

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 5 DÉCEMBRE 2017**

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 9 JANVIER 2018

SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME	6
II. Éducation thérapeutique à l'AP-HP	11
III. Point sur la fondation de l'AP-HP pour la recherche et avis sur la modification de ses statuts	12
IV. Projet médical du groupe hospitalier (GH) <i>Hôpitaux universitaires Paris – Seine-Saint-Denis</i> (HUPSSD)	13
V. Rapport 2016 sur l'activité libérale	15
VI. Information sur l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2018 et avis sur l'actualisation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2018-2022	17
VII. Concertation sur la révision des effectifs 2018 de praticiens hospitaliers	19
VIII. Questions diverses	19
IX. Approbation du compte rendu de la CME du 7 novembre 2017	21

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Éducation thérapeutique à l'AP-HP (D^r Christine GEFFRIER D'ACREMONT)
3. Point sur la fondation de l'AP-HP pour la recherche et avis sur la modification de ses statuts (M. Rodolphe GOUIN)
4. Projet médical du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris – Seine-Saint-Denis* (HUPSSD) (P^r Yves COHEN, M. Didier FRANDJI)
5. Rapport 2016 sur l'activité libérale (D^r Alain FAYE)
6. Information sur l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2018 et avis sur l'actualisation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2018-2022 (M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ)
7. Concertation sur la révision des effectifs 2018 de praticiens hospitaliers (P^r Thierry BÉGUÉ, M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ)
8. Questions diverses
9. Approbation du compte rendu de la CME du 7 novembre 2017

Assistent à la séance

- **avec voix délibérative :**

- M^{me} le P^r Nelly ACHOUR
- M. le P^r René ADAM
- M. Alexandre ALLERA
- M. le P^r Joël ANKRI
- M. le P^r Philippe ARNAUD
- 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 D^r Catherine BERNARD
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M. le P^r Francis BONNET
- M^{me} le D^r Marie BORNES
- M^{me} le D^r Clara BOUCHÉ
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^r Jean-Claude CAREL
- M. le P^r Pierre CARLI
- M. le P^r Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^r Gérard CHÉRON
- M. le P^r Yves COHEN
- 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. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M. le D^r Patrick DASSIER
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le D^r Michel DRU
- 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 Bernard GRANGER
- M. le D^r Christian GUY-COICHARD
- M. le P^r Olivier HÉLÉNON
- M. le D^r Olivier HENRY
- M^{me} le P^r Dominique ISRAËL-BIET
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M. le P^r Laurent MANDELBROT
- M^{me} le D^r Véronique MOLINA
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M. le D^r Jean-Marc NACCACHE
- M. le P^r Rémy NIZARD
- M. le D^r Antoine PELHUCHE
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Valérie PÉRUT
- M^{me} le P^r Claire POYART
- M. le P^r Dominique PRIÉ
- 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 Éric THERVET
- M. le P^r Jean-Marc TRÉLUYER
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le P^r Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***
 - M. Martin HIRSCH, directeur général
 - M. le P^r Louis MAMAN, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris-Descartes
 - M. le P^r Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
 - M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- ***en qualité d'invités permanents :***
 - M. le P^r Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
 - M. le P^r Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
 - M^{me} Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
 - M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- ***les représentants de l'administration :***
 - M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
 - M^{me} Sophie BENTÉGEAT, directrice des patients, usagers et associations
 - M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
 - M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
 - M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
 - M^{me} Catherine SUEUR, secrétaire générale
 - M^{me} 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. le D^r Pierre FOUCAUD
- ***Membres excusés :***
 - M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Yves AIGRAIN, Thierry BÉGUÉ, Françoise BOTTEREL CHARTIER, Christophe CELLIER, Jean-Luc DUMAS, François GOFFINET, Bertrand GUIDET, Philippe GRENIER, Vincent JARLIER, Michel LEJOYEUX, Isabelle NÈGRE, Michel PEUCHMAUR, Élisabeth PORSMOGUER, Bruno RIOU, NAMIK TARIGHT, Nicolas THIOUNN, Phanarom THONG, Denis TIXIER, Noël ZAHR
 - M^{mes} Sophie GUILLAUME, Caroline RAQUIN, Françoise ZANTMAN. MM. Arthur DAUPHIN, Yann FLÉCHER, 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

Hommage au D^r Gwenaëlle VIDAL-TRÉCAN

La CME a rendu hommage au D^r Gwenaëlle VIDAL-TRÉCAN anciennement chef du service de santé publique de l'hôpital Cochin et membre de la CME de 2007 à 2011, décédée le 15 novembre âgée de 66 ans. Elle a observé un instant de recueillement à sa mémoire.

Mouvements à la CME

La CME a accueilli :

- le P^r Bruno CRESTANI, élu président de CME locale du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris Nord-Val-de-Seine* (HUPNVS) le 28 novembre, en remplacement du P^r Dominique LE GULUDEC, nommé présidente de la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- M. Alexandre ALLERA, nouveau président du syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP), qui remplace M^{me} Géraldine POENOU dans le collège des internes des spécialités médicales ;
- Le D^r Pierre FOUCAUD, ancien président de la CME de l'hôpital André-Mignot (Le Chesnay) et de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers (CH) d'Île-de-France, qui est invité à la CME en tant que représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF).

Le D^r Lynda BENSEFA COLAS, nouveau médecin coordinateur du service central de santé au travail de l'AP-HP, assistera aux séances de la CME en qualité d'invitée permanente, conformément au règlement intérieur de la CME.

Le président remercie chaleureusement M^{me} Catherine BRUN, qui quitte l'AP-HP après avoir œuvré au bon fonctionnement logistique de la CME sous 3 présidents successifs aux côtés de M^{me} Isabelle PLANTEC. Elle sera remplacée par M^{me} Swina SIMONEAU.

Assises hospitalo-universitaires de Poitiers

Une réunion préparatoire a eu lieu à Nancy les 16 et 17 novembre afin d'organiser les assises hospitalo-universitaires qui se tiendront à Poitiers en 2018. Les ministres de la Santé et de l'Éducation supérieure et de la Recherche ont confié aux présidents des conférences des directeurs généraux, présidents de CME de CHU, doyens des facultés de santé et présidents des universités une mission sur le « CHU de demain ». Il s'agit de réfléchir aux évolutions des statuts des CHU qui datent de 1958. Des groupes de travail ont été constitués pour travailler ce dossier. Les pré-assises de Nancy ont également permis de noter que l'inquiétude était partagée sur le devenir des CHU en ce qui concerne leur budget, leur activité de recherche et leur attractivité.

Rencontre avec le conseiller santé du Premier Ministre

Le président a rencontré le conseiller santé du Premier Ministre aux côtés des P^{rs} Michel CLAUDON, président de la conférence des présidents de CME de CHU, Olivier CLARIS, président de la CME des Hospices civils de Lyon (HCL), et Antoine MAGNAN, président de la CME du CHU de Nantes et président de la coordination nationale des établissements publics de santé en matière de recherche et d'innovations médicales (CNCR). Ils ont relayé les inquiétudes des CHU concernant l'attractivité, le budget et la recherche.

Mission de recertification des médecins

Les ministres de la Santé et de l'Éducation supérieure et de la Recherche ont confié au P^r Serge UZAN une mission de recertification des compétences des médecins qui, à terme, concernera tous les médecins exerçant en France. Le P^r UZAN viendra en parler à la CME lorsque sa mission aura suffisamment avancé.

