COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE

DU MARDI 6 MARS 2018

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE

DU MARDI 3 AVRIL 2018

SOMMAIRE

I. Informations du président de la CME 7

II. Point sur la situation budgétaire 8

III. Avis sur le plan « santé et sécurité au travail » à l'AP-HP 15

IV. Projet médical du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest* (HUPIFO) 17

V. Stratégie médicaments et dispositifs médicaux 21

VI. Dispositifs intraveineux de longue durée 22

VII. Avis sur la modification de la charte d'utilisation de l'entrepôt de données de santé (EDS) de l'AP-HP 23

VIII. Avis sur la modification des pôles *Médecine, urgences, psychiatrie* (Cochin) *et Proximité, santé publique et prévention* (Hôtel-Dieu) du GH *Hôpitaux universitaires Paris-Centre* (HUPC) *: transfert des activités de psychiatrie* 24

IX. Questions diverses 25

X. Approbation du compte rendu de la CME du 6 février 2018 25

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (Pr Noël GARABÉDIAN)
2. Projet régional de santé (M. Yannick LE GUEN et Pr Michel FOURNIER, agence régionale de santé)
3. Point d'actualité sur la prise de rendez-vous en ligne (Mme Pascaline VILLIÉ)
4. Démarche éthique à l'AP-HP (Dr Sophie CROZIER)
5. Enquête sur les attentes des jeunes médecins (Dr Laurent GILARDIN)
6. Bilan annuel de la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (Dr Michel DRU)
7. Conclusions du groupe de travail sur la néonatologie (Pr Pierre-Henri JARREAU)
8. Questions diverses
9. Approbation du compte rendu de la CME du 6 mars 2018

SÉANCES RESTREINTES

Composition B

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH des disciplines médicales offerts à la mutation (révision des effectifs 2018)

Composition A

- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH des disciplines médicales et pharmaceutiques offerts à la mutation (révision des effectifs 2018)
- Avis sur la mobilité hospitalière d'un PU-PH
- Avis sur une proposition d'engagement de procédure disciplinaire à l'encontre d'un PU-PH

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix délibérative :***

- M. le Pr René ADAM
- M. le Pr Yves AIGRAIN
- M. le Pr Joël ANKRI
- M. le Pr Philippe ARNAUD
- M. le Pr Jean-Yves ARTIGOU
- M. le Pr Sadek BELOUCIF
- M. Guy BENOÎT
- M. le Pr Olivier BENVENISTE
- Mme le Pr Catherine BOILEAU
- M. le Pr Francis BONNET
- Mme le Pr Françoise BOTTEREL CHARTIER
- Mme le Dr Anne-Reine BUISINE
- M. le Pr Jean-Claude CAREL
- M. le Pr Pierre CARLI
- M. le Pr Stanislas CHAUSSADE
- M. le Pr Gérard CHÉRON
- M. le Pr Yves COHEN
- M. le Pr Philippe CORNU
- M. le Dr Rémy COUDERC
- M. le Pr Bruno CRESTANI
- Mme le Dr Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le Dr Nicolas DANTCHEV
- M. le Dr Patrick DASSIER
- Mme le Dr Nathalie DE CASTRO
- M. le Dr Michel DRU
- M. le Pr Jacques DURANTEAU
- M. le Dr Alain FAYE
- M. le Pr Noël GARABÉDIAN
- Mme le Pr Pascale GAUSSEM
- Mme le Dr Anne GERVAIS
- M. le Pr Bernard GRANGER
- M. le Pr Philippe GRENIER
- M. le Pr Bertrand GUIDET
- Mme Sophie GUILLAUME
- M. le Dr Christian GUY-COICHARD
- M. le Pr Olivier HÉLÉNON
- M. le Dr Olivier HENRY
- Mme le Pr Dominique ISRAËL-BIET
- M. le Pr Paul LEGMANN
- M. le Pr Michel LEJOYEUX
- M. le Pr Laurent MANDELBROT
- M. Moïse MICHEL
- Mme le Dr Véronique MOLINA
- Mme le Dr Lucile MUSSET
- M. le Pr Rémy NIZARD
- M. le Dr Patrick PELLOUX
- Mme le Dr Valérie PÉRUT
- M. le Pr Michel PEUCHMAUR
- Mme le Dr Élisabeth PORSMOGUER
- Mme le Pr Claire POYART
- M. le Pr Dominique PRIÉ
- Mme Caroline RAQUIN
- M. le Pr Christian RICHARD
- Mme Isabelle RIOM
- M. le Pr Rémi SALOMON
- M. le Dr Thomas SCHOUMAN
- M. le Pr Éric THERVET
- M. le Pr Nicolas THIOUNN
- M. le Dr Christophe TRIVALLE
- M. le Dr Noël ZAHR
- M. le Pr Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***

