour le bon usage des antibiotiques à l'AP-HP (P^r Daniel VITTECOQ)
6. Avis sur le plan d'équipement mobilier 2016 de l'AP-HP (M. Didier LE STUM)
7. Avis sur la modification des annexes 12 (commission d'appréciation des offres [CAO] pour la passation des marchés de travaux et de prestations intellectuelles), 13 (commission de transparence des marchés) et 15 (commission des contrats publics) du règlement intérieur de l'AP-HP (M^{me} Aude BOILLEY-RAYROLES)
8. Qualité de vie au travail dans la procédure de certification (M^{me} Véronique GHADI, Haute Autorité de santé [HAS])
9. Bilan à un an du plan stratégique de l'AP-HP (M. Étienne GRASS)
10. Questions diverses
11. Approbation des comptes rendus des 9 février et 8 mars 2016

SÉANCES RESTREINTES

Composition B

Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH offerts à la mutation (révision des effectifs 2016)

Composition A

Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH offerts à la mutation (révision des effectifs 2016)

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

I. Informations du président de la CME

La maire de Paris a souhaité rencontrer le P^f Noël GARABÉDIAN, en tant que nouveau président de la CME. La rencontre s'est déroulée le 18 mars. Elle a porté sur les grands sujets d'actualité concernant l'AP-HP et permis de faire valoir les points de vue respectifs.

Le conseil de surveillance du 24 mars a créé un groupe de travail sur « l'impact du virage ambulatoire et la coordination ville-hôpital ». Il sera présidé par le D^f Laurent EL GHOZI, ancien médecin du centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre, qui siège au conseil de surveillance dans le collège des personnalités qualifiées. L'objectif est d'informer les élus et les citoyens sur le développement des prises en charge en ambulatoire, en montrant que, au-delà de son intérêt économique, elle constitue une avancée pour les patients et pour la qualité et la sécurité de leur prise en charge.

Le président a rencontré M. Thomas SANNIÉ, l'un des deux représentants des associations d'usagers au conseil de surveillance. Il est favorable au dialogue entre les usagers et les médecins qui doit permettre d'instaurer une confiance réciproque. Les sujets relatifs à la qualité et la sécurité des soins, et aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) se prêtent tout particulièrement à ces échanges. Le président invite les présidents de CME locale (CMEL) à les associer à la procédure de certification.

Le cycle des conférences stratégiques et budgétaires a donné lieu à un travail très important et une synthèse sera présentée lors de la prochaine CME.

Le président a rencontré le 14 mars le D^f Pierre CHARESTAN, président de la CME du centre hospitalier (CH) d'Aulnay-sous-Bois et nouveau président des présidents de CME des CH d'Île-de-France. Les présidents de CME des CH d'Île-de-France souhaitent développer les collaborations avec l'AP-HP et réfléchir sur les réseaux de patients dans le cadre des travaux sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Le président a insisté sur la nécessité d'une approche en termes de recours et de proximité. Les CME doivent être impliquées dans les GHT.

Suite à la loi de modernisation du système de santé, il est nécessaire d'actualiser les règlements intérieurs de l'AP-HP et de la CME. Le comité du règlement intérieur de la CME présidé par le P^f ARTIGOU a commencé à travailler sur le règlement intérieur de la CME. La direction des affaires juridiques (DAJ) coordonnera les travaux sur le règlement intérieur de l'AP-HP. La CME donnera son avis sur les deux textes.

Le groupe de travail mis en place pour décliner le plan d'action relatif à la prévention, la détection et le traitement des situations individuelles complexes ou à risques concernant le personnel médical adopté par le directoire du 4 janvier. Il présentera ses recommandations au directoire le 19 avril, puis à la CME le 10 mai.

La loi de modernisation du système de santé fixe à 72 ans la limite d'âge des praticiens employés dans le cadre d'un cumul emploi retraite. Dans une note du 5 avril mise sur le site de la CME, la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) explique qu'il a été décidé que tous les contrats en cours à l'AP-HP iront jusqu'à leur terme mais ne seront pas renouvelés au-delà de la limite d'âge.

L'école de chirurgie de l'AP-HP fait l'objet d'un travail important, qui est en phase d'étude au niveau du syndicat des chirurgiens. Les conclusions de ce travail seront présentées au directeur général. Cette école est fondamentale pour le rayonnement de la chirurgie française et l'attractivité des jeunes chirurgiens.

Le directeur général confirme que les conférences stratégiques, malgré un contexte difficile, ont été l'occasion d'échanges fructueux avec les GH, de nombreux projets d'investissements qui leur tenaient à cœur ont pu être validés et financés, y compris des projets qui restaient sans réponse depuis plusieurs années. Cet exercice prouve que les efforts d'efficience ne consistent pas à sacrifier l'avenir mais au contraire à préserver les emplois et les investissements.

Le résultat des expertises demandées par les organisations syndicales sur l'organisation du temps de travail a été être présenté au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et au comité technique d'établissement (CTE) centraux. Un certain nombre d'engagements complémentaires ont pu être pris pour la mise en œuvre ou l'accompagnement de cette réforme. La décision sur la nouvelle organisation des temps de travail à l'AP-HP a donc été signée au 1^{er} avril.

Elle comprend une partie sur le « retour au réglementaire », avec la suppression de journées qui allaient au-delà des réductions du temps de travail (RTT) ; ainsi que des engagements pour une meilleure prise en compte du temps de travail réel des agents (expérimentation de badgeuses dans certains services). Dès lors que le droit commun est à nouveau appliqué l'AP-HP doit veiller à ce que les agents n'accumulent pas des dépassements qui ne seraient pas pris en compte.

Outre ce volet de « retour au réglementaire », qui réintroduit des journées de travail à l'AP-HP, la réforme comporte une seconde partie sur les horaires proprement dits. Elle devra faire l'objet d'une discussion dans les instances locales de chaque groupe hospitalier ou entité. L'horaire en 7 heures 50 est supprimé, pour revenir à un horaire, en 7 heures 36 pour les personnels de jour. D'autres horaires, qui existaient déjà dans les blocs ou les consultations sont officialisés (8 heures 45 ; 9 heures ; 10 heures), pour pouvoir être utilisés selon les choix d'organisation des différents services. La possibilité de travailler en 7 heures 30 est introduite selon deux modalités. Elle pourra d'abord être choisie volontairement et individuellement par les agents, qui bénéficieront alors avant la fin de l'année 2016 d'un forfait de 18 heures supplémentaires venant compenser ce changement. Elle pourra également être adoptée par un service, éventuellement selon un schéma permettant aux agents hospitaliers de travailler un week-end sur trois plutôt qu'un week-end sur deux, selon un rythme de 7 heures 30 en semaine et 12 heures le week-end.

Enfin, la « grande équipe », qui concerne aujourd'hui la moitié des personnels soignants, sera généralisée à partir du 1^{er} septembre avec des marges d'adaptation si nécessaire.

L'objectif de cette réforme est d'ajouter des journées de travail et de moins recourir à l'intérim ou au remplacement, tout en régulant mieux le recours aux heures supplémentaires. Cela permettra de sécuriser les effectifs au service des malades, de renforcer les équipes de suppléants, mais également de développer un second plan de déprécarisation poursuivant celui amorcé l'année précédente. Il sera négocié d'ici la fin de l'année 2016 avec les partenaires sociaux.

Cette réforme qui concerne l'ensemble de l'AP-HP sera déclinée dans les GH en tenant compte de leurs particularités.

Si elle ne s'applique qu'au personnel non médical (administratif, logistique, et soignant), le corps médical devra être impliqué dans sa mise en œuvre. La question de la concordance des temps entre

les organisations médicale et paramédicale devra être mise en pratique pour éviter que les infirmières soient présentes au moment des vacances des médecins, etc. et l'implication des équipes médicales sera cruciale. La direction générale continuera à suivre la mise en œuvre de la réforme avec les équipes des GH, pour qu'elle se réalise au plus près des spécificités de chacun des services.