Directoires des 14 et 29 novembre 2017

Le directoire s'est penché principalement sur :

- les questions budgétaires mises à l'ordre du jour de la présente CME ;
- le projet de plan stratégique sur la télémédecine préparé par la DOMU qui sera soumis à l'avis de la CME en janvier 2018.

Comité des directeurs et présidents de CME locale (CMEL) des GH du 30 novembre

Deux sujets principaux ont été évoqués :

- la démarche des effectifs cibles des personnels non médicaux sur laquelle travaille la direction du pilotage de la transformation (DPT). Le président souhaite que les effectifs cibles correspondent à une réalité et que les demandes portent sur des effectifs cibles crédibles et réalisables ;
- le financement des centres de référence maladies rares : le nombre de centres labélisés à l'AP-HP est en diminution, de même que les financements.

Conférences stratégiques et budgétaires

Le cycle des conférences stratégiques et budgétaires s'achève dans un contexte budgétaire difficile. Une clause de revoyure est prévue à la fin du 1^{er} trimestre 2018 pour s'assurer de l'adéquation entre les évolutions de l'activité et de la masse salariale. Le président assiste aux conférences avec l'objectif de soutenir le mieux possible les projets stratégiques des GH.

Formation médicale continue (FMC) et développement professionnel continu (DPC)

- Le directeur général a demandé un audit interne qui doit permettre d'identifier les voies d'amélioration de l'organisation de la FMC (hors DPC) à l'AP-HP.
- Le président a chargé le P^r Jean-Yves ARTIGOU, président de la sous-commission *Formation et communication* de la CME, du suivi de ce dossier et de donner une nouvelle impulsion au comité du DPC.

Transplantation hépatique

Le directeur général et le président de la CME ont missionné les P^{rs} Jean-Luc DUBOIS-RANDÉ et Didier SAMUEL pour réfléchir à la création d'une fédération pour la transplantation hépatique entre les hôpitaux Henri-Mondor et Paul-Brousse. **Le président** précise que ni la chirurgie cardiaque ni la chirurgie hépatique ne sont menacées à Henri-Mondor. Il s'agit d'une réflexion sur l'organisation de la seule transplantation hépatique.

Informations du directeur général

Appel à manifestation d'intérêt sur l'hôpital numérique du futur de l'AP-HP et du CHU de Nantes

Un jury se tiendra le 7 décembre prochain, sous la présidence du P^r Rémy NIZARD, pour identifier les innovations potentiellement les plus intéressantes pour les hôpitaux, notamment dans la perspective de nouveaux projets hospitaliers. Près de 400 industriels ont répondu à cet appel à manifestation, depuis de grandes entreprises internationales jusqu'à de petites *start up*.

Bactéries et germes multi-résistants

La direction générale de la santé (DGS) a été de nouveau sollicitée concernant la situation des patients porteurs de germes multi-résistants dans nos hôpitaux. Celle-ci indique désormais que des modifications réglementaires sont nécessaires. Il est pourtant impératif de pouvoir agir vite et de pouvoir prendre ces mesures alors que ces situations représentent un danger pour les soignants comme pour l'environnement puisque ces patients pourraient contaminer d'autres personnes, dès lors qu'ils ne sont pas confinés.

Personnes sans abri à l'hôpital

Le SAMU social de Paris est intervenu en vue de recenser le nombre de personnes sans abri trouvant refuge dans les hôpitaux. Le 1^{er} décembre 2017 à 22 heures, ce comptage a conduit à dénombrier 106 personnes dans cette situation.

Appel à projets d'instituts hospitalo-universitaires (IHU)

L'appel à projets d'IHU plusieurs fois modifié est dans sa phase ultime. La démarche ne permet plus de créer une fondation de coopération scientifique comme cette architecture avait été choisie pour les premiers IHU portés par l'AP-HP. Les discussions menées entre les universités et l'INSERM sont très complexes. De notre côté, nous avons tout fait pour soutenir les porteurs de projet et ne pas compromettre leurs chances.

Création d'un comité de déontologie

Le directeur général a signé un arrêté portant création d'un comité de déontologie à l'AP-HP.. Il sera présidé par une conseillère d'État et le P^r Joël ANKRI, président de la CME locale des hôpitaux universitaires Paris-Ouest (HUPo), fera partie des cinq déontologues constituant ce comité.

Contexte financier de l'AP-HP

Les années précédentes ont été marquées par une baisse des déficits de l'AP-HP en raison du respect mutuel des engagements pris. En effet, l'AP-HP a su respecter ses engagements en matière d'activité et de maîtrise des charges, comme les tutelles ont tenu également leurs engagements avec une stabilité des dotations de l'État et l'octroi de soutiens aux investissements pour le nouveau Lariboisière et le campus hospitalo-universitaire Grand Paris Nord. L'année 2017 se présente différemment avec une activité étale, alors que les prévisions étaient plus ambitieuses. L'AP-HP n'est pas la seule à connaître cette tendance, ce qui explique aussi l'annonce d'un dégel des crédits, qui n'est cependant que partiel.

En 2017, les dotations de l'État seront sensiblement inférieures aux crédits inscrits avec accord des tutelles. Par ailleurs, les comptes de l'AP-HP sont certifiés par des commissaires aux comptes pour la première fois. Cet événement n'a pas d'impact sur l'année de certification des comptes mais ce processus nécessite de réévaluer les provisions pour risques pour au moins deux, voire trois années. Or cette revalorisation des provisions vient augmenter le déficit du compte d'exploitation. Tous ces éléments contribuent à la dégradation du résultat.

Sans redressement de la situation les conséquences seront importantes, avec une possible remise en cause des investissements. Par ailleurs, des ratios financiers se dégradent comme le montant de la dette ou l'allongement de la durée de la dette. Face à cette situation, les tutelles ont annoncé que les dotations reviendraient à un dispositif de droit commun, défavorable à l'institution. La stabilité des dotations des années précédentes tenait à la compensation des modèles nationaux, fondée en raison des missions spécifiques de l'AP-HP. Les tutelles exigent également un plan de retour à l'équilibre sur cinq ans. Ce retour à l'équilibre en 2022 suppose de consentir à réaliser des efforts sur les charges, notamment salariales.

Ces demandes doivent être discutées dans le courant du premier semestre 2018 pour s'assurer que les premiers engagements seront tenus. Par exemple, la masse salariale ne doit pas évoluer de plus de 0,7 %, mais ce niveau pourrait être revu si les réalisations ne sont pas en ligne avec les attentes. Ces discussions devront aussi permettre de nouer un contrat avec les tutelles afin d'accompagner le retour à l'équilibre. À ce stade, il n'a pas été demandé à l'AP-HP de revoir à la baisse le périmètre de ses investissements. Pour autant, chacun sait que les investissements programmés ne sont pas totalement financés. De toute évidence, ce nouveau contexte augmente sensiblement le niveau d'exigence.

Les comparaisons qui sont faites ne sont pas toujours en faveur de l'AP-HP. D'autres CHU ont réalisé des efforts plus importants. Par conséquent, le discours consistant à faire de l'AP-HP un cas particulier n'est pas parfaitement audible. Par ailleurs, au-delà des contraintes extérieures, l'AP-HP présente aussi des points faibles.

L'AP-HP doit être en mesure de mettre en avant certaines de ses spécificités et démontrer que certaines de ses particularités ne sont pas bien prises en compte par les modèles nationaux, comme le poids de la précarité ou encore la prise en charge de patients souffrant de bactéries multi-résistantes, entre autres.