  - M. Martin HIRSCH, directeur général
  - M. le Pr Bruno RIOU, président de la conférence des doyens d'Île-de-France
  - M. le Pr Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
  - M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
  - M. le Pr Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
  - Mme Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

  - M. le Pr Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
  - M. le Pr Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
  - Mme le Dr Lynda BENSEFA-COLAS, médecin coordonnateur du service central de santé au travail de l'AP-HP
  - Mme Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
  - Mme 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. Raphaël BEAUFRET, directeur de projets informatiques
  - Mme Sophie BENTÉGEAT, directrice des patients, usagers et associations
  - M. Renaud CATELAND, directeur affaires médicales stratégie (AGEPS)
  - M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
  - M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
  - Mme Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
  - M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, secrétaire général
  - Mmes Hélène OPPETIT et Gwenn PICHON-NAUDÉ (DOMU)
  - Mme Florence VÉBER, déléguée aux relations internationales
  - Mme Suzanne VON COESTER, directrice des affaires juridiques
  - Mme Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)

- ***Représentante de l'ARSIF :***

  - Mme le Dr Caroline SUBERBIELLE

- ***Membres excusés :***

  - Mmes et MM. les D^{rs} et P^{rs} Nelly ACHOUR-FRYDMANN, Thierry BÉGUÉ, Catherine BERNARD, Jean-Luc DUMAS, Marysette FOLLIGUET, Laurent GILLARDIN, François GOFFINET, Louis MAMAN, Jean-Marc NACCACHE, Isabelle NÈGRE, NAMIK TARIGHT et Phanarom THONG.
  - M. Alexandre ALLERA, Arthur DAUPHIN, Jean-Vincent LAQUA et Yann FLÉCHER

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

I. Informations du président de la CME

La CME a rendu hommage :

- au Dr Antoine RABAH, responsable de l'unité de soins respiratoires intensifs de l'hôpital Cochin, décédé le 14 février à l'âge de 56 ans ;
- au Dr Anne BERTRAND, neuroradiologue à la Pitié-Salpêtrière puis à Saint-Antoine, décédée le 2 mars à l'âge de 39 ans dans l'avalanche du Mercantour.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE indique que le Dr Antoine RABAH est décédé des suites d'un accident de la circulation. Il a longtemps œuvré à l'Hôtel-Dieu et a contribué à fusionner deux services de pneumologie. Le Dr Antoine RABAH était très apprécié. Il tient à remercier les collègues de la Pitié-Salpêtrière pour les efforts qu'ils ont déployés.

Le Pr Bertrand GUIDET rend hommage au Dr Anne BERTRAND, récemment nommée MCU-PH en imagerie médicale avec une spécialisation en neurologie à Saint-Antoine. Titulaire d'une thèse de sciences, elle devait être promue PU-PH. Les P^rs^ Yves MENU et Didier DORMONT, chefs de service d'imagerie respectivement à Saint-Antoine et à la Pitié-Salpêtrière rappellent qu'elle avait apporté une contribution majeure à l'imagerie des maladies neurodégénératives.

Une minute de silence est respectée.

Le président souhaite la bienvenue à M. Moïse MICHEL, interne en pharmacie, il succède à M. Jérémie ZERBIT dont l'internat s'est achevé. Le président espère voir le rang des internes continuer de s'étoffer, avec la nomination d'un interne en odontologie dont le siège reste à ce jour vacant.

