

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 6 DÉCEMBRE 2016**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 10 JANVIER 2017**

SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME	6
II. Avis sur la désignation des 4 représentants de l'AP-HP au comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSB)	9
III. Avis sur le programme d'action 2017-2020 de l'AP-HP pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) 2017-2020	10
IV. Rapport annuel 2015 de la commission centrale de l'activité libérale de l'AP-HP	11
V. Rapport du groupe de travail sur les soins palliatifs et de support en oncologie à l'AP-HP	13
VI. Information sur la situation budgétaire à fin septembre 2016 et sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) 2017 et avis sur l'actualisation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2017-2021	16
VII. Projet médical du groupe hospitalier (GH) <i>Hôpitaux universitaires de l'Est parisien</i> (HUEP)	19
VIII. Avis sur des modifications de pôle dans le GH HUEP	21
IX. Avis sur la proposition du directeur général de l'AP-HP pour la révision 2017 des effectifs de praticiens hospitaliers	22
X. Approbation du compte rendu de la CME du 8 novembre 2016	23

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Avis sur la désignation des 4 représentants de l'AP-HP au comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP) (P^r Noël GARABÉDIAN)
3. Avis sur le programme d'action 2017-2020 de l'AP-HP pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) 2017-2020 (P^r Christian RICHARD, D^r Marie-Laure PIBAROT)
4. Rapport annuel 2015 de la commission centrale de l'activité libérale de l'AP-HP (D^r Alain FAYE)
5. Rapport du groupe de travail sur les soins palliatifs et de support en oncologie à l'AP-HP (P^r Christophe TOURNIGAND, D^{rs} Pascale VINANT et Florian SCOTTÉ)
6. Information sur la situation budgétaire à fin septembre 2016 et sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) 2017, et avis sur l'actualisation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2017-2021 (M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ)
7. Projet médical du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires de l'Est parisien* (HUEP) (P^r Bertrand GUIDET, M. Pascal DE WILDE)
8. Avis sur des modifications de pôle dans le GH HUEP (P^r Paul LEGMANN)
9. Avis sur la proposition du directeur général de l'AP-HP pour la révision 2017 des effectifs de praticiens hospitaliers (M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ, P^r Thierry BÉGUÉ)
10. Questions diverses
11. Approbation du compte rendu de la CME du 8 novembre 2016

SÉANCE RESTREINTE

Composition B

- Avis sur la mobilité hospitalière d'un MCU-PH

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix délibérative :***

- M^{me} le P^r Nelly ACHOUR
- M. le P^r René ADAM
- M. le P^r Joël ANKRI
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P^r Thierry BÉGUÉ
- M. le P^r Sadek BELOUCIF
- M. le D^r Guy BENOÎT
- M. le P^r Olivier BENVÉNISTE
- 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 Christophe CELLIER
- M. le P^r Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^r Yves COHEN
- M. le P^r Philippe CORNU
- 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^{me} le P^r Marysette FOLLIGUET
- M. Michaël FONTUGNE
- M. le P^r Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS
- 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} le P^r Dominique ISRAËL-BIET
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M^{me} le P^r Dominique LE GULUDEC
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M. le P^r Laurent MANDELBROT
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M^{me} le D^r Isabelle NÈGRE
- M. Stefan NERAAL
- M. le P^r Rémy NIZARD
- M. le D^r Antoine PELHUCHE
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M. le P^r Michel PEUCHMAUR
- M^{me} le D^r Élisabeth PORSMOQUER
- 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. le P^r Rémi-Henri SALOMON
- M. le D^r Thomas SCHOUMAN
- M. le P^r Éric THERVET
- M. le P^r Nicolas THIOUNN
- M. le D^r Denis TIXIER
- M. le P^r Jean-Marc TRÉLUYER
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Noël ZAHR

- ***avec voix consultative :***
 - M. Martin HIRSCH, directeur général
 - M. le P^f Bruno RIOU, président de la conférence des doyens d'Île-de-France
 - M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
 - M. le P^f Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène

- ***en qualité d'invités permanents :***
 - M^{me} Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
 - M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

- ***les représentants de l'administration :***
 - M^{me} Sophie BENTÉGEAT, directrice des patients, usagers et associations
 - M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
 - M. Marc DUPONT, adjoint à la directrice des affaires juridiques
 - M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
 - M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
 - M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
 - M^{me} Florence VÉBER, déléguée aux relations internationales
 - M^{me} Amélie VERDIER, secrétaire générale
 - M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)

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

- ***Représentante de l'ARSIF :***
 - M^{me} Catherine BROUTIN-PILOLOT

- ***Membres excusés :***
 - M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Yves AIGRAIN, Philippe ARNAUD, Catherine BERNARD, Catherine BOILEAU, Françoise BOTTEREL CHARTIER, Jean-Claude CAREL, Pierre CARLI, Gérard CHÉRON, Rémy COUDERC, Sophie CROZIER MORTREUX, Jean-Luc DUMAS, Jacques DURANTEAU, Alain FAYE, Christian GUY-COICHARD, Olivier HÉLÉNON, Olivier HENRY, Michel LEJOYEUX, Roberta LORENZON, Louis MAMAN, Véronique MOLINA, Julie PELTIER, Valérie PÉRUT, Philippe RUSZNIEWSKI, Jean-Michel SCHERRMANN, Namik TARIGHT, Michel ZÉRAH
 - M^{me} Anne-Sophie BOURREL, Sophie GUILLAUME, Anna KARIMOVA, Caroline RAQUIN, Françoise ZANTMAN. MM. Yann FLÉCHER, Jules GREGORY

La séance est ouverte à 16 heures 40, sous la présidence du P^r Noël GARABÉDIAN.

I. Informations du président de la CME

Mouvements à la CME

Le D^r Julien LENGLET a été nommé à l'hôpital d'Argenteuil et quitte donc la CME où il siégeait en tant que chef de clinique dans le collège des personnels hospitalo-universitaires non titulaires. En l'absence de suppléant, la DOMU doit organiser une élection partielle début 2017. Le président insiste sur la nécessité de susciter des candidatures dans ce collège afin de ne pas avoir à refaire de nouvelles élections partielles au cours du mandat de la CME. Il faut aussi susciter des candidatures pour pourvoir les postes vacants des représentants des étudiants en odontologie, pharmacie et maïeutique.

Le président souhaite la bienvenue à M. Jean-Vincent LAQUA, étudiant en 4^e année de médecine à l'Université Paris Sud, et le remercie pour son investissement dans la vie institutionnelle de l'AP-HP. Il remplace M^{me} Marion TEULIER dans le collège des étudiants en médecine.

Suivi du plan d'action pour la prévention, la détection et le traitement des situations à risques ou conflictuelles

La ministre de la Santé, M^{me} Marisol TOURAINE, vient de présenter une « Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail ». Elle s'inspire largement du plan d'action pour la prévention, la détection et le traitement des situations individuelles complexes ou à risques adopté par la CME de l'AP-HP.