Un rapport sur la prévention des conflits d'intérêt a été diffusé qui résulte du travail de six mois d'une commission dirigée par le directeur général. Ce travail approfondi est original car il n'avait jamais été abordé dans sa globalité dans un centre hospitalo-universitaire français. Il ne s'agissait pas seulement de reprendre des règles existantes ou déjà adoptées par d'autres, mais d'interroger les conditions concrètes dans lesquelles se pose la problématique des conflits d'intérêts au sein d'un CHU. Il faut examiner dans quelles conditions les partenariats avec des industriels peuvent être construits, afin qu'ils n'entraînent pas des situations de conflit d'intérêts. La réponse doit consister à élaborer des modes de régulation nouveaux et opérationnels, qui devront être mis en œuvre de manière progressive.

Six familles de propositions figurent ainsi à la fin du rapport :

- application à l'hôpital, comme à l'université, des règles de cumul d'activité. Un guide, simple et clair, de présentation des pratiques autorisées a été distribué ;
- utilisation possible de la Fondation AP-HP pour mieux flécher, assouplir et rendre plus réactifs les services, en lien avec la montée en charge du contrat unique. Celle-ci sera dirigée par Rodolphe GOUIN ;
- « visites médicales » : les interlocuteurs de l'industrie ne doivent pas être choisis par eux mais par les responsables médicaux. La révision du règlement intérieur portera également sur cette question ;
- simplification du régime des déclarations d'intérêt pour qu'elles puissent être utilisées par l'AP-HP ou dans d'autres domaines ;
- conditions de prise en charge d'actions de formation ou de congrès : d'autres règles doivent être trouvées, avec une application progressive, afin que les financements des industriels ne cessent que lorsque des solutions de remplacement seront trouvées. Participer à des congrès pour rencontrer des collègues et présenter ses travaux est indispensable ;
- les dernières propositions cherchent à mettre en place des commissions de déontologie au sein de l'AP-HP, pour vérifier que les règles préconisées sont appliquées et conseiller la communauté au sujet de la possibilité ou non de certaines situations.

Ce rapport a conduit plusieurs laboratoires pharmaceutiques à réagir, certains sont prêts à collaborer avec l'AP-HP. Cette démarche permettra de mieux équilibrer les relations avec l'industrie, mais également ainsi de mieux valoriser les innovations de l'AP-HP, en éclaircissant les possibilités de partenariat avec l'industrie. Les recettes ainsi constituées pourront financer d'autres innovations et ainsi initier un cercle vertueux. Le directeur général s'engage à clarifier les règles des conflits d'intérêts, afin de mieux protéger l'institution et les agents, tout en augmentant leurs marges de manœuvre.

La direction générale est à l'écoute des membres de la CME pour répondre aux questions qu'ils se poseraient à l'occasion de l'organisation de congrès et de partenariats. Ces réponses pourront alors être diffusées pour permettre à d'autres de s'orienter rapidement de la meilleure manière dans ce domaine.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE souligne que le rapport ne traite que des conflits d'intérêts financiers, alors qu'ils peuvent aussi être syndicaux, politiques, etc. Par ailleurs, les médecins sont encore stigmatisés. Considérer que les prescriptions des médecins seraient assujetties aux recommandations des visiteurs médicaux est profondément méprisant pour les médecins. Les scandales sanitaires ont pourtant toujours été portés, soit par le pouvoir politique, soit par les industriels. Les médecins notamment ne fixent pas le prix des médicaments. Il n'est pas non plus certain que la fondation de l'AP-HP sera aussi souple et réactive que les associations de type loi de 1901. Enfin, les congrès aujourd'hui sont tout sauf des voyages d'agrément, comme certains journaux le suggèrent. Le risque est que plus aucun expert ne veuille rendre d'avis sur les médicaments dans les agences de médicaments.

Le D^r Michel DRU souhaite que ce rapport soit présenté en CME. Les praticiens ne sont pas tous informés des propositions faites dans le document, notamment l'utilisation de jours de RTT ou de jours de CA pour la formation continue des médecins.

Le D^r Christian GUY-COICHARD souligne que ce rapport a été salué à juste titre pour son innovation et son exhaustivité, y compris par des associations très regardantes sur les conflits d'intérêts. Il souhaiterait toutefois que les visiteurs médicaux soient exclus des services de l'AP-HP afin notamment de protéger les internes et les étudiants en médecine. L'AP-HP devrait prendre des mesures symboliques. Les membres de la CME pourraient également montrer l'exemple en déclarant leurs liens d'intérêt, même si la loi ne les y oblige pas.

Le D^r Patrick PELLOUX précise que la loi de 1901 exige également une grande transparence quant aux membres des assemblées générales et leurs conditions de déroulement.

Le directeur général répond que le rapport n'est pas stigmatisant ni manichéen, et n'a pas été reçu comme tel. Les personnes qui ont participé à ce rapport peuvent témoigner de la prudence avec laquelle il a été élaboré. L'objectif était surtout d'atteindre à une clarté qui permette à la doctrine d'être concrètement applicable d'une manière simple.

Le président souligne que la transparence est importante et la stigmatisation exclue. Des solutions pratiques doivent être trouvées pour que les médecins puissent continuer à se rendre à des congrès. Ce dossier est difficile et doit donc être traité de manière pragmatique.

II. Information sur le projet du nouveau Garches

Le P^r Joël ANKRI rappelle que l'hôpital Raymond-Poincaré est dédié au handicap. Le site comprend 300 lits d'hospitalisation complète ; 89 places d'hôpital de jour et trois types principaux d'activité : adulte aigu (médecine, réanimation, chirurgie orthopédique) ; pédiatrie (réanimation, neuro-pédiatrie) et handicap-rééducation.

Le projet est basé sur une offre de plateformes intégrées de soins et d'innovation visant à offrir aux plus vulnérables une prise en charge pluridisciplinaire et non discriminatoire.

L'hôpital est très ouvert sur la ville, le médico-social et le domicile, avec des mesures de prévention destinées aux patients, mais aussi aux familles, pour conforter l'autonomie et limiter l'hospitalisation.

Le projet s'inscrit dans les orientations de l'université de Versailles-Saint-Quentin et dans le projet d'institut hospitalo-universitaire (IHU) *HandiMedex*.

La cellule de coordination joue un rôle clé dans le parcours de vie du patient, qui passe par une succession de prises en charge étroitement liées.

Les points forts de l'hôpital sont les suivants :

- la cellule de coordination, d'orientation, de planification et de conseil ;
- les consultations/réunions d'admissions pluridisciplinaires pré-hospitalisation ;
- la structure de gestion des séjours ;
- une organisation favorisant la prise en charge ambulatoire ;
- une offre de services à destination des patients et des familles ;
- une structure d'hébergement non médicalisée à proximité de l'hôpital ;
- une unité d'accueil mutualisée des patients non programmés ;
- des liens avec le domicile ;
- un système d'information (SI) ;
- ses partenariats.

L'activité orthopédique du GH est en volume la première de l'AP-HP. Elle a été réorganisée autour d'un seul service de chirurgie orthopédique bi-site entre Ambroise-Paré et Raymond-Poincaré.

M. Sylvain DUCROZ explique que l'architecture du site n'était pas adaptée au projet médical.

Vétuste, elle nécessiterait 135 M€ pour être remise aux normes.

De structure pavillonnaire, elle implique des surcoûts de fonctionnement, liés à la redondance des plateaux de rééducation, à l'éclatement des services et à l'inadéquation des secteurs d'hospitalisation.

Les conditions d'accueil enfin sont très dégradées, malgré la vocation à accueillir des patients souffrant de handicaps et une forte activité d'infectiologie.

Un projet de réorganisation dans le cadre de la construction d'un nouveau bâtiment est donc devenu indispensable. Il s'appuie sur une réorganisation capacitaire, qui réduit la capacité de 20 %, avec un bâtiment de 250 lits, dont 20 % de lits de rééducation et une centaine de lits pour l'hôpital de jour. Deux unités de SRPR adultes et enfants sont en cours de création.

