COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE

DU MARDI 12 JUIN 2018

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 10 JUILLET 2018

SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME 6

II. Avis sur le rapport d'activité 2017 de l'AP-HP 9

III. « Nouvelle AP-HP » 10

IV. Départements hospitalo-universitaires : appel à projets 2018 16

V. Rapport du groupe de travail sur la prise en charge des pathologies du sommeil et de la vigilance à l'AP-HP 14

VI. Bilan 2017 du management de la prise en charge médicamenteuse ; gestion des alertes sanitaires 18

VII. Avis sur le compte financier et l'affectation des résultats 2017 et information sur la 1ère décision modificative de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2018 17

VIII. Questions diverses 22

IX. Approbation du compte rendu de la CME du 15 mai 2018 23

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P[r] Noël GARABÉDIAN)
2. Avis sur le rapport d'activité 2017 de l'AP-HP
3. « Nouvelle AP-HP » (M. Martin HIRSCH)
4. Départements hospitalo-universitaires : évaluation et nouvel appel à projets (M[me] Florence FAVREL-FEUILLADE, P[rs] Catherine BOILEAU et Marc DELPECH)
5. Rapport du groupe de travail sur la prise en charge des pathologies du sommeil et de la vigilance à l'AP-HP (P[rs] Isabelle ARNULF, Marie-Pia D'ORTHO et Pierre ESCOURROU)
6. Bilan 2017 du management de la prise en charge médicamenteuse (P[r] Béatrice CRICKX) et alertes sanitaires (P[r] Philippe LECHAT)
7. Avis sur le compte financier et l'affectation des résultats 2017 et information sur la 1[ère] décision modificative de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2018 (M[me] Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ)
8. Questions diverses
9. Approbation du compte rendu de la CME du 15 mai 2018

– **Assistent à la séance**

- ***avec voix délibérative :***

- M^me^ le P^r^ Nelly ACHOUR
- M. le P^r^ Yves AIGRAIN
- M. le P^r^ Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P^r^ Sadek BELOUCIF
- M. Guy BENOÎT
- M. le P^r^ Olivier BENVENISTE
- M^me^ le P^r^ Catherine BOILEAU
- M^me^ le D^r^ Marie BORNES
- M^me^ le D^r^ Clara BOUCHÉ
- M^me^ le P^r^ Françoise BOTTEREL CHARTIER
- M. le P^r^ Jean-Claude CAREL
- M. le P^r^ Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^r^ Gérard CHÉRON
- M. le P^r^ Philippe CORNU
- M. le D^r^ Rémy COUDERC
- M. le P^r^ Bruno CRESTANI
- M^me^ le D^r^ Sophie CROZIER MORTREUX
- M^me^ le D^r^ Nathalie DE CASTRO
- M. le P^r^ Jacques DURANTEAU
- M. le D^r^ Alain FAYE
- M^me^ le P^r^ Marysette FOLLIGUET
- M. le P^r^ Noël GARABÉDIAN
- M^me^ le P^r^ Pascale GAUSSEM
- M^me^ le D^r^ Anne GERVAIS
- M. le D^r^ Laurent GILARDIN
- M. le P^r^ François GOFFINET
- M. le P^r^ Bernard GRANGER
- M. le P^r^ Philippe GRENIER
- M. le P^r^ Bertrand GUIDET
- M^me^ Sophie GUILLAUME
- M. le P^r^ Olivier HÉLÉNON
- M. le D^r^ Olivier HENRY
- M. le P^r^ Paul LEGMANN
- M. le P^r^ Michel LEJOYEUX
- M. le P^r^ Laurent MANDELBROT
- M. Moïse MICHEL
- M^me^ le D^r^ Véronique MOLINA
- 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^ Patrick PELLOUX
- M^me^ le D^r^ Valérie PÉRUT
- M. le P^r^ Michel PEUCHMAUR
- M^me^ le P^r^ Claire POYART
- M^me^ Caroline RAQUIN
- M. le P^r^ Christian RICHARD
- 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^ Nicolas THIOUNN
- M. le D^r^ Christophe TRIVALLE

- ***avec voix consultative :***

  - M. Martin HIRSCH, directeur général
  - M. le P[r] Bruno RIOU, président de la conférence des doyens d'Île-de-France
  - M. le P[r] Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
  - M. Yann FLÉCHER, représentant du comité technique d'établissement central
  - M[me] Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

  - M[me] Nathalie CHARNAUX, directrice de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
  - 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. Jérôme MARCHAND-ARVIER, secrétaire général
  - 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] René ADAM, Joël ANKRI, Arnaud PHILIPPE, Thierry BÉGUÉ, Lynda BENSEFA-COLAS, Catherine BERNARD, Francis BONNET, Anne-Reine BUISINE, Pierre CARLI, Christophe CELLIER, Yves COHEN, Rémy COUDERC, Nicolas DANTCHEV, Arthur DAUPHIN, Patrick DASSIER, Michel DRU, Christian GUY-COICHARD, Dominique ISRAËL- BIET, Vincent JARLIER, Louis MAMAN, Antoine PELHUCHE, Elisabeth PORSMOGUER, Dominique PRIÉ, Philippe RUSZNIEWSKI, Namik TARIGHT, Éric THERVET, Phanarom THONG, Denis TIXIER, Jean-Marc TRÉLUYER, Noël ZARH, Michel ZÉRAH.
  - M. Alexandre ALLERA, Jean-Eudes FONTAN, Jean-Vincent LAQUA.

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

I. Informations du président de la CME

- **Le président** accueille le P^r^ Nathalie CHARNAUX (biochimie, hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis [HUPSSD) qui a été élue le 26 mars doyenne de l'unité de formation et de recherche (UFR) en santé, médecine et biologie humaine (SMBH) de l'université Paris 13 et désignée à l'unanimité le 4 juin par la conférence des doyens de santé d'Île-de-France pour siéger à la CME comme invitée permanente pour représenter les doyens de médecine aux côtés du doyen RUSZNIEWSKI. Elle succède au P^r^ Jean-Luc DUMAS.
- M^me^ Françoise ZANTMAN été nommée à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) où elle prendra ses fonctions le 1^er^ septembre. **Le président** la félicite et la remercie pour sa contribution aux travaux de la CME et de la cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU). Elle siégeait à la CME avec voix consultative en tant que présidente de la commission des soins, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Le nom de son successeur n'est pas encore connu.

M^me^ Françoise ZANTMAN affirme avoir apprécié la collaboration qu'elle a su nouer avec la CME. Elle espère que les évolutions à venir de l'AP-HP permettront de nourrir les travaux déjà engagés dans le domaine de la qualité et la sécurité des soins et offriront des perspectives pour les infirmières de pratique avancée.

- M^me^ Gwenn PICHON-NAUDÉ quittera prochainement la DOMU. **Le président** la remercie pour son travail sur les dossiers de personnel médical et la bonne collaboration qu'elle a su établir avec la CME.
- L**e président** accompagné de 3 présidents de CME locale (CMEL), les P^rs^ Jacques DURANTEAU, Rémy NIZARD et Yves COHEN, ont rencontré la ministre de la Santé et son directeur de cabinet, M. Raymond LE MOIGN, le 29 mai dernier. Ils ont fait part de l'inquiétude de la communauté médicale face à l'évolution du système public hospitalier français, aux difficultés financières de l'AP-HP et aux problèmes d'attractivité des personnels médicaux.
- **Le président** a assisté à la réunion organisée le 6 juin par la présidente de la Région Île-de-France, M^me^ Valérie PÉCRESSE. Au cours de cette rencontre, il a été question du Grand Paris et de l'évolution de l'AP-HP, du soutien financier de la Région aux écoles de formation des personnels de l'AP-HP et à la nouvelle école de chirurgie, des problèmes de logement des personnels soignants à Paris et en Île-de-France. Le dialogue a été constructif et le président espère qu'il aura des retombées concrètes.
- *Directoire du 8 juin 2018*

  Il a débattu du plan de transformation de l'AP-HP et notamment des actions à mener dans les filières en difficulté (chirurgie orthopédique, gériatrie, cardiologie, neurochirurgie, pédiatrie, etc.)
- *Transplantation hépatique*

  Une rencontre a eu lieu entre les équipes de Paul-Brousse et Henri-Mondor en vue de mettre en place un protocole de prise en charge des patients concernés par la transplantation hépatique. Au-delà de l'urgence immédiate, l'objectif est d'instaurer un dialogue constructif et serein, et de travailler en commun pour mettre en place un grand centre de transplantation hépatique.