Vie de la CME

La sous-commission *Formation et communication* de la CME lance deux groupes de travail sur des sujets stratégiques : un comité du développement professionnel continu (DPC), présidé par le P^r Jean-Yves ARTIGOU, et Un groupe de travail Relations hôpital – Université, animé par le P^r Michel LEJOYEUX.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU indique que le comité du développement professionnel continu qui dépend de la sous-commission Formation et Communication de la CME a tenu sa première réunion le mardi précédant cette CME. Plusieurs axes de travail ont été définis, parmi lesquels : la mise en place d'un programme de management pour les nouveaux chefs de service dans le cadre du plan RH-PM, la prise en charge de la formation réglementaire à la radioprotection du personnel et la possibilité d'ouvrir certains séminaires à un public extérieur à l'AP-HP pour en élargir l'audience et compléter les ressources.

La sous-commission *Vie hospitalière (CVH)* et la DOMU ont poursuivi leurs travaux sur la charte du management médical et le guide d'entretien annuel individuel conformément aux préconisations du plan d'action pour la prévention, la détection et le traitement des situations individuelles complexes ou à risques. Ils seront présentés à la CME de janvier.

Assises hospitalo-universitaires de Toulouse

Les assises réuniront les conférences des doyens, des présidents de CME et des directeurs généraux de CHU les 8 et 9 décembre. Elles auront un relief particulier à la veille des échéances électorales nationales de 2017. Elles seront l'occasion de deux débats importants. Le premier concerne l'avenir des statuts médicaux. Le système instauré en 1958 s'effrite et une réflexion devient indispensable pour assurer l'avenir du secteur public hospitalier et des CHU. Le second débat doit nous amener à mieux articuler les rôles complémentaires du CHU et du CH&U dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT), la politique hospitalière ne pouvant pas se faire sans le CHU.

Comité scientifique et éthique de l'entrepôt de données de santé (EDS)

Sa composition est en cours de finalisation et sera prochainement mise en ligne sur le site de la CME.

Groupes de travail

Le président a confié au P^r Jean-Claude MELCHIOR, président du comité central de liaison en alimentation et nutrition (Clan), l'animation d'une réflexion sur les troubles du comportement alimentaire. L'objectif est de rendre plus lisible l'offre de soins de l'AP-HP et les filières de soins en matière de prise en charge de l'anorexie et de la boulimie. Un rapport est attendu pour fin juin 2017 et sera présenté à la CME.

Le P^r Pierre ESCOURROU, consultant dans le service d'explorations fonctionnelles multidisciplinaires de l'hôpital Antoine-Béclère, est chargé d'animer un groupe de travail sur la prise en charge des troubles du sommeil à l'AP-HP.

Hôpital Paul-Doumer

Comme beaucoup de structures gériatriques, l'hôpital Paul-Doumer compte plusieurs praticiens attachés associés (PAA) qui permettent à l'hôpital de fonctionner. Pour obtenir leur autorisation d'exercice, ils doivent effectuer des stages hospitaliers dans des services agréés de spécialité, mais ont des difficultés à en trouver (notamment en pédiatrie et gynécologie) ; le président sollicite la solidarité des services de gynécologie et de pédiatrie de l'AP-HP pour les accueillir en stage.

Agenda

À l'initiative du P^r Jean-Claude CAREL, la seconde conférence Guy SEBAG aura lieu à Robert-Debré le 16 décembre sur le thème de l'imagerie cérébrale du grand prématuré. Elle sera présentée par le P^r Petra HÜPPI, chef du service du développement et de la croissance des hôpitaux universitaires de Genève.

La cérémonie de vœux de la maire de Paris aux services publics parisiens est programmée le 10 janvier à 16h30 au moment même où se déroulera la CME. Les membres de la CME ne pourront donc pas y participer.

Informations du directeur général.

Hôpital Nord

Le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) se réunit le 13 décembre 2016 pour rendre un avis sur le projet *Hôpital Nord*. Le protocole d'accord avec les partenaires et la ville de Saint-Ouen devrait ensuite être signé d'ici la fin de l'année.

Prise de rendez-vous en ligne

Le projet de prise de rendez-vous en ligne entre en phase opérationnelle en commençant par l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) ; les patients pourront prendre des rendez-vous dès cette semaine et le projet sera déployé progressivement dans chaque groupe hospitalier après une année de préparation.

Entrepôt de données

Le travail effectué avec la CME, et dont la charte a été approuvée par la CME au mois de septembre devrait aboutir à l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) en début d'année 2017.

France génomique 2025

L'AP-HP prépare sa réponse à l'appel France génomique 2025, avec la participation de l'Institut Curie, de l'institut Gustave-Roussy et des instituts hospitalo-universitaires (IHU). Ce projet réunit les principaux acteurs du domaine et s'avère de grande qualité. Il consolide le projet de soins de l'AP-HP et résulte de travaux conséquents sur les plans technique et scientifique.

Dépakine

Une démarche inédite est lancée sous l'égide des travaux scientifiques conduits par le P^r Philippe RAVAUD. Elle consiste en l'envoi aux 12 000 médecins de l'AP-HP d'un questionnaire sur l'application des recommandations édictées par les autorités de santé sur ce médicament et la conformité de leurs pratiques. L'enquête est menée auprès de tous les médecins et les résultats sont anonymisés. Début 2016, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a déterminé le nombre de mères exposées à ce produit. Les premiers éléments de réponse ne sont pas entièrement positifs pour différentes raisons. Il semble utile, dans ce cas particulier, d'étudier le taux de pénétration des recommandations et les raisons matérielles pour lesquelles elles ne sont pas respectées. Au regard de l'importance du sujet, il est essentiel d'obtenir un taux de réponse élevé pour assurer la crédibilité de la démarche. L'AP-HP doit être en mesure de dresser l'état des lieux de ses pratiques et d'apporter les correctifs nécessaires.

Assises hospitalo-universitaires et plan global de financement pluriannuel (PGFP)

La direction générale tente de préserver l'avenir de l'AP-HP, tant en termes d'effectifs médicaux et non médicaux que d'investissement. Elle affiche des ambitions dans ces deux domaines pour

assurer la dynamique de son activité, la poursuite de ses missions et préparer l'avenir dans les meilleures conditions d'accueil et de prise en charge des patients. Ce cadre présente des défauts notamment en matière d'attractivité, de souplesse et d'équité. Dans ce contexte, il importe de réfléchir aux évolutions cohérentes avec les activités hospitalo-universitaires. Le directoire s'engage dans ces sujets, sans exclure une éventuelle révision des statuts. L'enjeu est d'éviter de cibler le changement sur une catégorie du personnel pour au contraire définir des propositions d'évolution portées par le collectif de l'AP-HP.

Le P^r Clara Bouché demande si les représentants des différentes catégories professionnelles seront associés à la réflexion portant sur l'évolution de leur profession. .