Le projet est inscrit au plan global de financement pluriannuel (PGFP) depuis l'année précédente. Il figure parmi les cinq opérations les plus importantes de l'AP-HP. Il inclut la construction d'un nouveau bâtiment pour 80 M€ ; la rénovation du bâtiment Netter ; et la cession des deux tiers de l'emprise hospitalière.

La mairie de Garches, qui soutient le projet, a donné son accord sur la révision du plan local d'urbanisme (PLU). Le bâtiment qui accueillera l'ensemble des activités d'hospitalisation médico-techniques et de rééducation comprendra six étages d'hospitalisation pour 28 000 m².

Un certain nombre de lits en médecine infectieuse et en orthopédie ont déjà été fermés, dans le cadre des démarches d'ajustement capacitaire.

La fusion des services entre Ambroise-Paré et Raymond-Poincaré a été votée par les instances locales pour l'orthopédie, mais aussi l'anesthésie et l'imagerie.

Le marché pour la programmation des travaux devrait être passé d'ici l'été, pour qu'elle puisse commencer à l'automne ; que les architectes soient choisis fin 2017 ; et que les travaux aient lieu entre 2018 et 2021.

Le président rappelle que ce projet, très important pour l'AP-HP, a fait l'objet de nombreux débats. La solution mise en œuvre permettra une offre de qualité pour tous les patients lourdement handicapés et constitue un véritable projet hospitalo-universitaire. L'expérience des équipes du site est considérable et doit être préservée. Le président se réjouit également que les orthopédistes se soient mis d'accord sur ce projet.

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle que cet hôpital dispose du dernier caisson hyperbare en Île-de-France depuis la fermeture de celui du Val-de-Grâce et s'étonne que cette question n'ait pas été évoquée.

M. Sylvain DUCROZ explique que l'hôpital répondra à un appel à projets qui sera lancé par l'ARS d'ici la fin de l'année ; dans l'attente des résultats de cet appel à projets, l'activité d'hyperbarie est bien conservée sur le site de Garches.

Le P^r Bertrand GUIDET indique que les médecins de l'hôpital de La Roche-Guyon ne sont pas favorables à son insertion dans le projet, et que les médecins de Garches non plus.

Le directeur général explique que la question se pose parce que l'hôpital La Roche-Guyon accueille des enfants et des jeunes adultes polyhandicapés, dans des conditions médicales précaires. Les locaux ne peuvent pas être agrandis et comprennent des pièces communes pour les enfants qui restent plusieurs années. Les équipes soignantes ont noué des relations de très forte proximité et affectivité avec les patients et leurs familles, qui doivent toutefois prendre un train puis une navette ou un taxi durant 45 minutes pour se rendre sur le site. Avec P^r Thierry BILLETTE DE VILLEMEUR, des solutions sont examinées qui permettraient aux équipes de continuer à suivre les patients sur un autre site. Toute la pédiatrie du groupe hospitalier considère ce rapprochement comme une opportunité pour les patients. La question devra être tranchée avant le mois de septembre pour ne pas retarder la programmation du projet.

Le P^r Paul LEGMANN souligne que, dans le projet, l'imagerie est distincte du bâtiment principal, ce qui présente des risques et un coût pour les patients à mobilité réduite.

M. Sylvain DUCROZ explique que l'imagerie n'est pas, à ce stade, intégrée dans le nouveau bâtiment, mais que cette possibilité sera étudiée lors de la phase de programmation.

Le P^r Thierry BÉGUÉ demande si le nombre de salles d'opération dédiées à l'orthopédie est maintenu.

Le P^r Joël ANKRI indique que trois salles d'opération sont prévues, avec une montée en charge progressive.

M. Sylvain DUCROZ précise que seules quatre salles fonctionnent actuellement, contre cinq disponibles, en raison de l'activité. Trois salles devraient suffire.

Le président souligne que le nombre de salles importe moins que le nombre d'opérateurs et le taux d'utilisation des salles. Le nombre de salles pourra être ajusté en fonction de l'activité constatée.

Le D^r Sophie CROZIER demande si le nouveau bâtiment prévoit uniquement des chambres individuelles, compte tenu des risques d'infection soulignés ; si le SRPR sera à proximité de la réanimation ; et si un projet d'unité de soins prolongés complexes (USPC) est prévu.

M. Sylvain DUCROZ répond qu'une USPC n'a pas été envisagée. En revanche, l'objectif est bien de bénéficier d'un maximum de chambres simples et de rapprocher le SRPR du service de réanimation.

III. Conclusions du groupe de travail sur la chirurgie à l'AP-HP

Le P^r Laurent HANNOUN rappelle que la chirurgie est indispensable au rayonnement scientifique et à l'équilibre médico-économique de l'AP-HP, où un grand nombre d'opérations ont été décrites pour la première fois et dont 40 % des recettes sont induites par la chirurgie.

Bien que l'augmentation du nombre des démissions ou la baisse de l'activité ne soient pas réellement significatives, un « malaise chirurgical » a été ressenti tout au long du travail, et confirmé par tous les directeurs de GH et présidents de CMEL rencontrés. Une vigilance est donc nécessaire pour prévenir une aggravation de la situation.

1. Analyse

a. Données générales

Les concurrents de l'AP-HP se structurent mieux que par le passé et souhaitent développer la formation et la recherche, qui étaient auparavant réservés aux centres hospitaliers.

Les surspécialités et la chirurgie ambulatoire se développent. D'ici 2019, 45 % des séjours devraient se faire en ambulatoire, impliquant une territorialisation de l'offre de soins et une diminution capacitaire des hôpitaux.

Les études divergent sur le besoin en chirurgiens à l'AP-HP et une étude de méthodologie rigoureuse devra la comparer à cet égard aux grands CHU étrangers pour se déterminer.

La chirurgie est par ailleurs indissociable de l'anesthésie réanimation qui a une place importante dans le rapport.

b. Freins structurels, organisationnels, humains

Tous les services de l'AP-HP ne présentent pas les difficultés qui sont listées dans le rapport. Les freins à la recherche sont parmi les plus frustrants pour les personnels.

c. Etat des lieux par GH par service

Un état des lieux par GH et par service a été réalisé grâce à la DOMU qui a fourni des chiffres précis qui permettront une analyse fine des structurations potentielles.

2. Propositions

Dix thèmes devront faire l'objet d'évolutions à l'avenir :

- l'accueil du patient ;
- l'hôtellerie ;
- la technologie sur les blocs opératoires ;
- les équipes paramédicales, pour lesquelles des normes ont été énoncées ;
- les rapports entre les chirurgiens et les anesthésistes réanimateurs, qui ont été décrits de manière actualisée ;
- les critères de qualité, qui fournissent toujours des résultats excellents ;
- les structures de la gouvernance, les personnels étant particulièrement attachés aux grandes équipes ;
- la recherche en chirurgie ;
- la formation, avec le compagnonnage en salle d'opération et l'école de chirurgie ;
- les rémunérations.

Des regroupements d'activité doivent être menés pour permettre d'avancer sur ces dix points. Une modélisation à type de restructuration est proposée :

- le regroupement de toutes les activités en un seul service (ce qui risque de limiter les possibilités de recrutement) ;
- le rassemblement de toutes les activités, excepté une consultation sans permanence de soins, qui serait maintenue sur un autre site (ce qui limiterait les risques de perte en recrutement) ;
- le maintien sur un autre site d'une consultation de jour et d'urgences opérationnelles 24 heures sur 24 ;
- le maintien des services sur les différents sites, mais avec des surspécialités affichées pour rendre l'offre de soins plus lisible.

Les dix thèmes du plan d'action doivent maintenant faire l'objet d'études de faisabilité et être déployés en un calendrier. Certaines restructurations semblent pouvoir être effectuées dans l'année, mais le développement de l'ambulatoire oblige à réfléchir à une restructuration plus large des services de l'AP-HP mais à plus long terme.