- *Révision des effectifs*

  Le cycle des conférences hospitalo-universitaires pour la révision des effectifs 2019 est clos. Il a été l'occasion d'échanges entre stratégies hospitalière et universitaire où peu de divergences ont été constatées ; la rencontre avec les ministères aura lieu en septembre.

  La révision des effectifs 2019 de praticiens hospitaliers (PH) est en cours de préparation dans les groupes hospitaliers (GH). Les réunions du groupe restreint auront lieu en octobre, puis le bureau de la CME élargi à la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (CTEM) se réunira le 6 novembre. La CME se concertera le 4 décembre et donnera son avis le 8 janvier 2019 sur la liste proposée par le directeur général à l'agence régionale de santé (ARS).

- **Le président** remercie le P[r] Béatrice CRICKX pour son implication dans ses fonctions de responsable du système de management de la qualité (RSMQ) de la prise en charge médicamenteuse depuis 2013. Elle arrivera au terme de son consultanat le 1er septembre et le D[r] David OSMAN, (réanimation médicale, Bicêtre) devrait prendre sa suite. **Le président** profite de cette occasion pour remercier l'ensemble des professionnels qui se consacrent aux tâches transversales.

Informations du directeur général

Le directeur général souligne avec plaisir que les dernières semaines ont été marquées par une forte activité en matière d'innovations et de publications. Ces événements démontrent la capacité de l'institution à faire de la recherche et à innover.

Innovation et recherche

La journée *APinnov* a conduit un jury à identifier des innovations pour trois populations (internes, soignants, médecins seniors). L'année 2018 a été d'une remarquable qualité dans les trois catégories qu'il convient dorénavant de valoriser.

Il indique également que le rapport du *Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur* (HCÉRÈS) sur l'organisation de la recherche à l'AP-HP a été rendu public. Les conclusions de cette évaluation indépendante sont positives même si quelques axes de progrès restent possibles. Par ailleurs, l'évaluation par département hospitalo-universitaire (DHU) est encore en attente.

Sur 17 projets d'instituts hospitalo-universitaires (IHU) présentés, 7 ont passé la barre de l'admissibilité. Parmi ceux-ci, on peut citer le projet d'hématologie porté par le P[r] Hervé DOMBRET de Saint-Louis en partenariat avec Paris VII, l'INSERM et des partenaires industriels et le projet porté par le P[r] José-Alain SAHEL aux Quinze-Vingts, auquel l'AP-HP sera directement intégrée si sa demande d'implication dans la gouvernance est satisfaite. Dix projets n'ont pas passé la barre de l'admissibilité, sans remettre en cause leur qualité intrinsèque.

Médicaments

L'AP-HP a pris position sur l'administration des médicaments dans les services gériatriques suite à un incident indésirable grave dans un site gériatrique. Une enquête a conduit à noter que certains médicaments étaient administrés aux patients sans prescription. Des mesures individuelles ont été prises mais celles-ci n'ont pas conduit à faire cesser ces pratiques. Une déclaration a été déposée auprès du procureur de la République et une inspection a été diligentée. Pour autant, les faits n'ont pas cessé et tendent à laisser penser que ceux-ci doivent concerner d'autres établissements. Un plan d'actions s'adressant à l'ensemble des établissements gériatriques a été

adressé par la direction générale. Il remercie le Dr Christophe TRIVALLE pour son implication dans ce dossier.

Sécurité informatique

Suite au vol d'une clé *universal serial bus* (USB) sur laquelle figuraient les noms, prénoms et identités génétiques de plusieurs patients, l'AP-HP a écrit à l'ensemble des personnes concernées. Cette affaire a été l'occasion de rappeler qu'il est fortement déconseillé de copier de manière non cryptée sur une clé USB des données génétiques en l'associant au nom des malades.

La Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été informée du problème et des suites données à cette affaire, CNIL qui a par ailleurs salué la manière dont l'AP-HP a su gérer cet incident. Il conviendra de faire des rappels réguliers sur les consignes à suivre en la matière. Les systèmes sont certes vulnérables, mais la vigilance humaine reste toujours nécessaire pour s'assurer de la protection et de la sécurisation des données personnelles. Les circonstances de ce vol sont exceptionnelles, puisque le fautif venait d'être recruté et ne connaissait pas les consignes, raison pour laquelle il avait copié les informations sur une clé USB. Il indique par ailleurs que la caméra de surveillance a permis de filmer le voleur mais celui-ci n'a pas encore été arrêté.

Appel à manifestations d'intérêt sur l'hôpital numérique du futur

Lancé fin décembre 2017, il a conduit à sélectionner une quinzaine de projets dont cinq sont particulièrement avancés. Au-delà des hôpitaux concernés, ces innovations pourraient avoir une portée plus large.

États généraux de la bioéthique

Le directeur général, remercie le Dr Sophie CROZIER d'avoir coordonné et défendu la contribution de l'AP-HP en vue des états généraux de la bioéthique.

Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)

Un séminaire qui a eu lieu il y a quelques jours a connu un vif succès avec quelque 250 personnes. Les échanges ont été l'occasion de mettre en évidence que la tarification était non adaptée dans la mesure où une réhabilitation précoce conduit l'hôpital à perdre de l'argent. Cette équation ne doit pas conduire à négliger la réhabilitation, loin s'en faut, mais exhorte à faire évoluer la tarification pour que la qualité prime. Ces remarques ont été communiquées aux autorités de tutelle qui ont pris bonne note de ces remarques.

Patients sans droits

La communauté médicale de Robert-Debré témoigne de fortes inquiétudes en raison d'hospitalisation de plus en plus fréquentes de jeunes patients sans droits, pour la plupart en provenance d'Algérie. La majorité de ces patients devraient pouvoir être soignés dans leur pays mais beaucoup arrivent dans des situations critiques – parfois en passant par Necker – pour des problèmes relevant de l'hématologie et déclenchant des soins de centaines de milliers d'euros.

Cette situation avait déjà été signalée à la ministre de la Santé. Les actions à mener sont complexes et supposent de renforcer la coopération avec les autorités algériennes afin d'améliorer la prise en charge locale de ces patients mais aussi de lutter contre les filières qui orientent ces patients vers les hôpitaux parisiens.

Cette situation conduit aussi à réfléchir à la solidarité à mettre en place à la maille de l'AP-HP sachant qu'un seul hôpital pédiatrique peut difficilement endosser ce flux de patients.

Le P[r] Jean-Claude CAREL explique que les patients qui affluent vers Robert-Debré ne sont mais pas uniquement des enfants. Ces patients arrivent avec un visa de tourisme et transitent souvent par les urgences dans un état grave. L'hôpital peine à les prendre en charge de manière correcte. Dans le service de leucémie aiguë de Robert-Debré, ce sont environ deux patients qui arrivent chaque semaine. Certains de ces patients présentent des états très graves et n'ont pas de possibilités de prise en charge dans leur pays. D'autres, en revanche, pourraient être hospitalisés en Algérie mais il existe des filières qui organisent leur orientation vers les urgences parisiennes. Il souhaite que les équipes de Robert-Debré ne soient pas seules à gérer ces situations et invite à ce qu'une réponse collective soit proposée à l'échelle de l'AP-HP.

Le D[r] Patrick PELLOUX précise qu'ayant en charge le sujet des rapatriements au sein du service d'aide médicale d'urgence (SAMU) de Paris, il peut témoigner que les ambassades françaises, partout dans le monde, sont souvent sollicitées pour des prises en charge sur des problèmes aigus de santé. Par humanité, beaucoup de médecins acceptent ces prises en charge. Pour éviter d'aggraver le problème, il suggère d'informer la communauté médicale des accords mis en place avec les pays tiers, notamment financiers en vue de la prise en charge de ces malades.