Jusqu'alors, ces discours n'étaient pas entendus, mais la dotation restait stable en compensation. Au cours des prochains mois, il conviendra de tenir un discours argumenté, éventuellement en éditant un « livre blanc » des charges de l'AP-HP, qui serait soumis à la CME et au conseil de surveillance, et qui objectiverait la situation. Certains observateurs comparent l'AP-HP et les Hospices civils de Lyon mais il faut rappeler que les Hospices civils de Lyon ont été autorisés à ce que le tarif de jour pris en charge par les mutuelles soit augmenté de telle sorte qu'il soit nettement supérieur à celui de l'AP-HP. C'est-à-dire que la dépense à rembourser par une mutuelle est plus lourde à Lyon qu'à Paris. Cette augmentation n'est pas uniquement justifiée par des chambres plus modernes. En s'alignant sur les tarifs de Lyon, le gain annuel serait de 50 M€. Certains affirment que ces augmentations de tarifs ne sont plus possibles. Si tel est le cas, il ne faut pas que l'on demande à l'AP-HP de fournir un effort de même nature. Par ailleurs, l'AP-HP n'a pas reçu les aides à l'investissement à hauteur de la part qu'il représente dans les soins. L'AP-HP représente 10 % de l'hôpital public mais n'a reçu que 8,4 % en aide à l'investissement, c'est-à-dire que l'AP-HP est moins accompagnée que d'autres structures. L'ensemble de ces arguments devront être portés devant les tutelles au cours de la négociation qui se terminera à la fin du premier semestre 2018.

L'AP-HP doit activer rapidement des leviers internes de transformation : ces opérations peuvent changer la donne financière, d'une part, et rendre les établissements plus attractifs pour les professionnels et pour les patients, d'autre part. Plusieurs projets liés au numérique peuvent permettre de réaliser des gains concernant les archives et concernant l'admission en ligne des patients, par exemple. Le taux de recouvrement à six mois est de 84 % et doit pouvoir passer à 95 %. En outre, la démarche « effectifs cibles » doit aussi permettre d'identifier les marges de manœuvre puisque certains périmètres sont en situation de sous-effectif par rapport à l'activité tandis que d'autres pourraient dégager des marges de manœuvre. Des normes doivent pouvoir être fixées afin que le traitement soit équitable. Enfin, l'AP-HP peut faire mieux en matière de valorisation et de mécénat.

Au-delà des chantiers internes, l'AP-HP peut plus difficilement se transformer que d'autres en raison de sa taille. Plusieurs décisions pourraient accorder plus de souplesse. Des dérogations et des réformes ont été évoquées. Le rythme d'assouplissement ne doit pas être plus lent que le rythme des contraintes financières. Tous les sujets sont certes complexes : la tarification, dont l'évolution est globalement acceptée, l'évolution des statuts, dont beaucoup rejettent le principe,

etc. Quoi qu'il en soit, ces discussions devront être conduites de manière mature. Sur ces transformations, des bases ont été posées grâce au programme *oikéiosis*. Ces orientations conduisent à installer trois centres de transplantation hépatique au lieu de quatre, par exemple. Dans tous les cas, les engagements pris doivent être mis en œuvre, d'autant plus si ces projets sont favorables aux médecins et soignants, aux patients et aux finances de l'AP-HP.

Ces perspectives sont exigeantes et tous les chantiers devront être menés de front : documenter et faire valoir les spécificités de l'AP-HP, obtenir un soutien en investissement, mener les nécessaires transformations internes, militer en vue que des marges de manœuvre réglementaires soient accordées. Les cibles d'activité sont réalistes dès lors que l'AP-HP sait s'en donner les moyens. Il faudra aussi aller chercher les économies sur les activités les plus éloignées des soins (archives, standard, par exemple). Il faudra que ces transformations soient cohérentes avec la logique médicale.

Tout en reconnaissant que son propos peut être provocant, **le D^r Nathalie DE CASTRO** souhaite savoir quel hôpital sera fermé pour atteindre ces objectifs, et quel domaine doit faire l'objet de souplesse en matière de statuts. Si l'objet est d'accorder plus de souplesse dans la rémunération, elle estime que ces possibilités sont déjà ouvertes. Une telle orientation ne devrait pas exclure les infirmiers, aides-soignants et internes car travailler à Paris comporte un coût qui n'est pas le même dans le reste de la France. C'est peut-être cette spécificité qui doit être prise en compte dans la réflexion à mener avec les tutelles. Pour quelles raisons tous les hôpitaux connaissent-ils une baisse de leur activité en 2017 : est-ce parce qu'une augmentation constante de l'activité de 2 % par an est irréaliste et qu'on a atteint la limite du système de tarification ? Par ailleurs, sur le système d'information ORBIS, elle relève que le niveau d'activité tracé est souvent en-deçà des réalisations réelles, est-ce que cela peut être une des explications ?

Le directeur général rappelle qu'il a souhaité entamer un processus collectif pour emmener l'ensemble des responsables et prendre des décisions collectives. De nouveau, fin janvier 2018, aura lieu un séminaire regroupant les présidents des CMEL, les directeurs de GH et les doyens. Le projet est davantage de concrétiser des transformations que de fermer des sites. Il est préférable que les projets votés puissent se réaliser plutôt que de proposer plusieurs projets dont aucun ne sera mené à son terme.

Par rapport aux établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC), l'AP-HP peut être désavantagée en raison de la rigidité de ses statuts médicaux et non-médicaux. Des pistes doivent être recherchées comme, par exemple, le supplément de rémunération à proposer pour assurer le développement des protocoles de coopération et des pratiques avancées des infirmiers.

À ce stade, personne ne peut expliquer précisément pourquoi l'activité est freinée. À l'échelle de l'AP-HP, il est possible d'identifier des micro-explications mais il est difficile d'affirmer si ces tendances se sont aggravées ou si le phénomène tient à une conjonction d'éléments. Il est possible que cet épisode puisse être expliqué avec du recul mais il demeure convaincu qu'il perdure un potentiel de développement pour l'institution. Pour explorer ce potentiel, il conviendra de fournir des efforts et de concrétiser les projets de transformation.

Le président reconnaît que le contexte actuel est fort complexe et qu'il n'est pas simple de participer à la gouvernance médicale dans ces conditions. Il est essentiel que chacun pousse dans le même sens alors que le CHU est attaqué sur différents plans : budgétaire, recherche, attractivité. Le label CHU doit être défendu mais ce modèle doit aussi évoluer. **Le président** souhaite que le programme dit « *oikéiosis* » puisse être présenté en transparence devant la CME lorsque le cadre sera affiné afin de pouvoir donner un cap.

II. Éducation thérapeutique à l'AP-HP

Le D^r Christine GEFRIER D'ACREMONT rappelle que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère que l'éducation thérapeutique du patient (ÉTP) fait partie des soins depuis 1998. Elle est inscrite dans le code de la santé publique depuis la loi *Hôpital, patients, santé, territoires* (HPST) et incluse dans le processus de certification. Elle est financée par une dotation du fonds d'intervention régional (FIR) de 16,4 M€ en 2017 contre 17,8 M€ en 2016.