Le président invite la direction générale à transmettre les informations relatives à la *Dépakine* à la cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU) pour assurer leur relais au niveau des cellules locales. Il soutient par ailleurs l'ouverture d'une réflexion globale sur l'évolution de l'AP-HP.

Rappelant que les réunions de concertation pluridisciplinaire de la *Dépakine* ont été modifiées il y a près de dix ans, **le P^r Jean-Marc Tréluver** suggère de revoir l'ensemble des circuits de la pharmacovigilance à l'AP-HP.

Le président exprime son accord avec le P^r Tréluver et invite la sous-commission *Recherche* à se mettre en rapport avec la cellule QSS & CAPCU.

II. Avis sur la désignation des 4 représentants de l'AP-HP au comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP)

Le président rappelle que CRMBSP coordonne les activités de recherche menées dans le CHU, les universités et l'INSERM. Chacun de ces trois partenaires est représenté par 4 membres dont le mandat est de deux ans renouvelable une fois.

Les représentants de l'AP HP sont désignés conjointement par le directeur général et le président de la CME, après avis du directoire et de la CME.

Le directoire propose de renouveler les 4 personnes désignées en octobre 2014 :

- P^r Sylvie BASTUJI-GARIN (santé publique, Henri-Mondor) ;
- P^r Jean-Charles DUCLOS-VALLÉE (hépatologie, Paul-Brousse) ;
- P^r Bertrand FONTAINE (neurologie, Pitié-Salpêtrière), président du CRMBSP et vice-président recherche du directoire ;
- P^r Jérôme LARGHERO (pharmacie, Saint-Louis).

La CME approuve ces désignations à l'unanimité.

III. Avis sur le programme d'action 2017-2020 de l'AP-HP pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) 2017-2020

Le P^r Christian RICHARD rappelle que l'AP-HP décline le programme national à travers plusieurs structures : plan stratégique, projet de soins, projet médical, projet risques et qualité et projet de prise en charge des patients. Pour plus d'efficacité, il serait utile de coordonner ces différents acteurs.

La loi *Hôpital, patients, santé, territoires* (HPST) a ouvert la première étape du programme de QSS & CAPCU en partenariat avec la DOMU, pour la période 2012-2016 avec un nombre limité d'objectifs et d'actions et des indicateurs simples, dans le cadre d'une démarche médicale et paramédicale. Les résultats obtenus ces dernières années sont majeurs et doivent être amplifiés. Ainsi, une cellule QSS & CAPCU, présidée par le président de la CME, se réunit mensuellement et dix axes prioritaires ont été définis (cf programme QSS-CAPCU 2012-2016 accessible sur le site de la CME).

Les grands principes du plan d'action QSS- CAPCU 2017-2020 sont les suivants :

- une implication effective de la gouvernance ;
- une implication dans le processus d'élaboration de l'ensemble des équipes qualité, sécurité des soins des GH ;
- un travail conjoint de l'ensemble des personnels médicaux, paramédicaux, patients/usagers, directions ;
- une articulation étroite avec la certification et les démarches qualité réglementaires.

Des thématiques générales et spécifiques ont été retenues pour les prochaines années (cf programme QSS-CAPCU 2017-2020 accessible sur le site de la CME). À partir de celles-ci le programme fixe des objectifs concernant en particulier la représentation des usagers, la formation et la valorisation des soignants et la coordination des multiples acteurs impliqués :

- concernant les représentants des usagers il s'agit de décliner au niveau de l'AP- HP les missions imparties par la loi aux commissions des usagers et de les inciter d'autre part à être des acteurs impliqués dans les instances représentatives telles que CLIN, COVIRIS, etc...
- concernant la formation, il s'agit de définir un plan de formation au niveau des GH reposant sur des outils désormais classiques comme le e learning et la communication. La formation à propos de la déclaration et l'analyse des événements indésirables graves (ÉIG) ainsi que celle concernant la check-list au bloc opératoire seront privilégiées. En matière de valorisation l'accent sera mis sur l'élaboration de projets de recherche clinique et d'évaluation,
- concernant la coordination des différents acteurs une attention particulière sera portée aux sujets suivants :
 - directives anticipées et accès aux soins palliatifs et de support (direction des patients, usagers et associations [DPUA]),
 - raisonnement clinique partagé (direction des soins et des activités paramédicales [DSAP]),
 - médicament (commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles [COMÉDIMS),

- qualité de vie au travail et qualité/sécurité des soins (sous-commission *Vie hospitalière*)
- certification (comité certification)

En conclusion, **Le P^r Christian RICHARD** indique que sous l'impulsion de son président, la CME a pris conscience de l'importance de la QSS & CAPCU

Ainsi la CME :

- à la volonté d'être l'interlocuteur des multiples acteurs institutionnels impliqués sur ces thématiques,
- souhaite développer une communication partagée au bénéfice des patients, des soignants et des représentants des usagers,
- développe son action en étroite collaboration avec les GH.

Et enfin est très demandeuse d'un système d'information au service de la QSS & CAPCU.

Le président remercie le P^r RICHARD et le D^r PIBAROT, ainsi que l'ensemble des membres de la cellule QSS & CAPCU pour le travail considérable qu'ils accomplissent. Il souligne que la cellule renforce ses liens avec les responsables médicaux locaux de la QSS & CAPCU qui ont été invités à échanger sur le plan d'action. Une fois par an, les usagers sont également invités.

Pour assurer ce relais, **P^r Philippe GRENIER** souligne l'importance du rôle de la présidence de la CME. La cellule QSS & CAPCU joue un rôle politique et le partage d'expériences doit être organisé au niveau central.

Le P^r Christian RICHARD atteste d'une démarche prospective tenant compte des positions des représentants qualité et sécurité des soins des GH et des représentants des usagers.

Le P^r Paul LEGMANN souligne également le rôle des chefs de pôle et des chefs de service dans les GH : les conférences de pôle, consacrées à ces sujets doivent se tenir deux fois par an.

Le P^r Christian RICHARD précise que d'après les représentants qualité et sécurité des soins des GH, le sujet est surtout traité au niveau des services. La communication doit être diffusée auprès de l'ensemble des praticiens hospitaliers.