Le P[r] Bruno RIOU explique que le problème tient surtout ici à l'existence de filières, l'une sur la Pitié-Salpêtrière pour les mycobactéries résistantes en provenance des Balkans et des filières passant par les aéroports de Roissy et d'Orly et les hôpitaux concernés pour les insuffisances rénales terminales.

École de chirurgie

Le D[r] Alain FAYE remercie le président d'avoir rappelé son attachement au projet d'école de chirurgie. Il sait que le directeur général y est également très attaché en désignant le pavillon Leriche de l'hôpital Broussais comme le lieu devant l'accueillir. La communauté chirurgicale s'est mobilisée pour élaborer le projet médical d'une école professionnelle comportant la formation initiale et continue des chirurgiens de l'AP-HP mais ouverte à toutes les spécialités interventionnelles et aux métiers du bloc opératoire. Il s'inquiète donc du retour en force du projet d'implantation de l'école de chirurgie aux Saints-Pères sous l'égide exclusive de Paris V.

Le directeur général signale que le président de l'université ne souhaite pas faire évoluer sa position.

Le président estime que cette décision est fort dommageable. L'école de chirurgie doit être une école trans-universités. Depuis sa création, c'est l'école de l'AP-HP. L'école de chirurgie de l'AP-HP fait également preuve d'un professionnalisme et d'une éthique dans la gestion du don des corps qu'il convient de saluer. Il regrette qu'une telle décision puisse être prise par le président d'une seule université contre l'avis de l'immense majorité des chirurgiens.

Le P[r] Bruno RIOU indique que ce dossier sera mis à l'ordre du jour d'une prochaine conférence des doyens d'Île-de-France. Il ne voit pas l'intérêt de créer un 2[e] centre de don des corps en Île-de-France. L'objectif était de pouvoir implanter l'école de chirurgie sur un site neutre. À cet effet, le projet initial concernant le bâtiment Leriche avait été modifié et amélioré.

II. Avis sur le rapport d'activité 2017 de l'AP-HP

Le président rappelle que le rapport d'activité 2017 a été mis à la disposition des membres de la CME sur le site de la CME afin qu'ils puissent en prendre connaissance. Ainsi, comme les années précédentes, il ne sera pas fait de présentation en séance et il propose à la CME de procéder au vote.

Le D^r^ Anne GERVAIS note qu'il est fait mention, en page 34 dudit rapport, d'une analyse de l'absentéisme des personnels paramédicaux. Elle souhaiterait que ce sujet puisse être discuté en CME.

La CME approuve le rapport d'activité 2017 de l'AP-HP à l'unanimité.

III. « Nouvelle AP-HP »

Le directeur général indique que la note qui a été remise aux membres de la CME a été transmise à la ministre de la Santé avec la triple signature des P^rs^ Noël GARABÉDIAN, Bruno RIOU et de lui-même. Cette note regroupe des propositions sur l'avenir de l'AP-HP alors que le gouvernement a annoncé qu'il entendait réformer le système de santé. À cet effet, il a cherché à élaborer une plate-forme d'idées.

De grandes transformations ont déjà été engagées, comme la réunification de deux centres de transplantation hépatique, rapprochement des hôpitaux de Garches et Boulogne, etc. Ces transformations et les prochaines doivent permettre d'être plus efficaces vis-à-vis des patients et des personnels et plus performants sur le plan économique. Pour se donner les moyens d'y parvenir, l'AP-HP doit faire évoluer son organisation interne mais aussi ses relations avec les pouvoirs publics.

Aujourd'hui, l'AP-HP est un seul établissement de santé, avec le même statut que tous les autres établissements de santé, tout en représentant à elle seule 10 % de l'ensemble des lits d'hospitalisation et 40 % de la recherche clinique en France. Les spécificités de l'AP-HP ont pu la protéger un temps, mais l'empêchent aujourd'hui de répondre aux besoins d'évolution. La proposition est de favoriser une organisation fédérale, au travers d'une nouvelle organisation juridique, donnant plus d'autonomie, permettant davantage de souplesse, ouverte sur les partenariats, mais maintenant l'unicité de l'AP-HP et ses capacités de mutualisation.

Deux options sont envisageables pour favoriser cette vision fédérale. La première est de doter chaque groupe hospitalier d'une personnalité morale, l'AP-HP chapeautant l'ensemble. Cependant, ce scénario pourrait faire courir le risque d'un éclatement et poserait l'épineuse question de la dévolution du patrimoine. La deuxième option consisterait à faire évoluer la structuration juridique de l'AP-HP avec le maintien des groupes hospitaliers (GH) avec une personnalité morale unique mais une évolution des statuts permettant d'accorder plus de souplesse et d'autonomie à l'ensemble.

Si le nouveau statut est davantage conforme à la taille de l'AP-HP et à ses spécificités, les organisations médicales pourraient se détourner des pôles classiques pour s'inscrire davantage sur un fondement médical plus qu'administratif. De même, si l'AP-HP est plus fédérée que monobloc, les partenariats pourront être amplifiés et accélérés avec des hôpitaux hors AP-HP, avec des structures de médecine de ville et avec des centres de santé, et cela de manière moins lourde que lorsque la convention doit être passée à l'échelle de l'ensemble de l'AP-HP.

Cependant, une modification du cadre législatif est nécessaire pour adopter la nouvelle organisation juridique.

La note invite également à nouer un nouveau contrat entre l'État et l'AP-HP. Il est attendu ici qu'il soit mis fin aux injonctions paradoxales, par exemple concernant la réhabilitation chirurgicale, étant entendu que la recherche de la qualité ne doit pas être synonyme de pénalisation de l'hôpital sur le plan économique. Par ailleurs, si l'AP-HP accuse un large déficit, c'est aussi l'un des CHU qui promeut le plus la médecine ambulatoire.

L'AP-HP considère qu'elle supporte un certain nombre de charges spécifiques mal prises en compte dans les modèles actuels : poids de la précarité et du nombre de patients sans droits, prise en charge de patients atteints de maladies rares, etc. Les tutelles considèrent aujourd'hui que l'AP-HP reste sur-dotée sur certaines missions. La proposition poussée exhorte à faire appel à une tierce partie indépendante, afin de mettre à plat l'ensemble de ces éléments et d'en tirer des conclusions.

Par ailleurs, une grande partie de l'efficience attendue est liée à une accélération des transformations numériques. Or le rythme de déploiement est aujourd'hui limité par le montant des investissements. Les pistes esquissées invitent l'État à octroyer une enveloppe numérique pour l'AP-HP, sachant que ces évolutions doivent aussi améliorer le service rendu aux patients. De la même manière, sur les grosses opérations restructurantes, l'AP-HP attend un soutien de l'État. Outre le nouveau Lariboisière et le campus hospitalo-universitaire Grand Paris-Nord, deux opérations d'ampleur devraient faire l'objet d'un appui de l'État, à savoir la reconstruction de Raymond-Poincaré sur Ambroise-Paré et la restructuration des hôpitaux universitaire Paris Seine-Saint-Denis.

Le projet invite aussi à affirmer le rôle de la recherche, sachant que l'AP-HP n'est pas le « sous-produit » de ce que font d'autres. Une reconnaissance, et les outils juridiques de cette reconnaissance, sont attendus dans ce domaine.

Le projet « Nouvelle AP-HP » vise à réaliser une mue dont l'ambition est de se doter d'un cadre juridique plus adapté et plus souple. Celui-ci ne pourra être ajusté aux réalités que si l'AP-HP le décline dans un cadre collectif. Ce modèle pourra être à géométrie variable plutôt que standardisé. Il souhaite que l'AP-HP puisse s'appuyer sur ses efforts de transformation pour obtenir davantage de visibilité et de stabilité dans ses relations avec les pouvoirs publics.

Le président estime que l'AP-HP doit évoluer car une structure qui n'évolue pas risque de mourir. Il note que, au-delà de l'AP-HP, c'est l'ensemble du système hospitalier public qui suscite des inquiétudes. Tout le monde s'accorde pour défendre l'unicité de l'AP-HP. **Le président** y tient particulièrement. La priorité du plan de transformation doit aussi être de faciliter la vie des équipes au quotidien. Certains problèmes sont liés à l'organisation et à la lenteur des réponses apportées aux équipes. Il peut aussi être difficile d'identifier les bons interlocuteurs dans les établissements multi sites. Il faut améliorer le management au quotidien.