290 programmes ont été autorisés début 2011. 266 programmes ont été renouvelés, soit un taux de renouvellement de 91 %. 52 nouveaux programmes ont été autorisés de 2011 à fin 2016, ce qui porte le total des programmes à 318 (dont un à Hendaye et un à San Salvador). Sur les 316 programmes de l'Île de France, seuls 295 sont réellement actifs. En 2016, 82,5 % des programmes étaient hospitaliers. 50 % d'entre eux concernent l'AP-HP, c'est-à-dire que le poids que représente l'AP-HP au niveau régional a diminué, passant de 66 % des programmes en 2011 à 41 % en 2016. Cette baisse fait suite à la volonté de l'agence régionale de santé (ARS) de favoriser les programmes d'ÉTP dans les structures ambulatoires de ville d'exercice collectif. C'est sur le diabète que le nombre de programmes est le plus important, suivi des maladies rares.

L'ÉTP doit être mieux valorisée en interne comme en externe car cette pratique contribue à la qualité et à la sécurité des soins, ce qui suppose de sécuriser les moyens des équipes cliniques qui s'y consacrent. Les CHU doivent endosser leur responsabilité en matière d'ÉTP dans les territoires concernés, notamment dans le contexte d'émergence de groupements hospitaliers de territoire (GHT), en matière de recherche, d'innovation et de formation. Il convient également de développer les liens existants avec l'ARS, la HAS, les universités, la ville et les associations de patients. L'enjeu est de mieux coordonner l'ÉTP de l'AP-HP, c'est-à-dire s'engager en faveur des unités transversales d'éducation thérapeutique (UTEP) (soutien des équipes, conception des programmes, ouverture vers le hors AP-HP). L'objectif est également de mieux impliquer les patients et leurs représentants dans la mise en œuvre des programmes, leur évaluation et leur conception. L'ÉTP est une composante des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. C'est aussi un des moyens privilégiés pour que l'AP-HP s'inscrive dans une démarche visant à favoriser l'autonomie en santé.

Le président ajoute que l'éducation thérapeutique est bénéfique pour tout le monde, c'est-à-dire pour les patients comme pour l'hôpital puisqu'elle contribue à diminuer les temps d'hospitalisation et les infections nosocomiales. Il remarque toutefois qu'il existe de grandes difficultés pour obtenir les postes pourtant fléchés sur cette thématique.

En tant que coordinatrice de plusieurs programmes d'éducation thérapeutique, **le D^r Clara Bouché** souhaite apporter son témoignage et indique que le financement de ces programmes ne revient pas directement vers les services qui promeuvent cette activité. Sans sanctuarisation des postes, les infirmiers d'ÉTP sont détournés vers du soin courant. De fait, l'activité d'ÉTP diminue. Cette situation peut conduire les services impliqués à revoir leurs opérations et à relâcher les moyens alloués. Elle souhaite que cette intervention permette de faire prendre conscience de toute l'importance de l'ÉTP et de mieux valoriser cette activité.

Le P^r Jean-Claude CAREL constate que le nombre de programmes est en augmentation tandis que le budget alloué à cette activité est en diminution d'un million d'euros, ce qui dénote un effet de dilution en Île-de-France et un phénomène de paupérisation des programmes d'ÉTP à l'AP-HP.

III. Point sur la fondation de l'AP-HP pour la recherche et avis sur la modification de ses statuts

M. Rodolphe Gouin explique que la fondation de l'AP-HP collecte, gère et distribue des fonds issus du secteur privé pour soutenir des équipes et les projets de recherche. Ces dons proviennent d'entreprises, d'associations et de donateurs. Ils permettent de financer des projets de recherche (environ 7,7 M€), gérer des fonds dédiés aux équipes, accompagner les études cliniques et fédérer une communauté de recherche. Fin 2017, les fonds collectés devraient atteindre 8,2 M€. 38 projets de recherche et fonds dédiés à des services ont été créés et gérés par la fondation depuis sa création. La fondation travaille sur quatre axes stratégiques : la recherche sur le microbiote, la recherche en chirurgie, la recherche paramédicale et l'entrepôt de données de santé. La fondation accompagne aussi la plate-forme de médicaments de thérapie innovante (MTI) de l'hôpital Saint-Louis.

La CME est aujourd'hui sollicitée pour se prononcer sur la modification des statuts de la fondation de l'AP-HP pour la recherche en vue de lui conférer la capacité d'abriter d'autres fondations en son sein. Pour permettre cette évolution, le conseil d'administration de la fondation de l'AP-HP pour la recherche a sollicité le conseil de surveillance de l'AP-HP le 4 décembre et doit consulter la CME, le comité technique d'établissement central (CTEC) et le directoire pour demander la modification des statuts, qui devront être approuvés par décret. Cette évolution permettra à la fondation de l'AP-HP, à l'instar de nombreuses autres fondations (fondation de France, fondation pour la recherche médicale, etc.) d'héberger des projets de long terme, dénommés « fondations sous égide ». Cette évolution permettra à certains projets de bénéficier d'une autonomie de décision opérationnelle et de l'appui de la fondation de l'AP-HP pour la recherche, de mutualiser certains coûts de fonctionnement et de mieux accompagner les porteurs de projets.

Le P^r Catherine BOILEAU, en tant que membre du conseil scientifique de la fondation de l'AP-HP, souhaite attester de son dynamisme. Au fur et à mesure de sa montée en puissance, les équipes sont de plus en plus nombreuses à la solliciter. Devenir une fondation « abritante » permettra d'élargir la palette d'origine des ressources susceptibles d'abonder les fonds et de positionner l'AP-HP comme un acteur majeur et légitime de la recherche.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI souhaite que la gouvernance de la fondation puisse être rénovée et que la place allouée aux universités soit plus importante, afin qu'elle apparaisse comme un acteur encore plus légitime en matière de recherche.

Le directeur général rappelle qu'il l'a proposé, qu'il a réservé un siège aux universités mais que celles-ci ont refusé de désigner un représentant, cependant, il rappelle que la loi créait des fondations hospitalières. Le président de l'Institut national de la santé et de la recherche (INSERM), lui a accepté de siéger. La proposition sera à nouveau faite aux universités.

Le président est convaincu que les trois parties peuvent et doivent travailler de concert. Il rappelle l'importance de mettre en valeur la recherche dans les hôpitaux de l'AP-HP. Il soutient l'évolution des statuts de la fondation de l'AP-HP pour la recherche.

À l'unanimité et une abstention, la CME émet un avis favorable à la modification des statuts de la fondation pour la recherche de l'AP-HP.

IV. Projet médical du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris – Seine-Saint-Denis* (HUPSSD)

Le P^r Yves COHEN souligne que le territoire de la Seine-Saint-Denis présente plusieurs particularités : précarité de sa population, retard de diagnostic sur plusieurs pathologies, faible densité médicale.

M. Didier FRANDJI ajoute que ce département vivra de grandes transformations à l'horizon 2024 avec la création du *Grand Paris Express*, qui améliorera les transports en commun en périphérie, et la ligne de métro n 15. L'hôpital Avicenne sera demain au croisement de plusieurs nœuds de transport. Le temps pour se rendre de Jean-Verdier à Avicenne en transport en commun sera ainsi réduit à 7 minutes contre 45 minutes actuellement.

Le projet médical qui est projeté vise à conforter la place du CHU sur son territoire, à améliorer la qualité de l'accueil des patients en déclinant le projet médical sur ses axes forts historiques (axes pneumo-thoracique, prise en charge de l'obésité, femme-enfant, prise en charge de la personne âgée, filières thématiques), à attirer et à fidéliser les médecins et les personnels paramédicaux, à augmenter l'activité en rationalisant l'occupation des espaces et en optimisant les organisations et à remédier aux nombreuses non-conformités de Jean-Verdier.