IV. Rapport annuel 2015 de la commission centrale de l'activité libérale de l'AP-HP

Le D^r Alain FAYE rend compte du rapport annuel 2015 de la commission centrale de l'activité libérale (CCAL) de l'AP-HP : 25 nouveaux contrats sont signés par des praticiens, 83,4 % sont souscrits pour 20 % du temps. Ils concernent 7 % des titulaires, 19 % des PU-PH et 3 % des PH. 60 contrats sont signés à la Pitié-Salpêtrière et 6 à Robert Debré. Ils représentent 11 % des praticiens éligibles en médecine, 45 % des praticiens en chirurgie et 13 % en radiologie et médecine nucléaire. Les honoraires et redevances correspondants s'élèvent 9,325 M€ en 2015, soit une hausse de 8 % par rapport à 2014. Le chiffre d'affaires moyen annuel par praticien s'élève à 108 880 €. En matière de contrôle du volume, de sincérité des déclarations et de contrôle des

redevances, les progrès sont notables et les écarts minimes. Des rappels écrits ont été adressés aux praticiens. Les points perfectibles sont le contrôle de l'information sur les honoraires et celui de la quotité de temps. En conclusion, le dialogue se poursuit avec la DOMU et les CLAL. Les contrôles sont exhaustifs, le rapport annuel a été présenté dans les temps et les missions de la commission locale d'activité libérale (CCAL) doivent être définies pour l'avenir en lien avec les présidents des commissions locales.

Le P^r Bertrand GUIDET s'enquiert des règles qui s'appliquent aux radiologues.

Le D^r Alain FAYE répond qu'outre les règles générales de la redevance, les radiologues sont soumis aux obligations de service. Des objections sont possibles sur cette base. Le chef de service organise l'activité libérale éventuelle du service pour ne pas déstabiliser l'équilibre des équipes et pour assurer l'accès du service public.

Le D^r Anne GERVAIS déduit de ces chiffres que l'exercice libéral n'est pas un facteur d'attractivité pour les praticiens du secteur public, y compris dans les spécialités dans lesquelles le recrutement est tendu. Elle s'interroge par ailleurs sur le coût réel de l'activité libérale pour l'AP-HP, qu'elle estime supérieur aux bénéfiques lorsque qu'on prend en compte la masse salariale couvrant le temps d'exercice libéral, le non perçu des actes et consultations effectués en libéral sans qu'il y ait de marges pour couvrir les charges indirectes (ménage, gardiennage, travail administratif etc...) ou les coûts salariaux des paramédicaux qui peuvent aider au développement de l'activité libérale. Elle propose une étude coût bénéfice pour préciser cela. Enfin, elle signale des contradictions dans le rapport qu'il convient de modifier avant diffusion : il mentionne 21 MCU-PH et 98 PH page 21 contre 13 et 94 dans le tableau page 7 et Paris Sud disparaît du tableau page 7, alors que la Seine-Saint-Denis y figure deux fois.

Le D^r Alain FAYE s'engage à corriger ces erreurs.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si les praticiens réalisent 50 % de leur activité hospitalière en libéral sur les 20 % de temps maximum qu'ils ont le droit d'y consacrer.

Le D^r Alain FAYE le confirme ; l'activité publique d'un praticien inclut non seulement le soin, mais aussi des activités comme les visites, la recherche, les échanges...

Le D^r Nathalie DE CASTRO demande si une réflexion est ouverte sur l'encaissement de l'activité libérale par l'hôpital et sa redistribution aux libéraux.

Le D^r Alain FAYE répond que les libéraux sont attachés à la perception directe des honoraires. Certains acceptent de les recevoir par l'intermédiaire de l'hôpital. Ce mode de rémunération était un moyen de contrôle, mais les relevés du système national inter-régimes (SNIR) ont accru la transparence. Avec la télétransmission, cette question pourrait devenir obsolète.

V. Rapport du groupe de travail sur les soins palliatifs et de support en oncologie à l'AP-HP

Le D^r Florian SCOTTÉ rappelle que les soins de support sont l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, conjointement aux traitements spécifiques. Le groupe de travail a extrait d'une enquête nationale réalisée en 2014, les résultats basés sur le déclaratif des cohortes de médecins et patients interrogés concernant l'AP-HP. Son organisation des soins de support, à travers le nombre de services dédiés et une organisation transversale, est un point fort par rapport aux autres établissements hospitaliers français. Le taux de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), en revanche, est légèrement inférieur au taux national. La représentation des soins au niveau des médecins et des patients est orientée sur l'accompagnement nutritionnel, psychologique, social et palliatif. Les faiblesses de l'AP-HP sont un défaut de recours à des unités d'algologie, un défaut de proposition de consultations d'annonce et un défaut de contact avec le médecin traitant.

Les axes d'amélioration de l'AP-HP sont triples :

- information ;
- dépistage des besoins ;
- offre de prise en charge des soins oncologiques de support.

Une plaquette d'information à l'intention des professionnels et des patients et une fiche de dépistage des besoins en soins de support à compléter lors de l'annonce et des phases critiques du parcours de soin ont été réalisées. Le travail sur la valorisation financière reste en revanche à finaliser. Les autres axes d'amélioration sont un accès plus précoce aux soins de support (dès le diagnostic), que la maladie soit à un stade localisé comme avancé, l'affirmation de l'importance de l'annonce, l'identification des équipes, le renforcement du lien avec la ville et la lutte contre la douleur. Enfin, des axes d'amélioration plus conséquents sont la création d'une organisation spécifique de coordination des soins de support et d'une démarche qualité des établissements du groupe AP-HP.

Le D^r Pascale VINANT souligne qu'il existe de nombreuses preuves de l'efficacité des soins palliatifs précoces pour améliorer la qualité de vie des patients avec un cancer non curable avec un effet positif sur la quantité de vie. Ces preuves ont abouti à des *guidelines* récentes de l'*American society of clinical oncology* (Asco) recommandant le soin palliatif précoce pour les patients avec un cancer en phase avancée. Par conséquent, les soins palliatifs spécialisés en cancérologie ne sont plus réservés à la fin de vie, mais doivent s'intégrer précocement pour les patients en situation d'incurabilité.

En France, le plan de développement national des soins palliatifs 2015-2018 et la loi LÉONETTI-CLAEYS de 2016 rendent nécessaire de :

- structurer le processus décisionnel en phase avancée de maladie ;
- développer les discussions anticipées de fin de vie ;
- penser le parcours de soins du patient et y développer les prises en charge de proximité ;
- renforcer les dimensions formation, enseignement, recherche.

Dans la déclinaison du plan cancer à l'AP-HP, il est noté le retard de l'AP-HP en matière de soins palliatifs et le rôle crucial des équipes mobiles de soins palliatifs (ÉMSP) pour la qualité des soins et les parcours des soins.

À l'AP-HP, on dénombre 4 623 décès par cancer par an sur un total de 14 239 décès. L'AP-HP propose une offre de soins palliatifs complète avec 8 unités de soins palliatifs pour 109 lits, 175 lits répartis dans les différents services, 31 équipes mobiles et une hospitalisation à domicile (HàD) habilitée en soins palliatifs. L'activité de soins palliatifs est importante avec 5 270 séjours en groupes homogènes de malades (GHM) soins palliatifs et 1 374 séjours en HàD et bien valorisée financièrement.