L**e président** souhaite que l'AP-HP dispose des moyens de remplir toutes ses missions. Il serait illusoire de penser que les discussions avec les tutelles permettront d'obtenir des mannes financières, mais il souhaite que ce dialogue permette de faire cesser la course effrénée à l'activité qui produit des effets pervers. Dans l'immédiat, il s'agit de se demander comment faire mieux avec ce que l'on a actuellement. L'AP-HP doit regrouper ses forces pour constituer des masses hospitalo-universitaires suffisantes pour répondre à ses missions de proximité, de recours et d'ultra-recours, et accueillir les patients convenablement. Il note à ce sujet que l'accueil des patients est un sujet qui mobilise les équipes comme le montrent les labels *Hospitalité* qu'il a remis ce jour à l'hôpital René-Muret.

Le président estime que le moment est venu de se poser, de s'interroger et d'harmoniser les projets médicaux. Il faut aussi repenser la manière de communiquer pour faire en sorte que les remontées soient plus rapides. Si l'on va vers la création de grands GH, il faut éviter l'écueil qui consisterait à créer de nouvelles structures ou strates administratives. Il ne s'agit pas de multiplier par quatre les lourdeurs du Siège.

Le président insiste sur le fait que cette réflexion doit associer la CME et l'ensemble de la communauté médicale et soignante. Elle ne doit pas être seulement le fruit des discussions entre la direction de l'AP-HP, le ministère et l'agence régionale de santé (ARS). C'est à l'AP-HP de prendre son destin en main pour réfléchir aux moyens à privilégier pour améliorer la situation actuelle. Les mentalités doivent aussi évoluer. Les praticiens doivent adapter leurs projets aux projets de l'institution et non le contraire. Ils doivent aussi retrouver la possibilité de former leurs équipes médicales et soignantes pour recréer la proximité avec les cadres et un esprit d'équipe soudée.

Le président invite à ne pas se battre uniquement pour garder le personnel médical mais à se battre aussi pour garder le personnel soignant. Il reconnaît que le programme affiché est ambitieux et que la CME doit résolument participer à cette réflexion.

Le P^r^ Bruno RIOU ajoute qu'il est nécessaire de regrouper les forces universitaires pour favoriser la recherche et l'enseignement. Il convient de les accoler à des structures de recherche labélisées de plus en plus importantes et multidisciplinaires. La trajectoire consiste à mettre en place de gros ensembles dans Paris *intra-muros*. Cependant, ce mouvement ne devra pas négliger la petite couronne qui est au moins aussi importante. L'articulation entre « aphp.5 », « aphp.6 » et « aphp.7 » avec le reste sera primordiale, d'autant que ces autres structures pourraient être adossées à des forces universitaires non médicales, comme à Saclay.

Il convient de sortir d'une politique de site qui n'est plus envisageable compte tenu de l'évolution de la médecine actuelle. Il faut favoriser une coopération forte entre les sites hospitaliers, tout comme il faut favoriser une coopération renforcée en recherche et en enseignement avec un siège plus stratège et moins occupé par des questions qui peuvent être traitées par les GH. Il ajoute que les universités ont les moyens d'accompagner les mouvements à venir, par exemple *via* le regroupement des unités labélisées, le groupement des forces universitaires, etc.

Le président insiste sur le fait qu'aucun site hospitalier ne sera oublié. Tous devront participer à la réflexion, laquelle n'implique pas que les grands sites. L'AP-HP doit pouvoir se montrer novatrice en la matière, trouver les moyens de travailler ensemble avec les universités et d'inscrire sa transformation dans une cohérence territoriale.

Le P^r^ Bertrand GUIDET indique que la communauté médicale adhère au projet mais la difficulté réside dans sa mise en œuvre et dans les obstacles qui pourront survenir. Certaines questions portent notamment sur le quotidien des acteurs, la taille des équipes et sur les coordinations et animations. Il est par ailleurs opposé un budget de fonctionnement déficitaire mais des investissements seront absolument nécessaires pour obtenir l'adhésion des acteurs. L'offre de soins ne pourra pas être améliorée sans investissements. Par ailleurs, une réflexion devra porter sur les aspects logistiques, la communication et la télémédecine/télé-expertise afin de rassurer les praticiens réticents au regroupement et craignant une détérioration des prises en charge.

Le P^r^ Paul LEGMANN rappelle que l'organisation actuelle est encore récente et les pôles ne sont pas un obstacle au management d'équipe et au fonctionnement des services. Les pôles sont des interlocuteurs de l'Administration et du président de CMEL. Au sein de GH regroupant des dizaines de services, la représentation de ces services par les chefferies de pôle sera plus que nécessaire. Toutefois, certains pôles pourraient être revus, sachant que certains d'entre eux manquent de cohérence. Par ailleurs, il rappelle que des fédérations de services ou unités fonctionnelles (UF) ont aussi émergé et répondent aux parcours de soins et à l'amélioration des

liens entre les équipes. Pour sa part, il considère que la logique de pôle ne doit pas être optionnelle, mais plaide pour que l'organisation soit cohérente dans l'ensemble des GH.

Le président reconnaît que le terme « optionnel » n'est peut-être pas le mieux choisi. Pour lui, le terme de pôle renvoie au pôle d'activité médicale, qui présente un réel intérêt. Ce qui doit guider les orientations, c'est la cohérence médicale du pôle. La question de mise en commun des plateaux techniques est une autre question. Certains pôles ont mis en évidence leur réel intérêt, ils favorisent la solidarité de groupe et permettent une vision hospitalière et hospitalo-universitaire partagée sur une même thématique médicale.

Le P^r^ Rémi SALOMON partage l'avis de ceux qui appellent à redonner du sens médical au quotidien. Au-delà des difficultés posées par la carence des financements, se posent aussi des questions de gouvernance. Celle-ci conduit parfois à éloigner la prise de décision du terrain. L'investissement dans le numérique est en outre essentiel afin que l'AP-HP ne rate pas le virage vers les nouvelles technologies. Les partenariats avec les acteurs de la recherche (CNRS, INSERM, universités, etc.) doivent être revus ainsi que les relations avec la médecine de ville. Alors que le Président de la République ou la ministre de la Santé doivent se prononcer dans quelques jours sur l'avenir de l'hôpital, il souhaite savoir si ces annonces iront dans le sens de moyens accordés à la hauteur des missions de l'hôpital.

Le président indique que la ministre de la Santé a insisté sur la nécessité de réformer l'AP-HP. Il rappelle cependant que l'AP-HP n'a jamais cessé d'évoluer. Il est faux de dire que l'AP-HP est restée immobile au cours des dernières années : les réorganisations de services, les fermetures de sites, etc. en attestent. L'AP-HP doit cesser de se laisser prendre dans des discours négatifs qui tendent à la dénigrer. Ses évolutions ne sont certes pas toujours aussi rapides qu'on le souhaiterait, mais d'autres structures évoluent moins vite que l'AP-HP.

Le D^r^ Christophe TRIVALLE constate que les discours du président et du directeur général ont tous deux insisté sur l'unicité de l'AP-HP. Toutefois, le mouvement engagé pourrait faire courir le risque d'un éclatement de l'institution. Par ailleurs, il observe que le découpage autour de GH de grande taille est un découpage universitaire : est-il garanti que ce découpage répondra aux besoins de la population ? Il s'inquiète enfin des sous-entendus qui seraient possibles dans la phrase : « *L'AP-HP est un des premiers employeurs publics en France (après La Poste, la SNCF et EDF) et l'un de ceux pour lesquels les besoins de transformation sont les plus importants et les enjeux les plus sensibles.* »

Le P^r^ Sadek BELOUCIF note que le projet recentre l'AP-HP autour des universités et souligne que l'articulation générale du texte présente un intérêt. Il convient en effet de réorganiser les activités, ce qui suppose de revoir la structuration juridique et de nouer un contrat dans la durée avec l'État. Il souhaite se faire le porte-parole de collègues qui peinent à comprendre car le texte mêle à la fois l'échelon stratégique et l'échelon tactique. Il conviendrait donc de communiquer tant sur le « comment » que sur le « pourquoi » de la réforme. Chacun comprend assez aisément que l'AP-HP est arrivée au bout d'un cycle, mais les informations sur le « comment » ne sont pas suffisantes pour que l'ensemble de la communauté se l'approprie. Cette communication doit être centrée sur les projets médicaux afin de pouvoir apaiser les craintes.