Le P^r Yves COHEN ajoute que le plan d'action proposé repose sur l'articulation entre trois sites complémentaires (Avicenne pour les soins aigus et lourds, Jean-Verdier pour l'ambulatoire avec un service interne d'hospitalisation conventionnel pour l'aval des urgences et René-Muret pour les filières de gériatrie et de médecine d'aval).

Pour le pôle femme-enfant, l'implantation à Avicenne de l'ensemble du pôle a été actée. Les services de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie de Jean-Verdier assureraient une offre de soins de proximité. Cette organisation permettra de bénéficier du plateau chirurgical ainsi que de l'expertise des autres compétences chirurgicale et médicale (oncologie) du site Avicenne et, pour la partie obstétricale, de l'expertise des spécialités d'Avicenne garantissant un haut niveau de prise en charge des pathologies maternelles (grossesses à haut risque), et ainsi d'une qualité et d'une sécurité de prise en charge notamment en soins critiques.

M. Didier FRANDJI souligne que cette organisation suppose la création d'un pavillon qui n'est pas financé dans le cadre du plan global de financement pluriannuel (PGFP). Son coût serait de 55 M€ contre un coût de modernisation du site actuel de Jean-Verdier estimé à 38 M€. Parallèlement à ce projet, la volonté est de faire du site Jean-Verdier un établissement plus ouvert, plus innovant, plus universitaire et plus en proximité. Ce projet a été consacré en CMEL le 13 septembre 2017. Alors que les médecins libéraux du territoire sont vieillissants et n'acceptent plus de nouvelles patientèles ce projet permettra de proposer une offre de soins à la population, offre de soins qui sera à la fois de proximité et universitaire.

Le P^r Yves COHEN précise que 30 000 passages aux urgences de Jean-Verdier sont comptabilisés avec seulement 13 % d'hospitalisations, soit le plus faible taux de l'AP-HP hors Hôtel-Dieu. Le site maintiendrait les urgences adultes et pédiatriques, la médecine interne, l'ambulatoire d'endocrinologie et la gynécologie-obstétrique. Ces activités à vocation de proximité ne couvrent toutefois pas l'ensemble des besoins de la population et une nouvelle offre de soins complémentaires serait apportée par des partenaires.

Le recours universitaire en ambulatoire sera organisé avec les hôpitaux de jour (HDJ) et avec les disciplines présentes à Avicenne.

Certaines thématiques phares sont identifiées : sport et santé, troubles du comportement alimentaire de l'adolescent, addictions et transition pédiatrique.

Un partenariat de recherche avec l'institut des maladies génétiques (IMAGINE), est noué autour de thématiques communes (génétique, immunologie, tuberculose, bio-informatique, drépanocytose) permettant à la population du département de bénéficier des mêmes accès aux dernières recherches et derniers moyens d'investigation. Des actions sont également prévues en matière de formation.

Pour faciliter cette nouvelle organisation, une plateforme d'intermédiation est nécessaire pour orienter le patient et coordonner son parcours de soins. Une équipe sera dédiée à l'accompagnement du patient et à la liaison ville-hôpital. Des plateaux de consultations et d'HDJ standardisés seront mis en place ainsi que des plateaux techniques de niveau hospitalier ouverts sur la ville et un plateau d'éducation et de promotion de la santé en collaboration avec des partenaires externes et utilisant les nouvelles technologies.

M. Didier FRANDJI souligne que ce projet témoigne d'une réelle volonté de changer car il existe une menace sur l'ensemble du GH et un risque d'apoptose par défaut d'attractivité des professionnels comme des patients. Il existe également la volonté de renforcer l'offre publique de soins sur le territoire en renforçant le CHU et une volonté de la communauté médicale pour mieux répondre aux besoins de la population. Il existe également l'ambition de préserver le site de Jean-Verdier sur une offre recalibrée dans son type d'accueil mais élargie dans son offre de soins de proximité et de soins universitaires.

Le président salue le dynamisme du GH dont l'objectif est de répondre aux besoins de santé sur ce bassin de vie particulier. Il estime qu'il a fallu faire preuve de courage pour lancer cette restructuration importante incluant un renforcement du pôle Avicenne et une consolidation de Jean-Verdier tout en tenant compte de l'évolution de la démographie médicale et des besoins de la population.

Le D^r Patrick DASSIER demande confirmation que la chirurgie ambulatoire sera localisée à Avicenne.

Le P^r Yves COHEN le confirme.

Le P^r Paul LEGMANN demande si les services seront bi-site et s'enquiert du périmètre du service de médecine nucléaire.

Le P^r Yves COHEN confirme que les services seront bi-site pour favoriser la complémentarité entre Avicenne et Jean-Verdier. Les moyens de valoriser les consultations sur Jean-Verdier seront recherchés. Il existe par ailleurs un projet d'utilisation du TEP-IRM en ambulatoire en neurologie, en oncologie et en médecine du sport.

Le D^r Jean-Marc NACCACHE s'enquiert des raisons qui conduisent à préserver un petit service de médecine interne à Jean-Verdier alors que le site ne proposera pas de service de réanimation. Il suppose que cette activité aurait pu être absorbée par Avicenne.

Le P^r Yves COHEN souligne qu'Avicenne ne pourrait pas absorber 30 000 passages aux urgences supplémentaires. Par ailleurs, le souhait est de maintenir une activité d'urgence à Jean-Verdier. Pour cela, il est nécessaire de disposer de lits d'aval. Le projet est également de créer un service de *quick diagnosis* pour effectuer un diagnostic ou pour une prise en charge thérapeutique sur 2 à 3 jours d'hospitalisation.

Le directeur général tient à saluer le travail qui a été conduit sur ce périmètre alors que la communauté médicale était à l'origine plutôt divisée avant de converger vers un projet commun. Il se félicite donc que ce projet ait pu émerger et permette désormais au groupe hospitalier de sortir de l'incertitude. Cela étant précisé, plusieurs points ne sont pas encore validés, notamment l'investissement dans un TEP-IRM, comme le nouveau pourtour de Jean-Verdier qui reste

conditionné à plusieurs accords. Les directions de l'AP-HP soutiennent la démarche mais il demeure des calages à arrêter pour s'assurer de la viabilité du projet.

Le P^r Yves COHEN indique que le TEP-IRM est un équipement attendu par la communauté médicale.

Le directeur général observe que le projet présenté est très audacieux alors que la situation était figée depuis plusieurs années. Il souhaite que le projet aboutisse mais celui-ci doit être viable.

Le D^r Nathalie DE CASTRO constate qu'il est de nouveau fait référence au virage ambulatoire qui est toujours présenté comme la solution permettant de résoudre tous les problèmes. Cependant, au vu des besoins de la population du département, il semble difficile de mener le projet à bien à moyens constants.

V. Rapport 2016 sur l'activité libérale

Le D^r Alain FAYE souligne que l'année 2016 est marquée par une stabilité des nouveaux contrats avec 6 nouveaux contrats pour 11 fins d'activité, portant le nombre total de contrats à 350. La part des praticiens exerçant une activité libérale représente 5,93 % du total des praticiens statutairement éligibles, mais ce taux est de 20,56 % des effectifs de PU-PH et de 3,3 % des PH à temps plein. L'activité libérale est plus présente dans certaines disciplines : 35 % dans les spécialités chirurgicales, 13 % dans les spécialités médicales, 11 % en radiologie. Certaines disciplines ne comptent aucun médecin exerçant une activité libérale : gériatrie, urgences, anesthésie, réanimation et biologie.