Avant d'entamer l'ordre du jour, **le président** souhaite préciser que la situation financière difficile de l'AP-HP ne saurait justifier un « AP-HP *bashing* », qui ne sert ni l'AP-HP ni le service public hospitalier, service public auquel la communauté médicale est fermement attachée. La CME, qui est le « parlement » des médecins, doit aborder les difficultés que nous traversons dans un esprit responsable. Il ne s'agit pas de cacher ce qui va mal ou d'accepter une quelconque dégradation de la qualité et de la sécurité des soins, mais de tout faire pour instaurer un dialogue serein, ouvert et constructif, d'autant plus nécessaire dans les périodes difficiles. Cet esprit de dialogue vaut à tous les niveaux, y compris au niveau local dans les rapports que les directions entretiennent avec les services.

Le président informe la CME qu'une délégation de présidents de CME de CHU, dont il fera partie, rencontrera la directrice générale de l'organisation des soins (DGOS) le 12 mars pour évoquer les difficultés auxquelles les CHU sont confrontés. La communauté médicale est inquiète de la façon dont les CHU sont aujourd'hui traités, tant du point de vue financier que de la recherche. Si nous devons certes nous réorganiser, nous avons aussi besoin de l'écoute et de l'aide des pouvoirs publics.

II. Point sur la situation budgétaire

Le directeur général présente sa réflexion relative à la stratégie de l'AP-HP, dans le contexte difficile que l'on connaît.

1. Ne pas s'exonérer des efforts nécessaires

En novembre 2017, l'état des prévisions de recettes de dépenses (ÉPRD) prévoyait un déficit de 169 M€ en 2018, par ailleurs semblable à celui de l'année 2017. Par ailleurs, même si des travaux d'écriture restent à faire, le déficit 2017 devrait être supérieur au niveau annoncé en novembre 2017. Dans ce contexte, le plan d'économie vise à compenser l'écart par rapport aux prévisions formulées. Il apparaît, en outre, que la dégradation constatée à l'AP-HP est plus importante que celle des autres CHU, singularisant notre institution.

Un effort supplémentaire d'environ 50 M€ doit être réalisé sur les dépenses, avec le niveau d'activité fixé. De plus, nous devons nous garder la possibilité d'ajuster nos charges à la baisse si notre activité est en deçà des cibles.

Les médicaments et les dispositifs médicaux représentent un poste de dépenses important. Ils ont ainsi été l'objet de nombreuses réflexions avec les GH et la commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS). La dynamique de ce poste n'est pas corrélée avec celle de l'activité. Aussi, les sources d'économies potentielles identifiées avec les professionnels doivent être exploitées. Des hôpitaux ont été précurseurs à cet égard. L'utilisation à 90 % de biosimilaires a permis plusieurs millions d'euros de gains. Il est indispensable que tous les hôpitaux partagent cet objectif.

Un gel de 0,5 % sur la masse salariale a été notifié, préservant le personnel permanent médical et non médical. Parallèlement, des mesures ont été prises pour mettre en stage dès leur embauche, les professionnels paramédicaux dont le métier est en tension : infirmières, masseurs kinésithérapeutes et manipulateurs radios et ainsi uniformiser les pratiques.

S'agissant du personnel médical, anticipant les prochaines révisions des effectifs, certains dépensaient plus et recrutaient des contractuels supplémentaires pour sanctuariser leur prochain budget. Il sera mis fin à ce système qui pouvait pénaliser les GH dépensant moins. Enfin, le gel sur la masse salariale sera proportionnellement plus important au siège que dans les groupes hospitaliers. Dans ces derniers, le gel devrait peser le moins possible sur les soignants.

Les recettes – légitimes – seront plus systématiquement recherchées. S'agissant en particulier de la tarification des chambres individuelles, les recettes afférentes devaient représenter 35 M€.

Des mesures diverses sont prévues par ailleurs : diminution des dépenses de communication de l'AP-HP (– 20 %) ou priorité aux mobilités internes par exemple pour les postes de directeurs. Certes d'ampleur limitée, ces mesures contribueront néanmoins aux économies prévues.

Les principes définis ont été présentés aux groupes hospitaliers afin qu'ils les déclinent. Ces mesures doivent en effet être pilotées en concertation étroite avec les gouvernances des hôpitaux. Des échanges ont ainsi été organisés avec chaque GH pour étudier leur proposition de méthodologie. Il a notamment été souligné que l'AP-HP devait faire valoir ses intérêts sur certains sujets, comme par exemple concernant toutes les dépenses de « groupage de patients » vis-à-vis de l'établissement français du sang (ÉFS). Aucun GH ne présente de situation satisfaisante à cet égard. Des millions d'euros devraient être recouvrés grâce en particulier à une stratégie globale.