M. Guy BENOÎT demande si une analyse a été menée sur les avantages issus de la mise en place des GH multi-sites afin d'identifier les difficultés rencontrées et les erreurs commises à ne pas reproduire. Cette analyse devrait permettre aux structures « aphp.5 », « aphp.6 » et « aphp.7 » de capitaliser sur l'expérience acquise. Sur le plan global, il a le sentiment que le besoin de

transformation n'est pas guidé par les bonnes raisons mais uniquement pour obtenir des crédits pour les investissements à venir.

Le D[r] Alain FAYE souhaite se faire l'écho d'un accueil positif de la réforme dès lors que la « nouvelle AP-HP » sera attractive et donnera envie au personnel d'y rester. Il constate que le directeur général se donne les moyens de ses ambitions en réclamant une nouvelle structuration juridique et de nouvelles relations avec l'État, la Région et la Ville. Si ce projet tend à défendre les spécificités de l'AP-HP, il estime que la communauté médicale y apportera son soutien.

Le P[r] Claire POYART souhaite également relayer les inquiétudes que font naître la réforme et les regroupements envisagés si des moyens logistiques et de communication ne sont pas mis en place pour accompagner le mouvement. En l'état actuel de la situation, les systèmes d'information ne permettent pas de communiquer de manière efficace entre les différents hôpitaux. Par ailleurs, le fait que la note indique que les pôles sont « optionnels » pourrait mettre en péril la cohérence médicale et clinico-biologique. Elle soutient par ailleurs le rôle essentiel de la biologie dans les parcours de soins, dans l'innovation et dans la recherche.

Le D[r] Patrick PELLOUX indique que l'AP-HP a déjà largement évolué et qu'elle a même joué un rôle structurant, ce qui a pu susciter des jalousies par ailleurs. La note peut être lue comme un projet visant le renouveau de l'AP-HP. Cependant l'annonce attendue du Président de la République pourrait rebattre les cartes, d'autant plus que rien ne filtre sur l'évolution de la tarification à l'activité. Plus globalement, il ne souhaite pas que la réforme à venir conduise, une nouvelle fois, à promouvoir les postes administratifs au détriment des postes de médecins.

Le P[r] Bernard GRANGER observe que le texte contient d'excellentes propositions qui sont réclamées depuis plusieurs années par le corps médical puisqu'elles visent à renforcer l'autonomie et la subsidiarité. Il note également le souhait de re-médicaliser les organisations et la gouvernance. Une meilleure articulation avec les universités devrait être un facteur favorable. Les médecins souhaitent avoir plus de moyens mais aussi plus de liberté pour constituer leur équipe. Ils aimeraient également que les décisions puissent se prendre rapidement. En ce sens, les propositions formulées dans la note sont saluées par la communauté médicale.

Cette réforme intervient dans un contexte particulier marqué par une situation financière dégradée. En effet, la nécessité de se réformer se conjugue avec la nécessité de faire des économies. Il perdure donc des injonctions paradoxales avec le besoin d'investir pour se réformer et le besoin de réduire les coûts. Il est difficile de se prononcer sur le cadrage proposé par la note avant l'annonce du Président de la République sur l'avenir de l'hôpital. Pour terminer, il souhaite savoir quelle méthode sera retenue pour affiner le programme de transformation.

Le P[r] Laurent MANDELBROT demande si les regroupements de sites auront lieu autour des nouvelles universités qui émergent ou autour des universités dans leur périmètre actuel.

Le P[r] Michel LEJOYEUX constate que le projet vise à dessiner des perspectives à long terme alors que les inquiétudes portent d'abord sur le court terme. Il convient donc de tisser des liens entre ces visées de long terme et les attentes immédiates.

Le D[r] Anne GERVAIS rappelle que c'est le périmètre du service qui prime pour les patients comme pour les équipes médicales et soignantes. Aussi, pour que la réforme soit acceptée, ses avantages doivent être tangibles pour les services. Le texte doit être reformulé à cette aune afin qu'il ne soit pas vu comme un texte « *top down* » visant simplement à réformer les structures. Ce qui doit prévaloir et ce qui doit ressortir du texte, ce sont les missions de l'AP-HP, à savoir les soins qu'assurent ses services. Pour cette raison, la communauté médicale et paramédicale doit être associée au projet dans une démarche de démocratie participative.

Le président partage cette prise de position. Les équipes doivent être impliquées dans les projets car ce sont elles qui font la force de l'AP-HP.

Le directeur général remercie l'ensemble des membres de la CME pour la richesse des interventions qui contiennent des encouragements et des *a priori* favorables mais aussi qui relaient des inquiétudes et des frustrations.

Concernant la construction du projet, il indique que celui-ci est le fruit d'un travail collectif avec des médecins et au sein du directoire. Le texte a aussi été présenté aux organisations syndicales avant sa diffusion. Il a été jugé comme une bonne base de travail par les tutelles, cependant celles-ci refusent que cette esquisse soit une diversion pour ne pas accomplir le plan d'économies. Cette réforme n'exonère pas l'AP-HP de conduire des efforts. Par ailleurs, l'organisation actuelle met des obstacles dans la réalisation du plan d'économies vis-à-vis des patients et des personnels. Il existe certes des contraintes économiques auxquelles l'AP-HP n'échappera pas. De fait, nous avons tout intérêt à modifier sa structure pour être plus mobile et plus souple. Quelles que soient les annonces que pourrait faire l'exécutif, les transformations proposées gardent un sens.

Ce texte tient davantage à la continuité qu'à la rupture. Au cours des deux dernières années, des chantiers ont été ouverts. Le risque est que des rigidités ne permettent pas à ces projets d'aller à leur terme.

Concernant la question des pôles, certains y sont favorables, tandis que d'autres sont réticents à cette organisation. En posant le principe que les pôles seraient « optionnels », la visée est de favoriser la souplesse sans imposer de position dogmatique. La priorité doit être de mettre en place une organisation intelligente reposant sur une logique médicale et répondant aux besoins des patients, sans fonctionner par strate organisationnelle. Cette ouverture doit permettre d'ouvrir la porte aux bonnes idées et de favoriser leur essor. Cette mention ne vient pas remettre en cause le principe même de pôle, mais sous-entend que le pôle ne doit pas empêcher de penser des organisations alternatives.

Un questionnaire très court sera envoyé vers les services et les exécutifs de pôle pour apporter de la matière au projet, partant du principe que la réflexion doit être connectée aux aspirations des équipes.

Le regroupement des universités Paris V et Paris VII ne doit pas remettre en cause les projets « aphp.5 » et « aphp.7 ». Les connexions proposées entre Paris V et les trois hôpitaux voisins font sens, et cette logique perdure même avec la fusion des universités.

Il rejoint les commentaires formulés concernant les aspects logistiques et la télémédecine. Des marges de manœuvre doivent être dégagées pour aller dans cette direction. L'optique sera de conserver une seule plate-forme génomique, un système d'information et un entrepôt de données de santé. Ces outils devront servir l'ensemble du périmètre de l'AP-HP, sans pour autant que les procédures soient centralisées dès lors qu'elles pourraient être traitées à une échelle de proximité.

Des investissements sont effectivement nécessaires pour soutenir les grands projets de l'AP-HP. La réforme du siège doit aussi conduire à orienter le plus possible d'investissements dans les projets hospitaliers.

Un site internet a été ouvert sur lequel chacun a pu soumettre ses propositions. Les 9 et 10 juillet, le « groupe des 70 » rassemblant des membres de la CME dont le président de la CME, la vice-présidente de la CME, les présidents de CMEL, les doyens, les directeurs de groupes hospitaliers et

une partie de la commission des soins sera réuni pour enrichir le contenu des propositions. Ces esquisses seront partagées pour recueillir les réactions et embarquer l'ensemble de l'AP-HP.