La répartition de l'activité libérale est relativement homogène entre les GH, à l'exception des HUPSSD et de Robert-Debré.

L'activité privée a augmenté en 2016, de manière plus importante pour les actes (+ 4,5 %) que pour les consultations (+ 2,7 %). Les honoraires perçus ont progressé (+ 5,8 %). Les redevances ont également progressé (+ 5 %). Le chiffre d'affaire annuel moyen s'élève à 115 203 € (+ 6 323 €).

Le D^r Alain FAYE rappelle que l'activité libérale doit être inférieure à 50 % de l'activité globale du praticien. Quatre situations de dépassement ont été relevées par les commissions locales d'activité libérale (CLAL) en 2016 et font l'objet d'un suivi. Concernant la sincérité des déclarations, 9 situations individuelles font l'objet d'une investigation pour vérifier leur véracité. Pour ce qui concerne le contrôle de l'acquittement des redevances, 2 % du montant total des redevances dues n'avait pas été réglé au 1^{er} novembre. Des diligences sont en cours pour que ces sommes soient acquittées.

Pour ce qui concerne les points d'amélioration, les informations disponibles sur le site *l'Assurance maladie en ligne* (AMELI) concernant les honoraires devraient pouvoir être mises en ligne sur le site internet de l'AP-HP. Ce n'est pas encore le cas pour tous les établissements. Pour le contrôle de la quotité de temps (20 % maximum), le renseignement des plages d'activité libérale dans les tableaux de service n'est pas encore généralisé.

Au total, 13 situations litigieuses sont en cours d'instructions complémentaires auprès des commissions locales au titre de l'année 2016. Pour l'année 2015, 8 situations ont l'objet d'une enquête préalable et ont été dénouées sans proposition de sanction.

Le dispositif réglementaire doit encore être complété par la publication des arrêtés relatifs à la forme du rapport annuel et au contenu minimal des chartes de l'exercice libéral dont devront se doter tous les établissements hospitaliers concernés. Dès publication de ces textes, la commission centrale de l'activité libérale (CCAL) publiera une version actualisée du guide de l'activité libérale à l'attention des praticiens de l'AP-HP et mènera des travaux sur contenu de la charte de l'exercice libéral à l'AP-HP.

Le D^r Christophe TRIVALLE constate que l'activité libérale a augmenté de 4,5 % en nombre d'actes en 2016 alors que l'activité globale a stagné cette année au niveau de l'AP-HP. Il invite la direction générale à solliciter les conseils des praticiens qui exercent une activité libérale afin de pouvoir identifier les voies et moyens d'augmenter l'activité publique.

Le D^r Anne GERVAIS suppose que la plupart des praticiens exerçant une activité libérale ont opté pour une quotité de temps de 20 %.

Le D^r Alain FAYE précise que les praticiens qui ont opté pour une quote-part de 10 % sont très minoritaires (moins de 10 % de l'effectif considéré).

Le D^r Anne GERVAIS souhaiterait connaître le nombre de patients non-résidents inclus dans la filière puisque ce point n'est pas relevé par le système national inter-régimes (SNIR). Par ailleurs, cette activité libérale entraîne 38 M€ d'honoraires pour 350 praticiens, soit un niveau très éloigné des émoluments des PH qui peuvent se faire rémunérer 19 jours de réduction du temps de travail (RTT). Elle souhaiterait ainsi inciter les médecins exerçant une activité libérale à basculer vers un statut qui leur permet de bénéficier de jours de RTT, éventuellement monétisables, tout en représentant un coût moindre pour l'Assurance maladie et le budget de la France en général. Elle déplore qu'il n'y ait toujours eu aucune étude sur le caractère déficitaire ou non de l'activité libérale pour l'AP-HP : la redevance devrait couvrir non seulement le temps des praticiens passé à cette activité mais aussi la logistique que l'hôpital met à leur disposition, le temps passé par les paramédicaux qui aident, le manque à gagner pour l'hôpital qui n'encaisse aucun acte ou consultation dans ce temps notamment pour les patients ambulatoires (contrairement aux RTT travaillés et payés).

Le président conçoit que les opinions puissent diverger. Cependant, la loi permet cet exercice libéral. Cette possibilité doit être respectée et un contrôle doit être effectué pour s'assurer du respect des règles.

Le P^r Dominique PRIÉ demande si c'est le temps hospitalier ou hospitalo-universitaire qui est pris en considération.

Le D^r Alain FAYE précise que ce taux se réfère au temps hebdomadaire auquel les praticiens sont astreints.

Le D^r Sophie CROZIER demande si l'activité libérale vient limiter l'accès aux soins au sein des hôpitaux, notamment en allongeant les délais de rendez-vous.

Le président rappelle que c'est l'éthique du praticien qui doit prédominer si une consultation privée vient heurter une consultation publique, notamment pour une urgence.

Le P^r Sadek BELOUCIF précise que cette question a été réglée au plan national grâce aux travaux de la *Commission LAURENT* qui concluent qu'il doit exister une équivalence d'accès entre les plages proposées par le médecin pour son activité libérale et celles proposées pour son activité publique.

Le D^r Patrick DASSIER demande si les tarifs de l'activité libérale sont désormais affichés.

Le D^r Alain FAYE précise que des contrôles ont été effectués au sein de chaque GH. Dans 99 % des cas, les tarifs sont affichés. Il reste à finaliser l'affichage des tarifs sur le site internet de l'AP-HP par transfert des tarifs affichés sur le site AMELI.

Le D^r Nathalie DE CASTRO demande si la place de l'activité libérale peut entraver l'organisation des blocs opératoires dès lors que l'activité privée est programmée et non déplaçable.

Le D^r Alain FAYE précise que c'est aux commissions locales de veiller à ces situations. Sur la question de l'isochronie d'accès au praticien entre la consultation publique et privée, notamment

en cancérologie, le débat a été tranché, comme le précise le P^f Sadek BELOUCIF : le délai d'accès à un rendez-vous en privé ne saurait être inférieur au délai moyen de l'ensemble des praticiens de l'équipe. Pour le paiement de la redevance sur les honoraires perçus des patients extra-communautaires, le D^f Alain FAYE invite les services financiers à faire préciser ce montant dans les devis préalables à l'admission de ces patients.

VI. Information sur l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2018 et avis sur l'actualisation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2018-2022

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ commente tout d'abord les prévisions d'atterrissage de l'exercice 2017. L'atterrissage s'établirait à – 174 M€ sur le compte principal et à – 134 M€ sur le résultat consolidé. La dégradation du résultat par rapport à la décision modificative s'explique avant tout par la baisse des dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et du fonds d'intervention régional (FIR) qui reculent de 50 M€ par rapport à l'ÉPRD. Les autres écarts tiennent aux dépenses des titres 2 et 3 qui n'avaient pas été modifiées dans le cadre de la décision modificative (DM) car les données à fin juin étaient cohérentes avec le budget initial. Depuis lors, une dérive de ces deux postes a été constatée et n'est pas corrélée à l'évolution de l'activité. Les charges d'amortissement majorées expliquent également cette tendance. Les comptes anticipaient un dégel du coefficient prudentiel pour 10 M€ : les dernières annonces de la ministre de la Santé laissent présager que ce dégel aurait un impact de 8,5 M€ sur les recettes.