Au-delà des mesures générales, l'opportunité d'accélérer certaines réorganisations a été étudiée. Des services dont le taux d'activité était faible ont été identifiés, et comparés avec les constats des

GH. L'objectif est de répartir au mieux les efforts, d'identifier les services dont la mise en sommeil ne présenterait pas d'obstacles majeurs.

2. Ne pas renoncer à faire valoir les points de vue étayés

Si l'AP-HP doit maîtriser l'évolution de ses charges, elle porte aussi la responsabilité de la faiblesse de son activité. Cependant, tout n'est pas de son ressort. Le Gouvernement a déjà été informé en d'enjeux de charges spécifiques et de problématiques réglementaires dont la résolution – non coûteuse – permettrait des économies. Aucune décision n'a été prise à ce stade, aussi la CME pourrait-elle, comme la direction générale, juger opportun de soulever de nouveau ces sujets.

La réglementation de la pharmacie d'usage intérieur par rapport à l'hospitalisation à domicile fait par exemple perdre 3 M€ de recettes. L'hébergement gratuit de certaines structures par l'AP-HP peut également être pointé.

La prise en charge spécifique liée aux patients sans droits ne relève pas d'un dysfonctionnement administratif de l'AP-HP, mais contrairement aux autres institutions, nous ne pouvons et ne voulons pas refuser ces patients. Il serait donc logique et équitable que le poids financier que représentent ces patients – quelques dizaines de millions d'euros – soit considéré.

Par ailleurs, le mode de financement des centres de maladie rare a été revu en 2017 pour les centres de référence. Cependant, L'AP-HP prend également en charge des malades atteints de pathologies rares, dont la durée de séjour et les coûts de traitement sont objectivement plus élevés que ceux d'autres patients. Sans nuire aux centres de référence, il serait légitime de plaider pour des modes de tarification plus adaptés au poids que représentent ces patients dans de nombreux établissements.

Pour travailler mieux, se former et élargir leur périmètre, les soignants devraient pouvoir accéder plus rapidement aux protocoles de coopération et obtenir des compensations financières. Les autorités en conviennent et doivent être encouragées à passer à l'acte.

L'AP-HP doit continuer à défendre ses intérêts également en matière de transformation numérique. Elle a d'ores et déjà réalisé des efforts en particulier dans le cadre du projet de transformation de l'hôpital. Un soutien juridique ou financier est en outre nécessaire.

Les projets du nouveau Garches et l'opération Jean-Verdier – Avicenne méritent également un financement public, complémentaire à l'effort institutionnel. En effet, ces opérations accroissent la qualité de prise en charge et l'efficience générale, l'un sur le plan national et l'autre étant fondamental dans un territoire complexe et en difficulté.

Enfin, la juste reconnaissance tarifaire de la bascule ambulatoire, notamment en médecine, doit être promue et obtenue. Comme le montrent les bilans des GH, ces derniers font leur part en opérant la substitution entre médecine ambulatoire et médecine conventionnelle. Mais ils sont très nettement pénalisés en dépenses, voire sont l'objet de contrôles supplémentaires au regard de la « circulaire frontière ». Tous paraissent convenir de l'incohérence de maintenir des tarifs pénalisants tout en encourageant la bascule ambulatoire en médecine. Une évolution doit être obtenue dès à présent, sans attendre une grande réforme de la tarification.

3. Sans ralentir le rythme de transformation

Celui-ci a été défini collectivement dans *« oikeïosis »*. Au confluent de la qualité de la prise en charge médicale, de la qualité des conditions de travail de tous et de la performance économique, elles sont nécessaires à la performance de l'AP-HP. Certaines mesures peuvent être déployées dès maintenant. À titre d'exemple, les dispositifs de reconnaissance vocale ont été testés, ils font gagner du temps, accroissent la sécurité et pourraient aider au codage.