De nombreuses structures de soins palliatifs sont en situation de tension extrême en raison d'un écart important entre les recommandations et les effectifs actuels. Il en résulte :

- un risque de perte de qualité de vie pour les patients ;
- un risque de trajectoire de fin de vie chaotique et obstination déraisonnable ;
- un moindre investissement institutionnel des équipes ;
- un risque pour la pérennité des structures ;
- un manque d'attractivité pour les jeunes titulaires d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC).

En conclusion, les soins palliatifs précoces sont à construire ensemble à l'AP-HP. Actuellement, la médiane entre l'appel à l'équipe mobile et le décès s'élève à 22 jours et 29 % des décès surviennent dans un délai inférieur à 7 jours après la première intervention de l'ÉMSP. En aval, cette situation entraîne de très courts séjours dans les unités de soins palliatifs (USP).

Le D^r Pascale VINANT présente les axes d'amélioration :

- garantir des soins palliatifs de qualité (précoces et terminaux) pour tous les patients atteints de cancer en phase avancée de la maladie ;
- offrir au patient et à ses proches un processus décisionnel adapté en phase avancée de la maladie ;
- inscrire la politique des soins palliatifs à l'AP-HP dans une dimension universitaire en particulier en cancérologie.

Pour atteindre ces objectifs, il convient de mettre en place une gouvernance au niveau des GH, une politique de ressources humaine adaptée, ainsi que des indicateurs de suivi, et de diffuser des informations et de la communication. Des changements de pratiques sont également nécessaires pour développer le soin palliatif précoce, labelliser les GH dans les soins palliatifs intégrés et rénover le processus décisionnel en phase avancée de maladie. Les structures spécialisées doivent par ailleurs être soutenues au niveau des effectifs avec une reconnaissance de l'expertise des USP. Enfin, un plan de suivi des soins palliatifs doit être mis en place à l'AP-HP.

Le D^r Isabelle NÈGRE s'étonne de l'intégration des soins de support dans les soins palliatifs et de l'absence de spécialistes de la douleur à ces travaux, dans la mesure où le symptôme principal du patient cancéreux est la douleur. Sur les soins de support, elle s'enquiert du socle de compétences nécessaires à la constitution d'une équipe. Sur les soins palliatifs, elle demande si les besoins en

effectifs ont été évalués. Enfin, elle demande une explication à la sous-utilisation des lits identifiés pourtant bien rémunérés.

Le P^r Christophe TOURNIGAND répond que les deux thématiques sont proches du point de vue des circuits de soins et des trajectoires de patients. L'implication des structures « douleur » est souhaitable au sein du groupe de travail, avec la nécessité de développer l'offre de soin de l'AP-HP en neuro interventionnelle.

Le D^r Florian SCOTTÉ souligne que les soins de support ne constituent pas une discipline en tant que telle, mais permettent de coordonner le parcours du patient du diagnostic jusqu'à la fin de vie ou l'accompagnement dans la phase après-cancer. Ils ne s'opposent pas aux soins palliatifs, mais permettent le lien entre les équipes des phases curatives et palliatives. En fonction de leurs ressources, les établissements assurent les deux ou distinguent les équipes. Dans les soins de support, les compétences nécessaires sont multiples : douleur, nutrition, psychologie, réadaptation fonctionnelle... Toutes ces équipes entourent le patient atteint d'un cancer ou d'une maladie chronique. L'objectif des soins de support est d'assurer leur coordination dans le cadre du parcours de soin du patient.

Le D^r Pascale VINANT précise que la question de la douleur doit être travaillée par le comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP).

Le P^r Sadek BELOUCIF recommande de privilégier la dénomination de « soins palliatifs et de support » à celle de « soins palliatifs spécialisés », qui laisse penser que ces soins sont l'affaire de spécialistes et non de tous les praticiens. En outre, la notion de soins palliatifs précoces peut être difficile à comprendre pour les patients et leurs proches.

Le D^r Pascale VINANT partage le fond de cette remarque. Sur la forme, il existe cependant des structures spécialisées.

Le P^r Christophe TOURNIGAND rappelle que les notions de phase palliative, soins palliatifs et prise en charge palliative diffèrent et sont mal comprises du grand public. Le terme « support » regroupant l'ensemble des thématiques n'est probablement pas adapté et « palliatif » reste plutôt orienté vers les soins aux patients en situation de non-curabilité. Les États-Unis évoquent le *global care et les patients center care*. Cette réflexion relève plus du niveau national que strictement AP-HP.

Le P^r Sadek BELOUCIF suggère de s'associer aux travaux de la Haute Autorité de santé (HAS) sur le sujet.

Le P^r Christian RICHARD tient à souligner que toutes les spécialités sont concernées par les soins palliatifs, en dehors des unités spécialisées, comme par exemple la réanimation et les urgences. De nombreux décès hospitaliers surviennent dans un contexte de limitation des soins. La qualité de la prise en charge de la fin de vie doit y être améliorée. Il s'étonne par ailleurs de l'absence des réanimateurs dans le groupe de travail au regard de leur implication au quotidien dans la prise en charge de la fin de vie.

Le P^r Ariane MALLAT recommande de mettre en place rapidement le statut réanimatoire dans le dossier informatisé pour aider les équipes en dehors des heures de présence des médecins.

VI. Information sur la situation budgétaire à fin septembre 2016 et sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) 2017, et avis sur l'actualisation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2017-2021

1. Suivi à 9 mois 2016 — Atterrissage 2016

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ annonce que l'objectif de résultat 2016 devrait être atteint. En effet, les recettes des séjours en hausse de 3,1 % par rapport à septembre 2015, et supérieures aux prévisions saisonnalisées. Au 30 septembre, les montants des dotations pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et du fonds d'intervention régional (FIR) non encore notifiés s'élèvent à près de 148 M€, soit 12 % de la dotation prévisionnelle 2016. Par rapport à la situation de 2015, les échanges avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence régionale de santé (ARS) ont permis de mieux sérier les incertitudes qui se limitent à moins de 10 M€ aujourd'hui. Les charges de personnel sont en ligne avec les prévisions à fin septembre (ÉPRD modificatif) et supérieures au réalisé à fin septembre 2015 (+43 M€, soit +1,4 %). Les dépenses médicales sont supérieures à la prévision (+9,5 M€, soit +0,7 %) et au réalisé à fin septembre 2015 (+35 M€, soit 2,8 %). Enfin, les charges hôtelières et générales sont en ligne avec les prévisions et supérieures au réalisé à fin septembre 2015 (+26,2 M€, soit +5,4 %). Celles d'octobre et novembre, en revanche, ne sont pas à la hauteur des attentes et présentent des incertitudes.

À ce stade, l'objectif de résultat de l'ÉPRD modifié semble tenable si les efforts engagés sur les 9 premiers mois sont poursuivis d'ici la fin de l'année. Il subsiste des risques d'effets potentiellement très négatifs sur les opérations de clôtures comptables liés à l'entrée dans la démarche de certification des comptes et aux MIGAC.