Compte tenu de la situation financière très dégradée qui est anticipée pour 2017, l'AP-HP a construit un budget 2018 exigeant constituant la première étape d'une trajectoire pluriannuelle de retour à l'équilibre en 2022. Les hypothèses 2018 ont été construites avec les groupes hospitaliers dans le cadre des conférences budgétaires et stratégiques. Ces hypothèses s'appuient sur une maîtrise des charges, en particulier de personnel (+ 0,7 %) se traduisant par une forte contrainte sur l'évolution des équivalents temps plein (ÉTP). Cependant, le Gouvernement a décidé de décaler les revalorisations catégorielles issues des accords relatifs aux parcours professionnels, carrières et rémunérations (PPCR) et d'introduire une journée de carence, ce qui permettra de réaliser des économies sur la masse salariale. Le budget 2018 table sur une augmentation de l'activité de 2,5 %, tirée par l'ambulatoire (+ 3,2 %). La trajectoire d'investissement n'est pas impactée par l'objectif de retour à l'équilibre.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ ajoute que l'ARS et la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) ont demandé à l'AP-HP de travailler au 1^{er} semestre 2018 sur un plan de transformation et de modernisation afin de documenter la trajectoire de retour à l'équilibre. Dans ce cadre, un point de rendez-vous a été fixé en avril 2018. L'objectif est que le déficit se limite à 169 M€ en 2018. Parallèlement, la capacité d'autofinancement passerait de 100 M€ en 2017 à 168 en 2018. Le plan pluriannuel d'investissement prévoit une poursuite de la montée en charge des investissements pour continuer de moderniser et de transformer l'AP-HP avec 2,4 Md€ d'investissements prévus pour la période 2018-2022 incluant plusieurs grands chantiers bâtimentaires. L'endettement progresserait passant de 29,7 % en 2017 à 36,4 % en 2022.

M. Guy BENOÎT est frappé par l'impact de la certification des comptes sur les résultats de l'AP-HP, notamment sur la capacité d'autofinancement. Depuis 2012, la direction générale annonce un retour prochain à l'équilibre sans jamais l'atteindre. Pour ce faire, il a été demandé des efforts en matière d'efficience, des cessions ont été réalisées, l'activité a été au rendez-vous. Pourtant, le déficit devrait atteindre – 174 M€ en 2017. Des voies d'amélioration ont été présentées par le directeur général, comme l'amélioration du recouvrement mais il peine à croire que ce taux va

pouvoir s'améliorer rapidement alors qu'il n'a fait que suivre une courbe lente jusqu'alors. Pour le PGFP 2018-2022, il est annoncé une efficacité accrue, surtout sur le personnel, une augmentation d'activité de 2,5 % par an pendant 5 ans pour aboutir à un taux de marge brut de 3,1 % en 2018, alors qu'il était de 5,9 % en 2013 et 4,99 % en 2015, et un endettement colossal en 2022. Sur la base de ces éléments, il faut se demander s'il ne serait pas plus raisonnable de reconnaître que ces objectifs sont intenables et que l'AP-HP sera en faillite en 2022.

Le D^r Jean-Marc NACCACHE s'enquiert de la part que représente le déficit de 174 M€ en 2017 dans le budget global de l'AP-HP. Dans son groupe hospitalier, il a été demandé aux praticiens de limiter leur activité et de prendre leurs jours de RTT, ce qui joue peut-être dans la tendance observée.

Le D^r Patrick DASSIER s'enquiert des efforts qui seront demandés en 2018 en précisant le volume en montant ou en nombre de postes.

Le D^r Christophe TRIVALLE rappelle qu'il avait demandé, lors de la réunion de la CME ayant conduit à présenter la DM, si un budget pessimiste avait été élaboré et que la direction avait répondu qu'il n'y avait pas de budget caché. Il suggère à l'avenir que les budgets incluent une hypothèse haute et une hypothèse basse en plus d'une projection moyenne.

Le directeur général souligne que, au vu de l'ampleur de son budget, il n'est pas surprenant que la certification des comptes emporte des ajustements de ce montant. Par ailleurs, l'AP-HP ne fait pas face à une situation de surendettement massif. Il était demandé à l'AP-HP d'être en dessous d'un seuil d'endettement de 30 %. Désormais, ce seuil est un peu franchi mais l'AP-HP ne flirte pas avec un taux d'endettement de 50 %. Beaucoup d'hôpitaux présentent des endettements bien plus importants. Entre 2002 et 2006, l'AP-HP est passée brutalement d'un endettement de 1 Md€ à 2,4 Md€. Depuis, ce niveau est globalement stable. Aujourd'hui, il est préférable d'aller chercher un peu d'endettement – en particulier dans un contexte de taux d'intérêts faibles – plutôt que de limiter les investissements. Enfin, la courbe des cessions n'est pas irraisonnée : les prévisions de cessions sont réalistes.

La direction doit prendre ses responsabilités en optant pour un budget qui lui paraît fondé. Une prévision d'activité de 2,5 % sera un objectif difficile à atteindre, mais cette ambition n'est pas irréaliste. Si l'activité s'éloigne de cette cible courant 2018, alors les dépenses seront revues à la baisse, notamment les dépenses de personnel.

Même les années où certains ont eu le sentiment d'améliorer l'efficacité, les effectifs de personnel médical (PM) (hors juniors) ont augmenté chaque année. Les hypothèses tablent aujourd'hui sur une stabilité des effectifs de médecins seniors. Pour les autres personnels (soignants, administratifs, etc.), présenter une évolution de masse salariale de 0,7 % représente 600- 700 emplois chaque année en équivalents temps plein (ÉTP). Cette projection ne signifie pas que 600- 700 emplois seront supprimés chaque année, car la masse salariale inclut également des heures supplémentaires, des personnels temporaires et des remplacements, entre autres. L'AP-HP a connu des années où ses effectifs diminuaient de 1 000 postes par an. Si l'activité progresse, l'équation sera plus facile à résoudre. En revanche, si l'activité n'est pas au rendez-vous, l'AP-HP devra fournir un effort plus conséquent. L'évolution des effectifs devra aussi préserver l'équilibre entre les effectifs médicaux et soignants.

Le président remercie la direction générale pour les efforts fournis mais, en tant que président de la CME, il ne peut pas appeler à voter favorablement le PGFP. La communauté médicale ne peut pas cautionner les budgets qui sont proposés. Il souhaite que des choix politiques soient faits. Il suggère en conséquence de voter une motion.

Le président donne lecture de la motion qu'il propose au vote de la CME.

« La commission médicale d'établissement de l'AP-HP constate que la contrainte budgétaire imposée depuis 10 ans se fait encore plus pesante. Les exigences de nos tutelles amènent à nous demander de réaliser 757 M€ d'efficience en 5 ans, dont 144 sur les effectifs de personnels. Même si les perspectives d'investissements, considérées comme insuffisantes, restent préservées au prix d'un accroissement de l'endettement, les dotations pour les missions d'intérêt général et les activités de référence sont réduites de 20 M€ alors qu'elles étaient déjà sous-financées (précarité, bactéries multirésistantes, maladies rares...). L'AP-HP remplit aussi sans faillir les missions de soins de proximité auprès de tous. La réduction des effectifs soignants rend irréaliste l'objectif d'un accroissement permanent de l'activité et dégrade la qualité de vie au travail. Cela fait courir un risque réel pour la sécurité et la qualité des soins dont nous sommes les garants. Tout en reconnaissant les efforts de la direction générale, la CME émet donc un avis défavorable sur le PGFP. »

À l'unanimité, la CME approuve la motion et émet un avis défavorable au plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2018-2022.