Le président remercie le P^f Laurent HANNOUN pour son rapport très complet et très bien réalisé, qui comporte un état des lieux exhaustif et de nombreuses propositions. L'anesthésie et la chirurgie sont indissociables et présentent des problèmes similaires, avec une difficulté à conserver les meilleurs professionnels, qu'ils soient jeunes ou séniors. Au-delà du départ de quelques individus,

c'est la motivation de la majorité des chirurgiens et des anesthésistes qui est en cause, et qu'il faut soutenir pour éviter à l'AP-HP de grandes difficultés à l'avenir face à la concurrence.

Le président souhaite qu'un groupe de suivi soit mis en place pour veiller à l'application de ce rapport.

Le P^f Christophe CELLIER rappelle que selon le P^f GAYET, « l'avenir de la chirurgie est en partie la chirurgie mini-invasive par endoscopie ». Des radiologues interventionnels et des endoscopistes doivent donc être associés à ce travail pour développer les plateaux techniques hybrides, les salles hybrides, et toutes les techniques mini-invasives qui sont maintenant réalisées notamment en endoscopie digestive, et qui représentent un tournant à ne pas manquer.

Le P^f Laurent HANNOUN acquiesce et regrette de ne pas avoir eu le temps d'inclure dans le rapport une partie sur la médecine de demain. La question des salles hybrides y est déjà traitée.

Le P^f Olivier HÉLÉNON souligne l'importance des techniques mini-invasives, et demande que des spécialistes de radiologie interventionnelle et d'endoscopie interventionnelle puissent intégrer le groupe de suivi.

Le P^f Sadek BELOUCIF indique que le rapport du P^f Laurent HANNOUN a été très apprécié lors de la collégiale des anesthésistes-réanimateurs. Toutefois, la situation en anesthésie est pire qu'en chirurgie et doit faire l'objet de mesures d'attractivité particulières, axées sur la revalorisation de la recherche hospitalo-universitaire et des conditions financières. Un chef de clinique peut gagner jusqu'à 1 500 € de plus qu'un praticien hospitalier contractuel (PHC), même de quatrième échelon. En conséquence, les candidats aux postes d'assistant spécialiste se font rares, notamment sur les gardes.

Par ailleurs, l'intérim médical, auquel de nombreux hôpitaux ont recours en anesthésie est un facteur de démotivation et de morcellement des activités. Il ne sera possible d'en sortir que grâce à la mise en place de solutions innovantes, notamment pour combler le creux démographique prévu entre 2015 et 2020.

Le D^f Patrick DASSIER insiste sur l'importance de la reconnaissance du travail nocturne pour l'attractivité de la profession. La garde de 18 heures 30 à 8 heures 30 mn doit être valorisée à la hauteur de 3 demi-journées, et non de 2. Par ailleurs, les ESPIC proposent aux jeunes anesthésistes réanimateurs une organisation de travail hebdomadaire en huit demi-journées, ce qui est particulièrement attractif.

Le président souligne que les modes d'exercice en ÉSPIC sont organisés différemment qu'ils ne peuvent l'être à l'AP-HP, qui ne reçoit pas le même type de patients.

Le P^f Rémy NIZARD signale qu'il est aujourd'hui impossible de se passer de l'intérim médical, aussi bien interne qu'externe, en anesthésie. Avec un effectif qui était autrefois suffisant, seuls 60 % des blocs peuvent aujourd'hui être ouverts. Un recrutement massif d'internes était prévu, mais semble maintenant repoussé à dans quatre ans. Or, il sera alors trop tard.

Le D^f Patrick DASSIER estime que les établissements de l'AP-HP pratiquent un « dumping » social en anesthésie réanimation. L'intérim interne est une notion intéressante, qui existe dans certains établissements de l'AP-HP, mais ce que l'AP-HP refuse, comme le fait de créditer la garde de trois demi-journées, comme cela se pratique dans certains GH.

Le P^f Thierry BÉGUÉ indique que le troisième modèle de restructuration proposé dans le rapport a été présenté lors de la collégiale d'orthopédie : l'unanimité des chirurgiens orthopédistes l'a rejeté. Ils ne souhaitent pas se retrouver isolés dans les secteurs. L'instaurer serait donc fatal à l'attractivité de l'AP-HP en orthopédie.

Par ailleurs, la difficulté à obtenir des équipements innovants et la faiblesse de la rémunération en début de carrière sont aujourd'hui les problèmes cruciaux pour maintenir une attractivité de l'AP-HP pour les jeunes chirurgiens.

Le P^f Paul LEGMANN précise que certains praticiens commencent après le clinicat *avec un statut de PHC* au quatrième échelon avec 10 % de salaire supplémentaire et *souhaitent bénéficier* de trois demi-journées pour la garde. Cette mesure doit être généralisée *pour les postes de PHC* à tous les jeunes anciens chefs de clinique, car elle ne concerne pas actuellement les jeunes chirurgiens et les jeunes radiologues *des disciplines également en difficulté démographique*.

Le D^f Patrick PELLOUX souligne la nécessité de moderniser le décompte du temps de travail. Par ailleurs, toutes les spécialités connaissent aujourd'hui des difficultés démographiques. Les départs de médecins urgentistes vers les cliniques privées sont aujourd'hui considérables.

Le D^f Marc LÉVÊQUE témoigne qu'à 45 ans, il vient de décider de quitter l'AP-HP parce que, notamment, il gagnait moins de 4 000 € par mois en tant que neurochirurgien. Dans ces conditions, un prêt immobilier lui a été refusé et il lui était impossible de trouver un logement dans Paris pour vivre avec une famille de deux enfants.

Le D^f Julien LENGLET ajoute que, selon les nouveaux entrants à l'AP-HP, le différentiel avec le salaire de chef de clinique assistant est de 3 000 € nets par mois pour un chirurgien qui effectue six gardes mensuelles. Même s'ils préféreraient réellement travailler à l'AP-HP, une telle diminution de revenus leur est impossible au moment où leur vie de famille se met en place. La situation est la même dans toutes les spécialités à garde.

Le P^f Laurent HANNOUN souligne que le sentiment d'appartenance à un groupe d'excellence reste important pour tous les membres de l'AP-HP.

IV. Masseurs-kinésithérapeutes à l'AP-HP

Le P^f Alain YELNIK explique que son groupe de travail, qui réunissait la collégiale de médecine physique et réadaptation (MPR) et le collège des cadres de rééducation, a rendu au précédent président de la CME un rapport alarmant sur la profession.

On évalue à 130 le nombre de kinésithérapeutes qui devraient être recrutés par an. Au global, 10 % seulement des postes sont vacants sur l'ensemble de l'AP-HP parce que certains sites rencontrent moins de difficultés, alors qu'il est de 30 % sur certains sites.

Avec le passage des études de 3 à 4 ans en 2015-2016, aucun nouveau kinésithérapeute n'aura été formé en 2018, qui sera donc une année blanche.

La cause principale de cette pénurie est la rémunération proposée par l'AP-HP, qui est très inférieure à celle proposée par les établissements privés, comme par d'autres établissements publics.

M. Gérard COTELLON indique que des discussions sont en cours entre le ministère et les syndicats représentant les masseurs-kinésithérapeutes afin que ces derniers puissent concilier une activité libérale en cabinet avec leur activité en milieu hospitalier.

Une des mesures proposée par le directeur des ressources humaines (DRH) de l'AP-HP consisterait à recruter les kinésithérapeutes en tant qu'agent des services hospitaliers (ASH) (à plus de 1 200 € par mois), ce qui leur offrirait un réel salaire, plutôt qu'une bourse d'études équivalente à 500 € par mois, et les engagerait à servir, dans le cadre de la promotion professionnelle. Actuellement, la plupart des CHU recrutent les kinésithérapeutes en sortie d'école au moins au quatrième échelon, mais engager l'AP-HP dans cette direction impliquerait de l'appliquer également à tous les métiers en tension (infirmiers anesthésistes diplômés d'État [IADE], infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État [IBODE]).