Dans le tableau de financement, la capacité d'autofinancement s'avère légèrement inférieure à la prévision. Les investissements, en revanche, sont conformes aux prévisions à raison de 400 M€, et le remboursement de la dette s'avère légèrement supérieur aux prévisions. Les emprunts sont quant à eux nettement supérieurs aux prévisions. En définitive, le fond de roulement devrait être abondé de 31,5 M€.

Après négociation avec les tutelles, la trajectoire de dotations a pu être abondée de manière significative : les MIGAC-FIR augmentent de 10,7 M€ par rapport à l'ÉPRD 2016 en contrepartie du respect de la limitation de l'augmentation de la masse salariale à 2 %, en tenant compte de l'effet prix et de l'impact de l'accord national relatif à l'organisation et à l'aménagement du temps de travail (OATT) sur le temps de travail et la baisse de l'intérim, ainsi que de l'effort affiché sur les dépenses de titre 2 et 3. En 2017, l'effort d'efficience supplémentaire ne sera pas porté sur les dépenses de personnel.

2. ÉPRD 2017

Les prévisions d'activité pour 2017 sont les suivantes :

hospitalisation complète : +1,7 % en séjours, soit +10 613 séjours ;

hospitalisation partielle : +3,7 % en séjours, soit +26 261 séjours.

Les hypothèses sont une évolution à la baisse des tarifs de 1 % correspondant à une évolution en valeur de 1,82 %, une augmentation de 8 % des MIGAC-FIR, une stabilisation de la dotation pour les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) modulables et une valorisation de surcoûts liés aux bactéries multirésistantes (BMR). En soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie, une baisse de 7,1 M€ consécutive au transfert des activités de SSR de l'hôpital Adélaïde-Hautval vers Gonesse et Aulnay est à noter, ainsi qu'un abondement de 900 000 € au financement de la psychiatrie pour adolescents de Louis-Mourier. Sur les charges de personnel, l'évolution de la masse salariale serait de 2 % en jouant sur les effets prix (+ 2,2 %), l'effet année pleine de la fermeture partielle d'Adélaïde-Hautval, l'effet de la mise en œuvre de la réforme de l'organisation du temps de travail (OTT), avec une baisse attendue de l'intérim de 11 M€, la suppression des jours propres à l'AP-HP non légaux, les forfaits protocoles et le passage progressif à 7 heures 36 sur les différents sites. Les charges à caractère médical progresseraient de 17 M€ (+ 0,9 %) par rapport à 2016. Sur les titres 2 et 3, les objectifs sont ambitieux. Le résultat du compte principal serait stabilisé à – 39 M€.

Sur les budgets annexes, sont à noter la stabilité du déficit des unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) et le plan de retour à l'équilibre pour les écoles. La dotation non affectée (DNA) permettra d'atteindre un excédent de 6 M€ sur le compte consolidé. Les produits de cession baissent par rapport à 2016 et sont estimés à 40 M€. La capacité d'autofinancement progresserait à 305 M€ et le taux de marge brute hors aide s'élèverait à 4,5 %. Les investissements progressent légèrement à 414 M€, la principale hausse concernant les opérations déconcentrées dans les GH. L'endettement reste modéré malgré une hausse des emprunts, dont le montant s'élève à 136 M€ en 2016. Dans ces conditions, le prélèvement sur fonds de roulement s'élèverait à 35 M€.

3. PGFP 2017-2021

Sur le PGFP 2017-2021, les hypothèses correspondent à celles présentées avant l'été dans le cadre de la préparation du COPERMO et sont en ligne avec le précédent PGFP. Les prévisions des produits d'activité restent prudentes, la baisse des tarifs est intégrée et la maîtrise des charges est prévue en tenant compte de l'effet de la hausse de point de la fonction publique. L'objectif est un retour à l'équilibre du compte principal sur l'exercice 2020. La capacité d'autofinancement suit l'amélioration du compte principal et le taux de marge brute hors aide est estimé à 5,2 % en 2019, se rapprochant ainsi des exigences du COPERMO.

La trajectoire d'investissement passe de 400 M€ par an en 2016 à 600 M€ par an en 2021. La comparaison des investissements des cinq dernières années et des cinq prochaines années représente un effort de 50 %. Toutes les enveloppes d'investissement sont prévues en hausse.

Enfin, la trajectoire de financement est sécurisée et l'encours de la dette est estimé à 2,4 Md€, ce qui reste élevé, mais inférieur aux ratios prudentiels exigés par les tutelles.

Le président remercie la direction générale pour ses efforts et les résultats obtenus dans la négociation avec les tutelles. Les efforts renouvelés d'efficience imposés aux GH deviennent cependant difficilement supportables. S'il est vrai qu'il faut réfléchir aux restructurations, il n'en demeure pas moins difficile de voter le PGFP en raison des risques qu'il présente pour la qualité et la sécurité des soins.

Le président propose donc aux membres de la CME de voter la motion suivante :

« La commission médicale d'établissement de l'AP-HP exprime sa préoccupation devant la contrainte budgétaire importante renouvelée. La poursuite de ces efforts financiers dans un contexte d'accroissement d'activité fait courir un risque réel sur la sécurité et la qualité des soins dispensés à nos patients dont nous sommes les garants.

Tout en soutenant les efforts de la direction générale et en reconnaissant la qualité technique de ses propositions, la CME ne peut dans ces conditions voter le PGFP.

Le D^r Guy BENOÎT constate que cette situation n'incombe pas à la direction de l'AP-HP ni à la direction des finances, qui font de leur mieux dans le cadre du mode de financement des hôpitaux. Il rappelle que le retour à l'équilibre promis en 2013 n'a pas été atteint. Il souligne qu'en dépit des cessions réalisés et de la forte augmentation d'activité, proche de 11% de 2014 à 2016, les indicateurs financiers ne s'améliorent pas significativement. L'issue de ce PGFP est donc incertaine et le modèle économique de la T2A (plus on produit moins on gagne) est une impasse.

Le P^r Claire POYART attire l'attention sur l'effort imposé sur les titres 2 et 3 pour les laboratoires de biologie de l'AP-HP, en rappelant que la procédure d'accréditation imposée par la réglementation a entraîné des surcoûts.

Le directeur général souligne que depuis trois exercices, il s'efforce de donner à la CME une meilleure visibilité sur l'avenir de l'AP-HP. Les prévisions qui sont présentées à l'instance sont fiables et permettent de fonder des décisions cohérentes.

Il veille par ailleurs au respect de ses engagements, à savoir une augmentation des recettes en phase avec l'activité, une augmentation des MIGAC et des MERRI après trois années de baisse et un soutien aux investissements structurants. Sur le premier point, l'activité est en ligne avec les prévisions. Sur les MIGAC et MERRI, une augmentation de 0,5 % a été obtenue auprès des tutelles.

Sur l'accompagnement des grandes opérations, un financement a été obtenu pour le nouveau Lariboisière et le directeur général espère un accord prochain sur l'hôpital Nord.