VII. Concertation sur la révision des effectifs 2018 de praticiens hospitaliers

M^{me} PICHON-NAUDÉ rappelle que la révision des praticiens hospitaliers 2018 s'inscrit dans une procédure semblable à celle des deux années passées avec des objectifs consistant à promouvoir et titulariser de jeunes praticiens en tenant compte des priorités des projets médicaux des GH et de l'institution, à favoriser les réorganisations médicales au sein des GH mais également entre les GH, et à poursuivre la politique de titularisation dans l'institution. Le prélèvement de l'enveloppe des 0,4 % de la masse salariale des personnels médicaux seniors est reconduit pour garantir le respect des engagements de la CME puisque quelques postes empruntés restaient à restituer et pour assurer le financement de priorités institutionnelles.

Au démarrage du processus, 320 demandes de postes ont été présentées par les GH et hôpitaux hors GH. À l'issue des groupes restreints, 226 postes ont été classés A, 91 postes B, et 3 postes C. À l'issue du bureau élargi, 312 postes sont classés A, 4 B, 3 C, et un poste a été retiré. Ces postes concernent notamment des disciplines en tension (37 postes d'anesthésistes-réanimateurs, 29 pour les services d'accueil des urgences (SAU), d'aide médicale urgente (SAMU) et les services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR), 3 en odontologie, 19 en gériatrie, 2 postes de pédiatre affectés en unités de néonatalogie et 27 postes de radiologue).

Le président remercie les GH pour l'important travail qu'ils ont réalisé, ainsi que les collégiales. Il remercie également la direction générale et la DOMU d'avoir apporté leur appui à la révision des effectifs et permis d'aider les disciplines en tension. Il se félicite du résultat de la révision des effectifs grâce aux efforts de tous.

VIII. Questions diverses

1. Happytal

Le D^r Jean-Marc NACCACHE indique que la conciergerie *Happytal* est en cours de déploiement à l'hôpital Tenon. Il se réjouit de cette initiative mais constate que des personnels de cette société entrent dans les chambres des patients pour obtenir leur consentement en vue de faire payer les chambres individuelles par leurs mutuelles. Il souhaite comprendre pourquoi cette tâche administrative est déléguée à un prestataire privé. Il estime que faire entrer un acteur tiers dans les chambres de malades fragilisés par leur maladie et leur hospitalisation pose question. Il souhaite comprendre quel est le gain attendu en réalisant cette opération. Par ailleurs, les

chambres individuelles ne sont pas forcément un choix des patients dès lors où l'hôpital où ils sont accueillis propose essentiellement des chambres isolées. Le risque, si les mutuelles endossent cette charge, est que les tarifs des mutuelles augmentent, ce qui pénalisera l'ensemble de la société française.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ confirme que *Happytal* est un service de conciergerie en expérimentation sur le périmètre des hôpitaux universitaires de l'Est parisien (HUEP) depuis 2017. Une quinzaine d'hôpitaux hors AP-HP utilisent déjà ces services pour améliorer la qualité de service auprès des patients et du personnel. C'est également un soutien supplémentaire pour les recettes de l'hôpital. Le soin de recueillir le consentement des patients en vue que la mutuelle paie le supplément chambre individuelle est confié à *Happytal*. Ces recettes ne sont pas négligeables dans le contexte financier actuel (plus de 15 M€). Puisque les patients paient des cotisations pour leurs frais de santé, il n'est pas illogique que ces mutuelles soient mises à contribution. Une évaluation de ce service sera effectuée avant de décider de l'opportunité d'en étendre le périmètre.

Le D^r Nathalie DE CASTRO demande si la satisfaction des patients qui n'ont pas de mutuelle sera également sondée.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ rappelle que ces patients ne sont pas facturés. Seule la mutuelle est sollicitée.

Le D^r Jean-Marc NACCACHE souligne que le patient peut indiquer qu'il opte pour la chambre individuelle même s'il n'a pas de mutuelle. Dans ce cadre, il aura à acquitter ce supplément.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ le confirme si tel est son choix.

Le D^r Jean-Marc NACCACHE s'étonne plus globalement que l'AP-HP laisse des tierces personnes entrer dans les chambres des patients, alors que ces interventions pourraient les conduire à initier des démarches commerciales. Il souhaiterait que les patients puissent engager eux-mêmes la démarche en se rendant sur le stand *Happytal* mais propose d'interdire aux salariés de cette société d'entrer dans les chambres.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ ajoute que le recueil du consentement est une question parmi d'autres qui est posée aux patients.

Le D^r Anne GERVAIS s'enquiert du chiffre d'affaires collecté par *Happytal* et souhaite qu'une présentation en soit faite à la sous-commission *Activité, ressources*.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ souligne que le recul n'est pas suffisant. Cependant, cette information pourra être présentée dans le cadre du bilan de l'expérimentation.

Le directeur général indique que le projet consiste à se tourner vers les mutuelles des patients afin de leur faire endosser le coût de la chambre individuelle. Les mutuelles prélèvent des cotisations auprès de leurs adhérents et il estime logique que les coûts liés à la chambre individuelle soient supportés par les mutuelles plutôt que par l'hôpital. Il ne voit pas pourquoi l'hôpital aurait la pudeur de faire payer les mutuelles. De plus, les mutuelles ne font pas baisser le montant de leurs cotisations car elles n'endossent pas ces factures. Il est disposé à mettre en balance cette décision face à la baisse des dépenses médicales.

Le D^r Anne GERVAIS déplore ce chantage.

Le directeur général objecte qu'il ne s'agit pas d'un chantage. La question est de savoir si la communauté préfère que des ressources soient identifiées en sollicitant plus fortement les mutuelles ou si celle-ci préfère accepter un effort supplémentaire sur les dépenses médicales.

2) Récupération des plastiques à l'AP-HP

Le P^r Jean-Pierre LOTZ a souhaité savoir s'il existait un programme de récupération des plastiques. Le D^r Christian GUY-COICHARD, qui représente la CME à la commission *Développement durable* de l'AP-HP, lui a répondu par la négative. Il n'existe pas non plus de programme de tri mais des GH ont commencé à réfléchir au tri sélectif des déchets, qui constitue une priorité d'action du plan de développement durable de l'AP-HP.

Le D^r Thomas SCHOUMAN ajoute que des GH ont mis en place des politiques de récupération de plastique, mais ces politiques demeurent des initiatives locales. Parfois, ces initiatives se sont heurtées à la volonté de la direction des sites et GH puisque ces mesures nécessitent quelques investissements.

3) Engagement des GH dans la mise en œuvre du plan dit « ressources humaines – personnel médical » (RHPM)

Le P^r Rémi SALOMON indique que beaucoup de praticiens méconnaissent encore le plan RHPM. Les sous-commissions *Vie hospitalière* (CVH) locales doivent travailler activement et être reconnues. Le management des équipes médicales reste un vrai sujet et beaucoup de chemin reste à parcourir. Il invite les responsables à mieux faire connaître ces instances.

IX. Approbation du compte rendu de la CME du 7 novembre 2017

Le compte rendu de la réunion du 7 novembre 2017 est adopté.

La séance est levée à 19 heures 35.