Comme indiqué précédemment, un questionnaire sera également envoyé vers les services et les pôles afin d'identifier les plus grandes réussites des trois dernières années (progrès de prise en charge médicale, résultats de recherche, initiatives pour l'enseignement, changement organisationnel) et les facteurs qui expliquent ces réussites. Une autre question portera sur les éléments qui ont impacté le plus l'activité, une autre sur l'appartenance à l'AP-HP qui constitue un frein ou un atout dans les résultats passés ou dans les projets futurs.

Enfin, dans la difficile conciliation entre contrainte économique et activité, le questionnaire proposera d'identifier les changements organisationnels les plus prioritaires. Ce baromètre sera adressé aux responsables de service qui devront former une réponse collective. En direction des pôles, les questions porteront là encore sur les réussites les plus marquantes des dernières années, sur les apports les plus significatifs des pôles et sur leurs marges d'amélioration, et enfin sur la structuration et la gouvernance du pôle face aux enjeux qui impacteront les services.

Le P^r^ Rémi SALOMON demande si les paramédicaux seront aussi impliqués dans cette démarche.

Le directeur général déclare que les chefs de service et chefs de pôle devront partager ces questions avec leurs équipes pour construire une réponse collective.

IV. Départements hospitalo-universitaires : appel à projets 2018

M^me^ Florence FAVREL-FEUILLADE rappelle que 16 départements hospitalo-universitaires (DHU) ont été labellisés en 2011-2012 pour 5 ans. Ces DHU proposaient un projet intégré de soins, d'enseignement et de recherche, associant l'AP-HP, l'Université et l'INSERM. L'objectif était de mettre en place des centres d'excellence structurants pour la recherche au sein de l'institution dans une logique de partenariat renforcée. Un nouvel appel d'offres sera lancé après évaluation du dispositif par l'HCÉRÈS. Une version provisoire de cette évaluation a été réceptionnée le 11 juin. Le rapport global définitif et les rapports par DHU sont encore attendus.

Le P^r^ Marc DELPECH indique que l'appel d'offres à venir sera ouvert à toutes les thématiques médicales au sein d'un périmètre hospitalo-universitaire. Contrairement à la première édition, un seul appel d'offres sera lancé. Une lettre d'intention devra être déposée vers la mi-octobre avant de soumettre un projet définitif. Trois structures seront en charge de l'évaluation : un comité de pilotage, des experts internationaux désignés par le comité de pilotage et un jury international. Les experts devront renvoyer leurs avis vers la mi-décembre, puis les équipes auront jusque mi-janvier 2019 pour affiner leur dossier en fonction des remontées des experts. Au maximum, 30 dossiers seront sélectionnés. Le jury se réunira ensuite sur deux journées pour auditionner les candidats. Au terme de cette procédure, 20 lauréats seront désignés. Les projets supra-GH seront encouragés.

Le président rappelle que tous les membres de la CME sont convaincus des vertus structurantes des DHU. D'emblée, sans attendre la remise officielle de l'évaluation du HCÉRÈS, il faut reconnaître que ces DHU ont abouti à de nombreux succès tant sur le plan de la recherche que de l'enseignement et des soins.

Le P^r^ Bruno CRESTANI plaide pour que la question des financements soit abordée à un moment donné.

Le P^r^ Bruno RIOU rappelle que l'AP-HP, pas plus que les universités, n'a les moyens de placer des sommes conséquentes sur un DHU, l'essentiel étant de pouvoir jouer sur l'effet levier pour aller

chercher des fonds européens ou au réseau hospitalo-universitaire (RHU). Pour le moment, les universités n'ont pas pris position sur la question tandis que les doyens ont avancé qu'ils pourraient consacrer un poste de chef de clinique. L'INSERM n'a pas encore pris position non plus.

M^me^ Florence FAVREL-FEUILLADE confirme qu'un chef de projet pourrait être désigné afin de coordonner l'ensemble des projets. Une enveloppe modeste pourrait aussi être réservée au fonctionnement du DHU. Les premières conclusions du HCÉRÈS vont également dans ce sens.

Le P^r^ Catherine BOILEAU rappelle que l'évaluation du HCÉRÈS porte sur le dispositif DHU et que les premières conclusions disponibles laissent entendre que l'avis sur l'intérêt de ce dispositif est favorable. Cet avis plaide donc pour que cette structure soit reconduite. La présentation faite aujourd'hui invite à se mettre en marche en commençant à réfléchir aux projets à soumettre.

Le P^r^ Bruno RIOU ajoute que le rapport sur chaque DHU ne sera pas disponible dans les mois à venir mais que le fait de disposer du rapport sur le dispositif global DHU permet de décider de lancer l'appel d'offres en lien avec les partenaires de l'AP-HP dont les universités.

V. Rapport du groupe de travail sur la prise en charge des pathologies du sommeil et de la vigilance à l'AP-HP

Le P^r^ Marie-Pia D'ORTHO souligne que la médecine du sommeil est une médecine pluridisciplinaire qui ne se limite pas aux apnées du sommeil et à l'insomnie. Elle prend en charge des pathologies neurologiques, psychiatriques, chrono-biologiques. Ce sont des pathologies chroniques sur vie entière, qui peuvent être fréquentes ou rares. En hospitalisation, trois centres prédominent : la Pitié-Salpêtrière, l'Hôtel-Dieu et Bichat – Louis-Mourier. En prenant en compte l'activité ambulatoire, certains centres de taille intermédiaire peuvent doubler leur volume d'activité. Cette activité fait l'objet d'une labélisation dans le cadre du plan national maladies rares avec deux centres de référence et deux centres de compétences pour les hypersomnies et narcolepsies, d'une labélisation « éducation thérapeutique » sur les apnées du sommeil et l'insomnie et d'un centre de ressource « pathologies professionnelles » à l'Hôtel-Dieu.

Le groupe de travail émet plusieurs propositions :

- renforcer la formation ;
- amplifier la recherche ;
- prendre en charge de manière pluridisciplinaire l'ensemble des pathologies du sommeil en s'appuyant sur des centres lourds avec une hospitalisation dédiée, des centres intermédiaires et d'une activité de niveau 1 dans chaque hôpital pour le dépistage ;
- consolider les structures pédiatriques ;
- renforcer les liens ville-hôpital.

Le P^r^ Pierre ESCOURROU souligne que le besoin en compétences exprimé par de nombreuses collégiales sur les pathologies du sommeil n'est pas couvert par l'AP-HP. Au niveau de la région, les besoins en dépistage et diagnostic peuvent être évalués à 100 000 patients par an alors que les possibilités d'enregistrement se limitent à 10 000 enregistrements environ. En pédiatrie, l'offre de ville est par ailleurs largement insuffisante. Cette situation provoque l'errance des patients. De plus, les tarifs pratiqués pour l'activité libérale ne permettent pas à tous les patients d'accéder aux soins. En Île-de-France, deux réseaux peuvent aider à la coordination des soins : le réseau *Morphée* soutenu par l'agence régionale de santé (ARS) et le réseau *Hypnos*. Face à ce constat, il est proposé de développer les techniques ambulatoires, de diminuer la charge de suivi des patients concernés par le syndrome de l'apnée du sommeil et d'améliorer les liaisons ville-hôpital

en mobilisant les réseaux existants et suggérant une convention tripartite avec lesdits réseaux, l'AP-HP et l'ARS pour améliorer la lisibilité et le parcours de soins des patients.

Le président observe que la distorsion entre l'offre et la demande réduit de fait les indications, en particulier pour les explorations. La médecine de ville bénéficie en outre du développement des pathologies du sommeil.

Le P[r] Brigitte FAUROUX ajoute que la médecine du sommeil, qui est en plein essor, concerne aussi bien les pathologies non respiratoires du sommeil (insomnies, hypersomnies, narcolepsies) qui doivent être prises en charge dans des centres spécialisés comme les pathologies respiratoires du sommeil, qui sont avant tout chez les enfants des maladies génétiques, des malades rares et des maladies malformatives. Ces maladies ne peuvent pas être explorées de manière performante en ville : elles doivent l'être dans un CHU avec une équipe multidisciplinaire. La France présente un retard important en ce qui concerne l'offre d'exploration pour les pathologies pédiatriques.