La reprise d'ancienneté d'un certain nombre de kinésithérapeutes qui souhaitent rejoindre l'hôpital après avoir travaillé en libéral est en cours d'examen. Des kinésithérapeutes souhaiteraient effectuer des vacances à l'AP-HP. Il faudra déterminer un prix AP-HP pour ces vacances, afin d'éviter la concurrence entre les GH.

La prise de poste des jeunes professionnels doit être accompagnée en leur facilitant l'accès au logement et aux crèches. Le dispositif « infirmières capital » permet de proposer aux infirmières qui sortent de formation un studio ou un 2 pièces à des prix défiant toute concurrence : il pourrait être élargi.

Il est enfin envisagé de recruter des kinésithérapeutes en Europe au niveau B1, contre B2 actuellement, avec un accompagnement à l'acquisition de la langue française, qui coûterait 2 000 à 2 500 € par kinésithérapeute. Sur ce dernier point, un accord est en passe d'être trouvé avec l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Le président souligne que le sujet de la kinésithérapie touche toutes les spécialités qu'elles soient chirurgicales, médicales, gériatriques. Le besoin de kinésithérapeutes est crucial.

La vice-présidente rappelle que le P^r Alain YELNIK avait dit au bureau de la CME que le service de Garches était bien pourvu parce que son plateau technique est attractif. Il sera difficile de renforcer l'attractivité par les salaires puisque à l'heure actuelle le budget de l'hôpital est contraint : impossible de rémunérer les chirurgiens ou les kinés (particulièrement mal payés) comme dans les établissements privés. La solution qui consiste à développer une activité libérale de complément dans le public, fait porter la charge des augmentations de salaire sur les patients. Il faut développer l'attractivité autrement : un système permettant à l'AP-HP de se porter garante pour les crédits immobiliers ou les loyers, ce qui aiderait les jeunes à se loger, et surtout améliorer la qualité de vie au travail.

Le P^r Alain YELNIK confirme que la qualité des plateaux techniques est fondamentale et qu'il faut maintenir les espaces de rééducation dans les hôpitaux pour attirer les kinésithérapeutes mais que cela ne suffira pas sans attention portée à la rémunération.

V. Bilan, projets et indicateurs concernant les produits de santé à l'AP-HP

1. Sécurisation du médicament : bilan de la responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse à l'AP-HP

Le P^r Béatrice CRICKX souligne que la gouvernance du médicament à l'AP-HP est importante en matière de qualité, de sécurité et de coût.

Le passage en certification durant l'année 2016 permet de revenir sur le maintien des bonnes pratiques suite aux décisions de 2010. Les problèmes actuels concernent :

- les conditions de transport et de stockage, notamment pour les médicaments à risque ;
- le bon fonctionnement des unités de reconstitution des cytostatiques ;
- la sécurisation de l'administration (sans retranscription), en lien avec l'identitovigilance sur la concordance entre la prescription, le patient et l'acte ;
- la gestion du trait personnel aux interfaces ville-hôpital, tant à l'admission, pour récupérer le bon traitement, qu'à la sortie, pour indiquer à la médecine de ville les prescriptions.

Le dossier pharmaceutique permettrait d'accéder aux quatre derniers mois de traitement à partir de la pharmacie d'officine. Dans l'attente du déploiement d'ORBIS prescription, le nombre de postes informatisés sur les lits des patients n'a pas augmenté.

Une autre solution relèverait de la montée en charge de la pharmacie clinique, particulièrement pour les populations à risque.

Les événements indésirables liés aux médicaments doivent encore être mieux déclarés. Une charte de non-punition a été signée par le directeur général et par le président de la CME. 15 erreurs graves ont été signalées sur 38 hôpitaux de l'AP-HP, avec une sous-notification. Des erreurs de prescription ont entraîné des chocs anaphylactiques chez des patients dont l'allergie à la pénicilline était connue ; etc. Une alerte informatique est en cours d'expérimentation sur le logiciel *Urgences – Qualité* (URQUAL), ainsi que la pose d'un bracelet couleur. Surtout, les comités de retour d'expérience médicament doivent être renforcés avec les personnels concernés.

Les présidents de CMEL et les directions doivent soutenir les directions de qualité, avec des sensibilisations régulières à la qualité des prescriptions (et des soins) ; le déploiement informatique de la prescription ; de la pharmacie clinique ; une vérification des équipements.

82 % des pôles ont placé des indicateurs sur les médicaments. Les chefs de pôle doivent mettre en place les comités de retour d'expérience (CREX), former les personnels médicaux et assurer un respect des bonnes pratiques.

Le président rappelle que le règlement intérieur de l'AP-HP prévoit que la CME doit désigner 20 médecins et pharmaciens à la commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS). Les membres de la CME ont pu prendre connaissance de la liste des personnes proposées dans le dossier de séance mis sur le site de la CME.

La CME approuve à l'unanimité la désignation à la COMÉDIMS des 20 médecins et pharmaciens :

- P^r Philippe ARNAUD, président de la commission locale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CLOMÉDIMS) du GH *Hôpitaux universitaires Paris Nord Val-de-Seine* ;
- P^r François BAUDIN, président de la CLOMÉDIMS du GH *Hôpitaux universitaires Paris-Centre* ;
- D^r Guy BENOÎT, pharmacie, Armand-Trousseau ;
- P^r Olivier BOURDON, président de la CLOMÉDIMS du GH *Hôpital universitaire Robert-Debré* ;
- P^r Emmanuel CHARTIER-KASTLER, service d'urologie, Pitié-Salpêtrière ;
- D^r Ornella CONORT, pharmacie, Cochin ;
- D^r Isabelle DEBRIX, présidente de la CLOMÉDIMS du GH *Hôpitaux universitaires de l'Est parisien* ;
- D^r Lise DURANTEAU, présidente de la CLOMÉDIMS du GH *Hôpitaux universitaires Paris-Sud* ;
- P^r Philippe LECHAT, conseiller scientifique au département de la recherche clinique et du développement (DRCD) de l'AP-HP ;
- D^r Frédéric MÉCHAI, président de la CLOMÉDIMS du GH *Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis* ;
- P^r Stéphane MOULY, président de la CLOMÉDIMS du GH *Hôpitaux universitaires Saint-Louis – Laroiboisère* ;
- D^r David ORLIKOWSKI, président de la CLOMÉDIMS du GH *Hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest* ;
- D^r Muriel PAUL, présidente de la CLOMÉDIMS du GH *Hôpitaux universitaires Henri-Mondor* ;
- D^r Judith PINEAU, pharmacie, hôpital européen Georges-Pompidou ;
- D^r Martine POSTAIRE, présidente de la CLOMÉDIMS du GH *Hôpital universitaire Necker – Enfants malades* ;
- P^r Patrice PROGON, président de la CLOMÉDIMS du GH *Hôpitaux universitaires Paris Ouest* ;
- D^r Denis SOKOLSKI, président de la CLOMÉDIMS de l'Hospitalisation à domicile ;
- D^r Patrick TILLEUL, président de la CLOMÉDIMS du GH *Hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix* ;
- D^r Sophie TOURATIER, pharmacie, Saint-Louis ;
- P^r Daniel VITTECOQ, chef du service de maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Bicêtre, référent en antibiothérapie de l'AP-HP.

2. Bilan de la commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles

Le P^r Philippe LECHAT rappelle que les dépenses de médicaments représentent 1 milliard d'euros à l'AP-HP (300 M€ pour les dispositifs médicaux [DM]).

Un contrat est en négociation avec l'ARS et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) sur la prescription des médicaments coûteux de la liste en sus de la tarification à l'activité (T2A) (hors groupes homogènes de séjours [GHS]). Ils représentent 50 M€ pour 4 500 prescriptions par an à l'AP-HP. L'ARS et la CNAM souhaitent que ces prescriptions soient documentées dans les dossiers et réduites au maximum. Un thesaurus des indications non référencées, mais scientifiquement validées est en cours d'établissement avec le Mabthera.