Les éléments du contrat sont tenus grâce aux efforts de l'AP-HP, à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie et à la fiabilité des prévisions. Le retour à l'équilibre a été perturbé par l'augmentation du point de la fonction publique. Ne pas modifier la trajectoire initialement envisagée supposait d'accroître l'efficience pour répondre à la demande des tutelles. Pour respecter le contrat tel que précisé en CME en 2014 et aux autres instances, la direction générale a retardé le retour à l'équilibre, tout en luttant contre la dégradation des comptes. Ceci explique

l'effort consenti par les tutelles sur les MIGAC-MERRI et la stabilisation des efforts d'efficience au lieu de leur augmentation.

Enfin, il rappelle qu'il a été décidé de maintenir le niveau d'investissement et de l'augmenter progressivement pour éviter que les grandes opérations se traduisent par une baisse de l'investissement courant. Ce montant, qui s'élevait à 70 M€ en 2011 puis 50 M€ en 2012, a été rehaussé à 100 M€ en 2014. La direction générale s'engage sur un montant de 100 M€ pour assurer l'investissement courant pendant les grandes opérations du PGFP.

Le président remercie le directeur général. Plutôt que voter contre le PGFP, il propose à la CME de soutenir la motion proposée. La CME est consciente des efforts de la direction générale. Cependant, la communauté médicale ne comprendrait pas que le PGFP soit simplement approuvé dans un contexte d'efficience brutale et renouvelée. L'augmentation de notre activité est importante et l'on observe des transferts d'activité des centres hospitaliers généraux vers le CHU sans que les recettes ne soient adaptées en conséquence. L'AP-HP est considérée comme trop dotée, ce qui est faux. Par cette motion, la CME témoigne de sa compréhension de la situation tout en exprimant ses craintes.

La CME adopte la motion présentée par son président à l'unanimité des voix exprimées et deux abstentions.

VII. Projet médical du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires de l'Est parisien* (HUEP)

Le P^r Bertrand GUIDET rappelle que le GH HUEP a vécu des modifications majeures de périmètre ces cinq dernières années grâce à la structuration en GH. Il en est ressorti une offre de soins plus cohérente à travers des ensembles médico-chirurgicaux, une réduction des doublons et un travail sur les urgences.

Le plan stratégique 2016-2019 prévoit le regroupement des plateformes médico-techniques :

- biologie spécialisée du GH (Saint-Antoine) ;
- anatomo-cytopathologie à Tenon (HUEP + Robert-Debré) ;
- génétique (Trousseau) ;
- médecine nucléaire (Tenon) ;
- pharmacie à usage intérieur (PUI) unique ;
- endoscopie digestive + interventionnelle (Saint-Antoine) ;
- endoscopie trachéo-bronchique et interventionnelle (Tenon).

Des partenariats existent avec les autres GH de l'AP-HP, le service de santé des armées, les Quinze-Vingts, les Bluets et les associations et réseaux. Les outils de collaboration sont les postes partagés, à privilégier dans le cadre des consultations avec les GHT et des consultations avancées.

La visibilité de l'offre est améliorée, tant dans les organisations transversales (prise en charge du cancer, procréation médicalement assistée, service d'accueil des urgences, réparation tissulaire, accidents vasculaires cérébraux, drépanocytose) que dans les activités de référence (pathologies

digestives, hématologie, uro-néphrologie, pédiatrie, gynécologie, obstétrique et périnatalité, odontologie, thorax et voies aériennes, allergologie).

La réflexion du GH est tournée vers les attentes des patients avec un circuit de diagnostic en un jour, la chirurgie reconstructive, le développement de la chirurgie ambulatoire, l'humanisation des secteurs les plus vétustes et les plateaux médico-techniques. Il est demandé l'installation d'un robot pour le site de Tenon afin de pouvoir réaliser plus de 500 interventions pour 5 disciplines chirurgicales.

En 2016, les urgences contribuent à 35 % de l'activité du GH. Le développement de filières d'accès direct permet une prise en charge plus rapide et évite le passage aux urgences. Il est aussi envisagé d'ouvrir un dispositif ÉPIVER (épidémies hivernales) pour les adultes). L'activité augmente dans les urgences, en raison notamment du transfert de celles de l'Hôtel-Dieu. L'aval d'urgence a été fluidifié et les transferts ont été réduits. L'objectif est de fluidifier également le second aval.

Le groupe hospitalier HUEP travaille également sur l'optimisation des parcours patients en chirurgie, avec des hospitalisations le jour de l'intervention, des protocoles de réhabilitation précoce et un projet de sortie du patient.

L'activité de recherche est importante, avec une politique de communication, le développement des moyens mutualisés d'aide à l'investigation, le soutien aux projets innovants et un dispositif « coup de pouce » pour la recherche paramédicale.

En conclusion, les principales orientations médicales du GH sont les suivantes :

- des organisations transversales autour de pathologies sur le modèle du cancer ;
- pilotage de l'offre de soins par parcours patients ;
- développement des pôles d'excellence du GH ;
- renforcement de l'intégration territoriale ;
- réorganisations majeures des services supports aux soins.

Ces orientations se traduisent par le schéma directeur immobilier SDIT de chaque site avec des libérations de surfaces, le développement de plateaux partagés et l'achèvement des humanisations.

Le président remercie le P^r GUIDET pour cette présentation concise qui montre le nombre élevé de restructurations menées à bien. Contrairement au cliché trop souvent propagé, l'AP-HP se restructure en permanence. Il demande au P^r GUIDET de préciser si le GH prévoit d'acquérir un ou deux robots.

Le P^r Bertrand GUIDET répond que les robots ne se déplacent pas. Au regard de la demande du site de Tenon, déjà déposée il y a deux ans, et des 500 indications théoriques recensées sur ce site contre 200 à Saint-Antoine, il a été choisi de l'installer à Tenon.

Le président interroge le P^r GUIDET sur les complémentarités développées avec la Pitié-Salpêtrière.

Le P^r Bertrand GUIDET répond qu'un conseil stratégique de Paris 6 est réuni régulièrement avec le président de l'université, le doyen de la faculté de médecine, les directeurs et les présidents de CME locale des deux GH. Il travaille sur de nombreux domaines, dont la biologie spécialisée et l'imagerie. Des postes sont partagés entre les deux GH, avec la volonté de favoriser ces collaborations.

Le président appelle à une fluidité et une complémentarité entre les hôpitaux pédiatriques. Elles existent dans certains domaines, mais on doit pouvoir aller plus loin dans les coopérations, sans qu'il soit question d'envisager des fermetures.

Le P^r Bertrand GUIDET constate que ces complémentarités fonctionnent bien, notamment avec Robert-Debré. Elles sont naturelles sur un certain nombre de sujets : Epiver ; greffe de moelle, foetopathologie ; radiologie ; médecine nucléaire ; projet ana-path, ...).