Le président estime nécessaire de clarifier la situation pour identifier les pathologies qui peuvent être prises en charge en ville et celles qui ont besoin d'une prise en charge à l'hôpital. Il faut clarifier le nombre de centres nécessaires et l'organisation entre eux. Il interroge par ailleurs les rapporteurs du dossier sur la structuration à privilégier à l'échelle de l'AP-HP.

Le P[r] Marie-Pia D'ORTHO rappelle que la question de l'organisation de la médecine du sommeil n'est pas une question récente puisqu'un rapport a déjà édité à ce sujet il y a cinq et même dix ans. Dans tous les cas, il faut structurer la demande en s'appuyant sur des structures universitaires tout en trouvant le juste équilibre pour continuer à satisfaire des besoins locaux pour répondre à des pathologies fréquentes. Face à ces enjeux, il convient de proposer une réponse locale à l'échelle de chaque hôpital en complément des centres intermédiaires et des centres lourds.

Le P[r] Marie-Pia D'ORTHO rappelle que deux réseaux existent depuis plus de dix ans et permettent d'orienter les patients. Ce travail en réseau doit permettre d'harmoniser les pratiques et de s'assurer de la qualité des prises en charge.

Le P[r] Bruno RIOU doute de l'intérêt de cette architecture dès lors que les petites structures installées à l'échelle de l'hôpital ne seront pas pérennes. Si ces microstructures ne sont pas stables faute d'une masse critique en médecins, elles ne pourront pas apporter le service attendu par la population.

Le P[r] Marie-Pia D'ORTHO reconnaît que la réflexion doit porter sur la pérennité du service alors que les besoins de la population sont réels et que ces pathologies ont des répercussions sur le pronostic cardio-vasculaire notamment. Il faut penser l'organisation pour que la continuité des soins soit assurée. De manière pratique, les petits centres pourront être des services d'ORL ou de pneumologie qui auront une activité de polygraphie permettant de dépister les patients.

VI. Bilan 2017 du management de la prise en charge médicamenteuse et gestion des alertes sanitaires

Le président remercie le P[r] Béatrice CRICKX pour son implication dans le management de la prise en charge médicamenteuse. L'ensemble de la CME salue de ses applaudissements l'action du P[r] Béatrice CRICKX.

Le P[r] Béatrice CRICKX remercie le président pour sa reconnaissance, puis présente le bilan annuel 2017 du management de la prise en charge médicamenteuse. Le programme d'actions comprend des axes communs à tous les GH. Il inclut le déploiement des démarches de retours d'expérience, l'accompagnement des GH pour leur visite de certification, la formation des pilotes

et la prise en compte des facteurs humains et organisationnels. Le bilan 2017 démontre que des retours d'expérience ont lieu dans tous les GH et sites. Sur le plan des certifications, une seule réserve a été prononcée sur 16 démarches. Celle-ci est depuis lors levée. 2 637 erreurs médicamenteuses ont été signalées en 2017, soit une augmentation du nombre de signalements saisis sur *OSIRIS* de 22 %. Les erreurs médicamenteuses sont la deuxième cause d'événements indésirables graves (ÉIG) derrière les dispositifs médicaux stériles, soit 23 % des ÉIG en 2017. 65 % d'entre eux concernent les *never events*, qui restent l'axe prioritaire. Les erreurs médicamenteuses doivent remonter vers la pharmacovigilance mais seuls 60 % des signalements sont connus par les équipes de pharmacovigilance. Dans 11 % des cas, ces erreurs médicamenteuses ont entraîné des décès.

Le P^r^ Béatrice CRICKX ajoute que les 44 ÉIG signalés en 2017 ont donné lieu à analyse. Dans tous les cas, il a été révélé que ces erreurs étaient évitables sauf pour deux chocs anaphylactiques. 70 % des ÉIG sont liés à l'administration médicale et paramédicale. Dans trois cas, les erreurs médicales étaient dues à des étudiants (internes ou infirmiers). Des actions seront donc proposées localement en matière de formation, de stockage des médicaments et d'évolution des protocoles.

Un plan d'action a été élaboré pour prévenir les erreurs médicamenteuses. Il comprend diverses mesures dont la mise en place d'un bracelet rouge aux malades allergiques connus à la pénicilline pour éviter tout choc anaphylactique, la diffusion de prospectus aux patients et aux pharmaciens sur le méthotrexate et la révision des fiches d'information sur le chlorure de potassium (KCl).

Le P^r^ Béatrice CRICKX remercie pour terminer la cellule d'appui de la DOMU et ses collègues pharmaciens qui ont toujours été d'une grande aide. Elle rappelle par ailleurs que le chef de service et le cadre de santé sont des maillons essentiels pour assurer la sécurité des soins et former leurs équipes. Elle souligne également le rôle essentiel que jouent les soignants et leur investissement.

Le P^r^ Philippe LECHAT présente ensuite le dispositif de relais des alertes de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de la direction générale de la santé (DGS) concernant les médicaments, les ruptures d'approvisionnement et les dispositifs médicaux. Faisant le constat que ces alertes sont mal relayées à l'échelle de l'AP-HP, il est proposé de créer une cellule spécifique de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS) de gestion des alertes dont la mission serait d'assurer la veille permanente et d'analyser immédiatement les alertes. Cette équipe sera composée du président de la COMÉDIMS, du responsable du système de management de la qualité (RSMQ), d'un représentant de la fédération des centres de pharmacovigilance d'Île-de-France, d'un médecin chargé des risques associés aux soins de la DOMU, d'un responsable du service produits de santé et de représentants du secrétariat scientifique de la COMÉDIMS. Cette cellule aura pour missions de :

- veiller et analyser les alertes ;
- déclencher une conférence téléphonique en cas d'alerte urgente ;
- sélectionner les alertes pour lesquelles un relais d'information doit être effectué auprès des prescripteurs ;
- choisir les relais de communication.

En 2017, 44 alertes ont été émises concernant les médicaments et 110 pour les ruptures de stocks, tensions d'approvisionnement et arrêts de commercialisation.

Le P^r^ Nelly ACHOUR-FRYDMAN s'enquiert du nombre d'utilisation des médicaments hors autorisation de mise sur le marché (AMM) et des conséquences juridiques.

Le P^r^ Philippe LECHAT répond que ces utilisations hors AMM représentent probablement entre 15 et 20 % des prescriptions. Il ajoute que le médecin est responsable de ses prescriptions. Il doit simplement informer son patient de l'utilisation d'un produit hors AMM. Il doit également argumenter cette prescription dans le dossier médical du patient sachant qu'une utilisation hors AMM conduit en principe (sauf exception) à en supprimer la prise en charge par l'assurance-maladie.

Le D^r^ Nathalie DE CASTRO demande si l'impact de la prescription connectée sur les erreurs de prescription est connu. Elle soulève par ailleurs que le changement de prescription au moment de la sortie peut générer des erreurs.

Le P^r^ Béatrice CRICKX reconnaît qu'elle attend avec impatience la prescription informatisée. Le livret thérapeutique informatisé permettra aussi de donner des indications au personnel soignant notamment sur les modalités d'administration des injectables. Pour autant, des erreurs resteront possibles et la vigilance devra rester de mise. Pour répondre à la seconde question, elle invite à impliquer davantage l'usager par la mise en place de la conciliation médicamenteuse ou la rédaction claire, si possible sous la forme d'un tableau 3 colonnes du traitement d'entrée, traitement de sortie et commentaires sur les modifications effectuées durant l'hospitalisation. Cependant certains changements, comme l'auto-administration, nécessitent des modifications réglementaires.

VII. Avis sur le compte financier et l'affectation des résultats 2017 et information sur la 1ère décision modificative de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2018

M^me^ Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ présente les comptes clos 2017. La situation budgétaire est en très forte dégradation avec un recul du compte principal de plus de 150 M€ entre 2016 et 2017, pour se solder par un déficit de – 199 M€ contre un déficit de – 43 M€ en 2016. Les recettes sont restées relativement stables entre 2016 et 2017, avec une activité atone en hospitalisation complète et des produits de séjour en recul de 10 M€ entre les deux exercices. Les charges ont augmenté de 140 M€ entre 2016 et 2017, dont une augmentation des charges de personnel de + 90 M€ en raison principalement d'effets sur les rémunérations (augmentation du point, accords catégoriels, mesures d'attractivité). Les charges ont aussi été dynamiques en matière de médicaments, de maintenance et d'informatisation. De fait, il est observé un effet ciseau avec une forte augmentation des charges non corrélée à l'augmentation des recettes.