L'ARS et la CNAM souhaitent également réduire la prescription hospitalière effectuée en ville (PHEV), soit les ordonnances de sortie et celles rédigées en consultation, qui représentent 7 milliards d'euros pour la France entière. Le premier objectif est de favoriser les médicaments génériques et la prescription en dénomination commune internationale (DCI). Pour les médicaments non génériques, un travail d'établissement des médicaments équivalents les moins chers est en cours.

Il faut également favoriser l'implantation à l'AP-HP des DM innovants coûteux non pris en charge par la CNAM, comme le dispositif Mitraclip, qui coûte 40 000 € par pièce. Un guichet unique comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CÉDIT)-COMÉDIMS) a été mis en place pour sélectionner des dossiers en partenariat avec les industriels et établir des conventions de cofinancement des études cliniques nécessaires pour valider l'utilisation de ces DM innovants. Toutes les informations pour déposer les dossiers figurent sur l'intranet de l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS). 1,3 M€ par an ont été mis à disposition par la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP) de l'AP-HP.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a identifié douze effets indésirables qui ne devraient jamais se produire (les *never events*). La COMÉDIMS a travaillé en 2014-2015 sur la prévention des décès consécutifs à l'administration de chlorure de potassium concentré et des erreurs lors de l'administration intra-thécale des médicaments. Elle travaille actuellement sur la prévention des accidents liés à l'administration d'insuline.

3. Plan pour le bon usage des antibiotiques à l'AP-HP

Le P^f Daniel VITTECOQ rappelle qu'un plan antibiotique a été lancé en décembre 2015 par la direction générale et la CME. Il rappelle que la réussite de ce plan passe par une implication forte des CMEL.

Les chiffres de consommation 2015 sont stables par rapport à 2014. La consommation des carbapénèmes est légèrement en baisse ce qui est bien mais l'association de la piperacilline tazobactam est en hausse constante depuis plusieurs années ce qui va justifier une enquête un jour donné en 2016 sur son bon usage.

D'une façon plus générale, l'analyse des consommations par sites et par GH montre une nouvelle fois des disparités parfois importantes. Ces disparités ne s'expliquent pas uniquement par les typologies des patients pris en charge par ces sites. Le P^f VITTECOQ propose de contacter chaque président de CMEL dans le but de donner un retour d'information sur les chiffres de consommation et de susciter quelques pistes de réflexion, afin que présidents de COMAI, référents antibiotique, pharmaciens s'engagent dans des stratégies locales pour limiter la surconsommation d'antibiotiques critiques.

Le P^f Bertrand GUIDET signale qu'*ORBIS Prescription* ne fonctionne pas bien à Tenon.

Le D^f Guy BENOÎT rappelle d'une part que des pénalités sont prévues en cas de prescriptions de médicaments hors GHS, hors indications, et non justifiées et d'autre part que le bon usage des antibiotiques ne peut être garanti dans le temps sans contrôle des prescriptions. Les effectifs pharmaceutiques actuels ne permettent pas de remplir aussi bien qu'il serait souhaitable ces deux enjeux. Enfin cette situation ne va pas être améliorée avec le déploiement d'*ORBIS Prescription* pose des problèmes majeurs qui ne semblent pas pouvoir être résolus avant de longues années.

Le D^f Nathalie DE CASTRO indique que certains hôpitaux ont expérimenté des « consultations de sortie », ce qui permet d'interroger la durée des traitements, de remplacer les médicaments par des génériques, et d'informer, grâce au bulletin de sortie, le médecin traitant de ce qui a eu lieu durant l'hospitalisation.

Le P^f Béatrice CRICKX juge cette réflexion très bonne. *ORBIS Dossier médical*, qui semble mieux fonctionner, servira de support pour ces documents de sortie, qui devront notamment préciser les

traitements à l'entrée et à la sortie et la raison des modifications éventuelles. Il faudra également dégager du temps pour expliquer ces documents aux patients lorsqu'ils leur seront rendus.

La secrétaire générale explique que le déploiement d'ORBIS prescription est récent à Tenon, mais qu'à Ambroise-Paré l'application fonctionne très bien. Ce dossier est suivi avec attention compte tenu du caractère crucial de la prescription dans le dossier patient intégré.

VI. Avis sur le plan d'équipement mobilier 2016 de l'AP-HP

M. Didier LE STUM rappelle que le plan d'équipement 2015 a permis de financer 124 M€ d'équipements neufs dans les hôpitaux en 2015, ce qui représente un retour à un niveau de financement élevé. Les rythmes de notification et de consommation des hôpitaux ont permis d'utiliser au maximum les crédits de paiement et de limiter les reports d'un exercice à l'autre (5 M€ de 2015 à 2016 contre 55 M€ de 2014 à 2015), comme les bascules (37 M€ de 2015 à 2016 contre 37 M€ de 2015 à 2016), ce qui dégage des marges de manœuvre pour 2016.

En 2016, les crédits de paiement du PGFP sont de 115 M€.

Un recueil des besoins est réalisé annuellement en novembre-décembre, pour des réunions de décision de position en janvier et une notification par la direction des finances en février.

Afin que les hôpitaux connaissent dès début janvier le montant des crédits disponibles, les dotations de remplacement ont été pérennisées à 36 M€, auxquels s'ajoutent 9 M€ hors hôpitaux dont une réserve, qui déjà a servi à remplacer une partie des endoscopes volés.

7 M€ vont être consacrés aux opérations transversales suivantes :

- armoires sécurisées : 1,5 M€ ;
- endoscopie : 3,3 M€ ;
- fauteuils dentaires : 1,2 M€ ;
- logiciel *Dosimetric archiving ant communication system* (DACS) (réglementation radioprotection) : 1 M€.

Les opérations de restructuration seront accompagnées à hauteur de 24 M€.

Équipements lourds :

36 M€ sont consacrés aux équipements lourds suivants :

- 10 scanners ;
- 7 IRM ;
- 1 TEP IRM et 2 gamma caméras ;
- radiothérapie : 1 remplacement et 1 *upgrade* ;
- radiologie interventionnelle : 3 remplacements, 1 complément ;
- 1 robot chirurgical en pédiatrie.

Le niveau de financement et l'accélération des procès vont ainsi permettre de lancer pour 112 M€ d'opérations en 2016 (100 M€ en 2015), dont un tiers sur les équipements lourds, un tiers sur les plans de base et le reste sur des opérations plus ponctuelles.

Le directeur général précise que le gang qui volait des endoscopes a été arrêté grâce aux caméras de vidéosurveillance. On espère que les endoscopes retrouvés en Colombie puissent être récupérés.

Le D^r Guy BENOÎT estime que les efforts, incontestables, qui ont été réalisés, ne permettent cependant pas d'améliorer significativement le taux de vétusté qui reste à près de 75% et que les montants affectés aux plans d'équipements pour matériel courant au niveau des GH traduisent cette difficulté.

Le plan d'équipement mobilier 2016 de l'AP-HP est adopté à l'unanimité.

VII. Avis sur la modification des annexes 12 (commission d'appréciation des offres [CAO] pour la passation des marchés de travaux et de prestations intellectuelles), 13 (commission de transparence des marchés) et 15 (commission des contrats publics) du règlement intérieur de l'AP-HP

M^{me} Aude BOILLEY-RAYROLES rappelle que le décret du 19 décembre 2008 a supprimé l'obligation de réunir des commissions d'appel d'offres (CAO) au sein des établissements publics de santé. Elles ont toutefois été maintenues par l'AP-HP au niveau local (CLAO), des GH. Une commission des contrats publics (CCP) a été réinstallée depuis 2011.

L'annexe 12 porte sur les CLAO : elles rendent un avis consultatif sur l'ensemble des procédures de mise en concurrence et sur les avenants et décisions de poursuivre. Leur composition et organisation sont décrites dans le règlement intérieur des achats de chaque GH.

L'annexe 13 porte sur la commission de transparence (CDT), qui est compétente pour rendre un avis consultatif sur l'ensemble des procédures de mise en concurrence formalisées avant désignation de l'attributaire d'ACHAT. Elle est saisie pour tous les projets de modification de marchés entraînant une augmentation du montant. Sa composition et son organisation sont décrites dans un règlement intérieur.