Le D^r Marie BORNES relaie l'inquiétude de la communauté médicale de Tenon face à la fermeture probable au départ à la retraite du P^r HOURY en Septembre 2018, alors que les urgences accueillent 40 000 passages par an, que l'hôpital n'a déjà plus de chirurgie orthopédique ni de cardiologie et que son service de gynécologie est le principal centre traitant l'endométriose à Paris.

Le P^r Bertrand GUIDET explique que ce sujet a été longuement débattu. L'hôpital rencontre un problème de masse critique pour conserver le service de chirurgie digestive, dont la force repose en grande partie sur son responsable. L'organisation devra prendre en compte trois étapes : l'activité non programmée nocturne, l'activité non programmée diurne, puis l'ensemble de l'activité. En outre, le service de chirurgie digestive de Saint-Antoine est à 3 kilomètres seulement de Tenon.

Le D^r Patrick PELLOUX estime que la restructuration de la chirurgie est une erreur, car elle prive le service d'urgence d'un aval en chirurgie et déstabilise l'équilibre des sites. Dans l'Est parisien, les malades souffrant de douleurs abdominales ne pourront désormais être envoyés qu'à Saint-Antoine.

Le P^r Bertrand GUIDET fait valoir le principe de réalité.

Le P^r Rémy NIZARD insiste sur la cohérence des propositions avec les contraintes financières qui ont été abordées dans la première partie de la CME.

VIII. Avis sur des modifications de pôle dans le GH HUEP

Le P^r Paul LEGMANN indique que les modifications de pôle du GH HUEP suivantes ont été soumises à la commission des structures :

- transfert du Pôle Maladies du rein et des voies urinaires (MRVU, E. RONDEAU) de l'hôpital de jour de néphrologie (E. PLAISIER) et du service de néphrologie et dialyses (P. RONCO) vers le pôle Spécialités (JC. DUSSAULE) ;

- transfert du service de stomatologie et chirurgie implantaire (H. WOIMANT) et du service de consultations de stomatologie (J. LALO) du pôle Spécialités (JC. DUSSAULE) vers le pôle Odontologie (P. COLON).

Ces modifications de structure permettent de renforcer les complémentarités sans impact sur le personnel. Elles ont reçu l'avis favorable de la sous-commission des structures :

À l'unanimité, la CME approuve les modifications de pôle dans le GH HUEP.

IX. Avis sur la proposition du directeur général de l'AP-HP pour la révision 2017 des effectifs de praticiens hospitaliers

Le président souligne l'importance du travail mené sur la révision 2017 des effectifs de praticiens hospitaliers et salue les efforts de chacun.

Le P^r Thierry BÉGUÉ indique que 278 demandes de postes de PH ont été acceptées. Deux modifications sont à noter : à San Salvador, la candidate a été classée C compte tenu de son arrivée en cours d'année, tandis que le poste du GH *Hôpitaux universitaires Paris-Centre* (HUPC) classé C en éthique médicale a été revu en A.

Le D^r Elisabeth PORSMOQUER souligne les efforts de la candidate et son investissement au service du développement de l'hôpital de jour, tout en rappelant les difficultés de recrutement en pédiatrie.

M^{me} Christine WELTY explique que cette praticienne n'est présente que depuis juillet, elle ne peut être nommée cette année. Elle pourra bien entendu être nommée l'année suivante.

Le président ajoute que ce sont des postes à temps plein. Une expérience de trois mois est trop brève à l'AP-HP pour proposer son recrutement sur un poste à temps plein. Il recommande de rechercher un accord avec la collégiale de pédiatrie.

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite revenir sur la suppression des postes en décembre et la réclamation des 8 vacations complémentaires non utilisées, qui complexifie la nomination de praticiens hospitaliers contractuels (PHC) aux postes de PH.

M^{me} Christine WELTY explique que c'est une mesure de gestion de la masse salariale qui s'applique au PNM comme au PM.

Le président souligne l'importance du passage par une nomination en qualité de PHC. C'est une étape intermédiaire utile avant la nomination au poste de PH. Il convient de se souvenir que les postes de PHC aboutissent généralement à un poste de PH temps plein à terme.

Le D^r Patrick DASSIER souligne que les jeunes praticiens qui se présentent à un poste de PH présentent les prérequis exigés. Lorsqu'ils doivent attendre leur nomination, ils quittent l'AP-HP pour rejoindre d'autres établissements. Dans les disciplines en tension (pédiatrie, radiologie, psychiatrie, anesthésie...), une réflexion mérite d'être ouverte sur ce sujet.

Le président partage ces remarques sur les disciplines en tension. La communauté médicale est sensibilisée à ce problème et le bureau élargi de la CME donne un accord sans délai aux demandes de postes en anesthésie-réanimation ainsi que dans les autres disciplines en tension, comme les gériatres ou les pédiatres en maternité.

Le D^r Marie BORNES souligne que les PHC de l'AP-HP sont nommés à l'échelon 1 de leur grade, ce qui pose un problème d'attractivité.

Le D^r Patrick DASSIER estime que les praticiens contractuels devraient être recrutés à l'échelon 4, surtout s'ils sont d'anciens internes et chefs de cliniques.

Le président fait remarquer que si l'enveloppe budgétaire reste la même, l'augmentation du nombre de PHC recrutés à l'échelon 4 obligera à diminuer le nombre de recrutements ailleurs. Il souhaite une réflexion sur ce sujet.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE s'étonne du classement du poste de PH éthique sur son GH de C en A, dans la mesure où il n'a rien à voir avec le fonctionnement de l'hôpital, auquel on réclame des économies sur des postes médicaux.

Le directeur général explique que l'équipe clinique de Cochin ne travaille pas seulement pour le groupe HUPC. La question de ses relations avec les autres structures d'éthique s'est posée. Un rapport a été demandé à la direction de l'inspection et de l'audit sur ce sujet. Le président de la CME locale considère qu'un deuxième poste n'apporte rien. Un praticien hospitalier a rejoint la présidence d'un comité ministériel et une MIGAC a été donnée pour ce poste. Le directeur général a donc tiré les conséquences de ces positions en retirant le poids du financement de cette équipe au GH. Avant la nomination définitive du PH, une évaluation du projet sera demandée pour vérifier sa cohérence avec les orientations de l'AP-HP en matière d'éthique.

La CME adopte la proposition du directeur général de l'AP-HP pour la révision 2017 des effectifs de praticiens hospitaliers à l'unanimité des voix exprimées et une abstention.

X. Approbation du compte rendu de la CME du 8 novembre 2016

Le compte rendu de la CME du 8 novembre 2016 est approuvé à l'unanimité.

En l'absence de questions diverses, la séance est levée à 19 heures 20.

* *
*
*
*

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

Mardi 10 janvier 2017 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mardi 20 décembre 2016 à 16 heures 30