Plusieurs corrections ont été réalisées en 2016, première année de certification des comptes pour l'AP-HP. Pour 2017, les ajustements ont concerné les amortissements et les durées d'amortissement imposées par les règles comptables. Ils concernent aussi le provisionnement des créances irrécouvrables. Le reste à recouvrer n'est pas plus important fin 2017 mais il est dorénavant exigé de provisionner sur une période plus courte (3 ans au lieu de 5 ans). Les taux de dépréciation des créances sont donc plus importants. Ces mesures expliquent la dégradation des comptes pour un montant de 45 M€.

En intégrant les budgets annexes, le déficit de l'AP-HP atteint – 175 M€ contre un excédent de 55 M€ en 2016. Sur les unités de soins longue durée (USLD), il est observé une aggravation du déficit de 10 M€ qui tient à la modification des règles comptables et à de moindres recettes, sachant notamment que le Département de Paris n'a pas revu ses tarifs pour les hébergements et dépendances.

Les comptes déficitaires sont affectés à un report à nouveau déficitaire tandis que la dotation non affectée est fléchée sur un compte d'investissement.

La situation du compte de résultat se traduit par une réduction importante de la capacité d'autofinancement (CAF) de l'AP-HP. Elle passe en dessous de la barre de 100 M€. Or la capacité d'autofinancement permet de rembourser les emprunts et de financer les investissements. Avec une CAF de 93 M€, l'AP-HP ne peut plus rembourser ses emprunts.

Les investissements ont été de 410 M€ en 2017 et ont nécessité un prélèvement sur fonds de roulement à hauteur de 170 M€.

La dette a augmenté d'environ 100 M€. Le taux moyen de la dette continue de diminuer car les taux d'intérêt restent favorables. Deux ratios se situent au-dessus des ratios prudentiels, à savoir la durée apparente de la dette (total de la dette / CAF) et le taux d'indépendance financière. (dette / capitaux propres).

M^me^ Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ termine son propos en soulignant que les commissaires aux comptes n'ont pas terminé leurs travaux mais devraient conclure à la certification des comptes de l'AP-HP avec quatre réserves sur les mêmes thématiques qu'en 2016.

M. Guy BENOÎT note qu'en dépit des efforts réalisés depuis de nombreuses années la situation financière se dégrade avec une augmentation de la dette, un prélèvement de 168 M€ sur le fonds de roulement, une capacité d'autofinancement et un taux de marge brute (2,7 %) qui tombent à un niveau historiquement bas. Face à ce constat, il est convaincu que tout effort supplémentaire n'y changera rien sauf à modifier le mode de financement.

Le président indique que ce point a été évoqué avec la ministre de la Santé de manière claire. Cette question sera de nouveau abordée si les orientations vont dans le sens d'une diminution des tarifs et des crédits relatifs aux missions, d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI). Cela étant précisé, il considère que la transformation de l'AP-HP ne doit pas avoir une visée économique mais doit chercher plus globalement à donner du sens et de la latitude à l'institution.

Le P^r^ Bruno CRESTANI relève que la communauté médicale et paramédicale n'a aucune prise sur les indicateurs qui dévissent. Les patients doivent être orientés vers l'ambulatoire si tel est leur besoin et recevoir les traitements qui leur correspondent même s'ils sont très onéreux. L'État doit prendre conscience que la santé coûte cher. Il souhaite que la réflexion en cours permette de poser les bases d'une AP-HP d'excellence qui sera attractive. L'État devra soutenir cette évolution.

Le P^r^ Stanislas CHAUSSADE regrette que l'information sur les règles ne soit pas plus claire. C'est en effet en cours d'année que les équipes ont pu se rendre compte que les règles afférentes à l'amortissement avaient changé. Par ailleurs, il constate qu'il est demandé à son GH d'amortir un bâtiment qui n'a pas été payé par l'AP-HP mais par l'opération *Pièces jaunes*. Il invite à trouver des solutions collectives pour redresser la situation.

La CME approuve le compte financier unique et l'affectation des résultats 2017 de l'AP-HP à l'unanimité des voix exprimées et une abstention.

M^me^ Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ présente ensuite le budget modificatif 2018. Cette décision modificative est demandée par les tutelles et rendue nécessaire par la dégradation plus forte qu'anticipée du résultat du budget principal en 2017, par une activité inférieure à l'objectif initial à la fin du premier trimestre 2018 et par la nécessité de sécuriser l'atteinte du résultat 2018 prévu à l'ÉPRD. Les principaux changements portent sur :

- le recalage sur le résultat 2017 à – 199 M€ au lieu de – 174 M€ ;
- la révision à la baisse à 1,5 % au lieu de 2,5 % des objectifs d'activité ;
- la réduction supplémentaire de 40 M€ des charges pour sécuriser le résultat (avec le gel de 0,5 % de la cible de masse salariale, un plan d'économies sur les dépenses de produits de santé et une réduction ciblée de réduction des dépenses de communication).

VIII. Questions diverses

Congrès mondial de cancérologie

M. Guy BENOÎT constate que la direction de la communication se félicite de la présentation des travaux des équipes de cancérologie au congrès mondial de cancérologie qui a eu lieu cette année à Chicago. Dans le même temps, l'AP-HP entend limiter les conflits d'intérêts. Par conséquent, il souhaite savoir combien de médecins de l'AP-HP ont y ont participé sur des financements de l'AP-HP.

Le P[r] Jean-Yves ARTIGOU répond que la commission d'aide financière n'a financé qu'une seule demande de financement et celle-ci a été acceptée en septembre 2017. Il encourage les personnes intéressées à soumettre leur dossier accessible sur le site internet de la formation continue de l'AP-HP.

Le D[r] Nathalie DE CASTRO indique que le délai est long entre le dépôt de la demande et l'organisation de la conférence.

Le P[r] Jean-Yves ARTIGOU précise que le délai moyen de réponse est de deux semaines, la commission se réunissant une fois par mois. De nombreux collègues demandent un soutien *a posteriori* après la tenue du congrès alors que la demande aurait pu être déposée en amont.

Convention de l'AP-HP avec la société Total

Le D[r] Christophe TRIVALLE s'enquiert de la possible situation de conflit d'intérêts entre *Total* et l'AP-HP et s'interroge sur la destination de l'argent donné par *Total* à l'AP-HP.

Le directeur général, précise que la convention qu'évoque le D[r] Christophe TRIVALLE a été signée entre la fondation *Total* et la fondation AP-HP. Elle permet de financer un projet visant les jeunes précaires. Un autre projet pourrait être financé par ce biais concernant un entrepôt de données. Les projets de recherche soumis dans ce cadre sont examinés par un conseil scientifique. Le montage mis en place est transparent et public. Il est de toute autre nature que le montage précédent, qui lui était condamnable.

Traitements contre la maladie d'Alzheimer

Le D[r] Christophe TRIVALLE note que les médicaments anti-Alzheimer ne seront plus remboursés à partir du mois d'août. Il souhaite savoir s'il sera toujours possible d'y avoir accès pour les patients hospitalisés.

M[me] Christine WELTY explique que l'AP-HP ne peut plus acheter un médicament qui n'est plus remboursé. Le patient qui viendra avec un traitement de ville pourra continuer à le recevoir mais ce traitement ne pourra pas être donné en initiation par l'hôpital.

Cumuls emploi-retraite

Le Dr Isabelle NÈGRE indique avoir posé une question sur la suppression des emplois retraite, question à laquelle il lui a été répondu que la mesure était locale et qu'elle ne concernait pas l'ensemble de l'AP-HP.

IX. Approbation du compte rendu de la CME du 15 mai 2018

Le compte rendu de la CME du 3 avril 2018 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 19 heures 40.