L'annexe 15 porte enfin sur la CCP, qui examine les projets de marchés supérieurs à 5 M€ et les avenants nécessaires à leur exécution, ainsi que les contrats de délégation de service public et les conventions d'occupation du domaine public. Son périmètre a été élargi mi 2014 aux marchés de maîtrise d'œuvre passés par les GH pour un montant supérieur 200 000 € ; pour les marchés de travaux supérieurs à 2 M€ et les marchés de produits et équipements de santé supérieurs à 200 000 €. Elle donne un avis collégial, spécialisé, extérieur, sur la régularité et l'efficacité des projets de marchés et autres contrats. Après examen du dossier par un rapporteur et échange avec l'acheteur en séance, elle se prononce sur le respect de la concurrence ; la transparence des décisions d'attribution ; la régularité de la procédure ; la qualité des pièces contractuelles ; l'efficacité économique. Elle peut par ailleurs examiner a posteriori des marchés soldés et formuler des recommandations générales visant à améliorer les pratiques des acheteurs.

La CME adopte la modification des annexes 12, 13 et 15 à l'unanimité et une abstention.

VIII. Qualité de vie au travail dans la procédure de certification

M^{me} **Véronique GHADI** indique que la qualité de vie au travail (QVT) est un enjeu de performance. Elle résulte d'une combinaison entre les objectifs économiques, technico-organisationnels et sociaux.

La notion de QVT est peu présente dans la littérature. Une revue de littérature centrée sur les notions voisines de conditions de travail, management, organisation du travail révèle néanmoins un tableau préoccupant.

Les études statistiques montrent que les conditions de travail à l'hôpital sont plus difficiles que dans le bâtiment – travaux publics (BTP), y compris pour les médecins.

Les travaux en sciences de gestion montrent un impact négatif de l'introduction des démarches de QVT dans les établissements de santé, parce qu'elles ont été appliquées de manière descendante, sans prendre en compte les questions du travail.

De nombreux travaux en santé publique ont également montré l'influence de l'organisation du travail sur le taux de mortalité des patients, qui augmente avec la charge de travail des équipes.

Néanmoins, les études montrent également que la QVT peut être améliorée en étant centrée sur les ressources de l'activité, grâce aux leviers suivants :

- converser dans les équipes ;
- le travail en équipe ;
- le management ;
- la formation ;
- l'autonomie dans le travail ;
- l'action collective et le dialogue social.

La Haute Autorité de santé (HAS) développe actuellement une expérimentation en région, auprès de 80 établissements accompagnés par les associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), pour mener les projets (concernant les blocs opératoires, le virage ambulatoire, etc.) sous l'angle de la QVT.

La HAS a également rendu la certification obligatoire dans le compte qualité, afin que les établissements aient à s'interroger sur cette thématique transversale du management stratégique.

Sur le terrain, la HAS vérifiera :

- que la QVT est prise en compte transversalement dans les projets d'établissement, de pôle, de service ;
- que la question du travail est prise en compte dans les organisations de soin ;
- l'existence d'espaces de discussion ;
- le soutien des équipes par le management et du management par l'organisation.

La HAS a rassemblé sur son site certaines de ses productions récentes, dont la revue de littérature qui a été présentée.

Le président remercie M^{me} Véronique GHADI pour cette présentation des enjeux de la QVT, qui lui semblent fondamentaux. Les espaces de discussion, notamment dans les conseils de service, sont particulièrement importants.

Le P^r Rémi SALOMON indique que le management est au cœur des discussions du groupe de travail créé lors du directoire du 4 janvier. La QVT n'est pas une charge administrative inutile, mais une manière de travailler qui mérite réflexion, notamment au sein des sous-commissions *Vie hospitalière* (sCVH) locales. Les jeunes en particulier doivent être encadrés pour éviter la souffrance au travail.

Le D^r Sophie CROZIER demande quelles formations au management sont envisagées et si des entretiens avec les praticiens ne pourraient pas être institués à propos de leur implication dans les projets de service.

Le D^r Patrick PELLOUX estime que de nombreuses réunions ont lieu en réalité, mais les solutions concrètes proposées au management de proximité pour résoudre la souffrance au travail manquent toujours.

Le président souligne la nécessité d'impliquer le personnel soignant dans les conseils de service.

Le D^r Julie PELTIER explique que la question de la QVT est davantage déterminante que son salaire dans ses choix de carrière. En cas de difficulté avec une infirmière, mieux vaut aller la voir directement que d'écrire un rapport à son cadre sans la prévenir. Les équipes sont en souffrance pour ces raisons d'absence de communication.

Le D^r Nicolas DANTCHEV demande si la HAS pourrait accompagner des expérimentations à l'AP-HP comme elle en mène en région.

La QVT insiste sur le management participatif. Le dialogue entre médecins, infirmières et aides-soignants doit permettre de retrouver un collectif qui donne du sens au travail. Tous les travaux montrent en effet qu'en santé ou ailleurs, le salaire n'est pas le motif de carrière le plus déterminant, mais bien le sens du travail réalisé et sa correspondance aux objectifs personnels. Les espaces de discussion doivent être un lieu d'échanges, éventuellement conflictuels, sur des visions différentes du travail bien fait, pour éviter que ces conflits deviennent personnels. Ces discussions doivent ensuite pouvoir remonter pour aboutir à des décisions.

Le management est aujourd'hui insuffisant, dans le champ de la santé ou ailleurs. L'encadrement intermédiaire, qui est aujourd'hui trop sollicité par des travaux sur les indicateurs et les comptes qu'il doit rendre, doit redescendre sur le terrain.

IX. Bilan à un an du plan stratégique de l'AP-HP

M. Étienne GRASS rappelle que 57 indicateurs avaient été choisis pour le suivi du plan stratégique. Un rapport a servi à les mettre en perspective, en expliquant les évolutions constatées, en discutant des limites de chaque indicateur, et en mettant en évidence certaines expériences réussies.

Le suivi du plan stratégique doit faire évoluer en permanence les outils de tableau de bord. Ils ne sont donc pas définitifs et les réflexions qui permettraient de les faire évoluer seront les bienvenues.

Certains sujets font l'objet d'analyses spécifiques approfondies : celle de ce mois-ci a porté sur la chirurgie ambulatoire.

Des indicateurs devront également être réalisés avec la direction des systèmes d'information (DSI) pour suivre l'année prochaine le déploiement d'ORBIS.

Les objectifs semblent atteints dans les domaines suivants :

- les réponses à l'enquête E-satis montrent une satisfaction des patients ;
- toutes les réserves de certification ont été levées ;
- suite à l'action de la DOMU, les déclarations d'événements indésirables graves (ÉIG) augmentent ;
- le déficit du compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) diminue ;
- le gisement potentiel de recettes et le codage s'améliorent ;
- l'activité de l'hospitalisation à domicile (HAD) reprend, après une baisse l'année précédente ;
- la réduction de la proportion des agents faisant fonction de cadres, suite aux nombreux concours réalisés dans l'année ;

Des progrès sont constatés dans les domaines suivants :

- la chirurgie ambulatoire progresse de 1,9 point, contre un objectif de 4 points par an ;
- le nombre de logements attribués progresse, et les effets des amendements de la loi de modernisation du système de santé devront être suivis de près ;
- le taux de primo-consultants est très variable selon les groupes hospitaliers ;
- le taux d'utilisation des blocs opératoires progresse (lorsque les blocs sont ouverts), mais encore trop légèrement.

Le délai moyen de passage aux urgences adultes, qui était l'indicateur retenu pour le suivi de la stratégie urgences, reste en revanche stable. Les résultats sont contrastés selon les services d'accueil des urgences. Un bilan à mi-parcours de la mise en œuvre de la stratégie urgences est réalisé, qui doit permettre d'identifier des pistes d'amélioration.

Le D^f Nathalie DE CASTRO demande si des indicateurs de QVT seront inclus dans le suivi de cette évolution du plan stratégique, et si le temps de passage aux urgences est mis en parallèle avec le taux de retour.

Le D^f Julie PELTIER précise que le délai entre l'arrivée du patient et le début de la prise en charge compte davantage que le temps de passage.

Le D^f Patrick PELLOUX juge que le temps de passage constitue néanmoins un indicateur intéressant, en l'absence d'uniformité des modèles des urgences.

M. Étienne GRASS indique que les indicateurs de QVT doivent encore être mis en place. Les enquêtes de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), qui impliquent un questionnement régulier des personnels, sont intéressantes à cet égard. Des indicateurs plus usuels sur les causes d'absences sont également suivis avec la DRH.

ORBIS permettra d'avancer sur les passages multiples aux urgences. ORBIS urgences notamment, qui sera redéployé à titre expérimental en septembre à Jean Verdier, permettra de décomposer le délai de passage, et donc d'observer le délai entre l'arrivée et la prise en charge.

Le P^r Thierry BÉGUÉ souligne que le taux de réadmission à trois mois n'a pas été évoqué.

M. Étienne Grass explique que cet indicateur nécessite une infrastructure de données qui permette d'accéder directement aux dossiers patients. Celle-ci sera fournie par ORBIS, mais on ne sait pas dans quel délai cet indicateur sera disponible.

X. Approbation des comptes rendus des 9 février et 8 mars 2016

Les comptes rendus du 9 février et du 8 mars 2016 sont approuvés à l'unanimité.

XI. Questions diverses

Le D^r Nathalie DE CASTRO demande si les recommandations présentées en novembre pour le déploiement d'ORBIS ont été suivies, et si le contrat a été renégocié avec AGFA.

La secrétaire générale confirme qu'un plan d'action a été mis en œuvre suite à l'audit de la direction interministérielle des systèmes d'information et de communication (DISIC). Toutes les actions ont été lancées, mais certaines n'ont pas encore abouti. Des « sondes de temps » ont été mises en place pour mesurer les perturbations et le temps de réponse des applications. Les architectures techniques sont validées plus régulièrement. Une équipe sera dédiée à partir du mois de mai à la résolution des incidents. Un indicateur pertinent pour le suivi complet des performances fait encore défaut. Les résultats de l'enquête utilisateurs effectuée en octobre présentent un taux de satisfaction en augmentation, ce qui est un bon signe, même si seuls 3 % des utilisateurs ont répondu à cette enquête.

Un nouveau contrat a été signé pour 40 M€ sur 4 ans avec AGFA. Il inclut des variables sur l'atteinte d'objectifs de performances, de maintenance et l'acquisition de nouveaux modules.

Le D^r Christian GUY-COICHARD souligne que certains incidents liés à la fermeture de l'hôpital Adélaïde-Hautval ont été très médiatisés. Présentée initialement comme une restructuration sans perte d'activité, cette fermeture s'avère permettre à l'AP-HP de se « délester » de ses structures de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de long séjour de gériatrie. L'offre de soins n'est pas maintenue non plus sur le territoire, contrairement à ce qui avait été annoncé. Professionnels, usagers et surtout élus locaux (toutes tendances confondues) sont donc de plus en plus opposés à cette fermeture. Certains élus locaux ont ainsi demandé un moratoire pour cette fermeture et le D^r Christian GUY-COICHARD souhaiterait connaître la position de la direction à cet égard.

Le directeur général rappelle que la CME a rendu à une large majorité un avis favorable à cette opération. Le plan mis en œuvre n'implique aucune perte de capacités, ni en SSR, ni en soins de longue durée (SLD), ni en gériatrie aiguë, mais une augmentation du nombre de lits en soins palliatifs. La construction d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

(ÉHPAD) sera également réalisée dans un délai inférieur à 5 ans. Le projet recouvre une opération de coopération avec des établissements publics du territoire du GH mais aussi à des conventions concernant le personnel et à de meilleures conditions de prise en charge des patients.

Par conséquent, la direction est défavorable à un moratoire de cette opération. Depuis que cette opération a été annoncée, 125 personnels ont choisi de travailler dans d'autres établissements et y ont été accompagnés dans leurs démarches. Dans ces conditions, l'hôpital ne pourrait être maintenu ouvert que dans des conditions de travail et de sécurité des malades insuffisantes et dégradées. La ministre de la Santé a donné la même réponse à cette demande de moratoire aux élus qui s'étaient adressés à elle.

Le P^f Dominique LE GULUDEC précise que le personnel médical est localement très hostile à un moratoire alors que les conditions d'accueil seraient en effet insuffisantes dorénavant. Un moratoire aurait des effets délétères pour de nombreux projets des professionnels et porterait également le risque d'un décalage entre les effectifs médicaux ou paramédicaux présents et ceux nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité de prise en charge des patients et résidents. Par ailleurs, elle témoigne du fait que la direction passe un temps considérable sur le plan d'accompagnement du personnel, qui lui semble parfaitement raisonnable.

Le D^f Christophe TRIVALLE se dit d'accord avec le directeur général et juge le projet bien construit, même s'il est difficile à mettre en œuvre. La collégiale des gériatres a ainsi demandé par courrier si les quelques praticiens hospitaliers (PH) qui ne trouvent pas de point de chute pourraient ne pas être comptabilisés dans les services où ils interviendraient en supplément, afin que cela n'empêche pas les recrutements de jeunes gériatres prévus par ces services.

M^{me} Christine WELTY indique que tous les médecins gériatres auxquels a été proposé un poste dans un autre établissement de l'AP-HP l'ont été avec l'accord des GH concernés. Ils continuent à être rétribués par Hôpitaux universitaires Paris Nord Val-de-Seine (HUPNVS), et une évaluation de leur intégration à un an permettra de les affecter définitivement dans le GH d'accueil ou de leur proposer un autre poste. Toutes les fiches de poste ont été élaborées avec la collégiale, les présidents de CMEL et les directeurs de GH des GH concernés.

Le président rappelle que le besoin de gériatres est tel que ces réaffectations ne devraient pas empêcher d'autres recrutements, même si la question des masses salariales devra être suivie.

Le D^f Patrick PELLOUX salue l'action de l'AP-HP concernant les signes ostentatoires d'appartenance religieuse dans l'enceinte des hôpitaux. Ces signes se développent toutefois à nouveau dans les amphithéâtres des hôpitaux publics qui sont utilisés par les facultés de médecine. Il demande donc à qui appartiennent ces amphithéâtres et s'il n'est pas possible d'y imposer aux doyens la loi du non-port de signes ostentatoires.

Par ailleurs, il a été demandé à l'AP-HP de mettre en place des plans de secours dans le cadre de la préparation de l'*Euro*. Un plan a donc été envoyé à l'ARS, qui dit cependant ne pas avoir l'argent suffisant pour financer cette mise en place. Sur les 200 M€ distribués par la Fédération internationale de football association (FIFA) pour cette organisation, seuls 100 000 € auraient été accordés à l'ARS, alors que la Croix Rouge française touchera entre 1 et 2 M€. Il s'agit d'une inégalité de traitement à l'égard de l'AP-HP.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI explique que les amphithéâtres dépendent de l'université et que la conférence d'Île-de-France des doyens souhaite y appliquer la même politique qu'à l'AP-HP vis-à-vis des signes ostentatoires.

M^{me} Christine WELTY précise que les premières évaluations ont situé ce besoin à 100 000 €, que l'ARS a accordé à l'AP-HP par voie conventionnelle.

Le P^r Thierry BÉGUÉ indique que de nombreuses sociétés de fabrication de matériel ont été sollicitées par les autres CHU pour des matériels à usage unique en vue de l'Euro, mais l'AP-HP n'a semble-t-il émis aucune demande.

M^{me} Christine WELTY explique que les prix de vente de ces matériaux à usage unique sont en cours de négociation.

Le président lève la séance à 19 heures 55.

* * *

*

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

Mardi 10 mai 2016 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mardi 26 avril 2016 à 16 heures 30