4. Sans s'interdire d'être plus audacieux

En annonçant la transformation des systèmes de santé, le Premier Ministre, M. Édouard PHILIPPE, déclarait le 13 février 2018 à Eaubonne : « Le temps des rafistolages est révolu ». Dans ce contexte, certaines questions paraissent légitimes. L'organisation actuelle est-elle suffisante pour réussir ? Peut-on s'appuyer encore plus sur l'effet taille que représente l'AP-HP tout en gagnant en souplesse et sans en subir les pesanteurs ?

Faut-il considérer qu'une souplesse supplémentaire est nécessaire en matière de statuts, dans l'exercice des professions et en matière d'organisation ? Les réponses à ces questions sont diverses. L'AP-HP est habituée à des statuts et à un cadre organisationnel. Ce dernier est-il le plus adapté ou le *statu quo* induit-il plus d'avantages que de désavantages ?

Estime-t-on que les interactions avec la médecine de ville, avec des établissements publics ou privés de statut différent, avec des centres de santé doivent être développées ? Lors d'un voyage aux États-Unis, avec les P^rs^ Rémi SALOMON et Jean-Claude CAREL avaient constaté un système bien plus intégré qu'en France. Un hôpital était un système de santé comptant quasiment autant de médecins travaillant en ville qu'en hôpital dans le même groupe. L'AP-HP doit-elle porter un tel système, et le cas échéant avec l'organisation actuelle ou en faisant preuve d'un surcroît d'imagination ?

Enfin, l'AP-HP doit-elle pouvoir mieux valoriser les innovations, son savoir-faire et ses atouts ?

Les réponses à toutes ces questions peuvent être négatives. Le fonctionnement habituel pourrait être perpétué. Cela étant, l'idée d'une « nouvelle AP-HP » ne pourrait-elle être portée ?

Cette nouvelle AP-HP pourrait :

- avoir un statut spécifique cohérent avec sa taille exceptionnelle ;
- apparaître davantage comme un groupe que comme une entité et conférant plus d'autonomie mais aussi plus de responsabilités à ses établissements ;
- se diversifier davantage *via* des partenariats avec la ville, avec d'autres structures dans un système plus intégré au service des parcours des patients et une organisation des soins légèrement remaniée ;
- présenter des cadres d'emplois plus adaptés aux différents métiers exercés à l'AP-HP, avec des garanties et des souplesses plus satisfaisantes ;
- offrir des statuts juridiques mieux adaptés à ses différentes activités (comme l'établissement pharmaceutique, la valorisation de ses données et de ses innovations, etc.).

Le directeur général invite la CME à débattre et réfléchir à ces points. Les valeurs de l'institution sont inscrites dans le règlement intérieur et doivent être maintenues. En revanche, le cadre dans lequel ces valeurs sont incarnées pourrait être modifié. Une telle construction mérite des efforts, sous réserve que cette position soit partagée.

Le directeur général indique que l'écart entre déficit prévisionnel à ce jour et prévision annoncée en novembre représente environ 48,5 M€. D'une part, concernant les recettes, le rattrapage d'activité de 28 à 30 M€ prévus n'a pas eu lieu et les objectifs relatifs aux chambres individuelles n'ont pas été atteints. Contrairement à ce qui avait été prévu en revanche, aucune perte de financement de type missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) / fonds d'intervention régional (FIR) ou dotation annuelle de fonctionnement (DAF) n'a eu lieu. Les montants afférents étaient inférieurs à ceux promis, tout en étant supérieurs à ceux de 2016. Somme toute, l'écart en termes de recettes n'est pas très important. En revanche, une aggravation des charges est constatée, faible concernant les personnels mais élevée concernant les médicaments et dispositifs médicaux : 30 M€. Enfin, avec la certification des comptes en outre, 19 M€ de provision se sont avérés nécessaires pour l'exercice 2018.

Le directeur général, souligne ainsi des recettes d'activité stables mais moins élevées que prévu, des charges accrues (essentiellement liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux) et des provisions supplémentaires. L'écart entre 2016 et 2017 (de – 40 M€ à – 200 M€) s'explique par des recettes d'activité peu ou prou stables et des dépenses qui ne sont pas ajustées aux recettes.

Les dépenses 2017 sont supérieures à celles de 2016 du fait principalement d'un effet charges de personnel. Ce dernier n'est pas lié à une inflation des effectifs, mais comme nous l'avions prévu à la revalorisation du point d'indice de la fonction publique, après une première revalorisation en 2016. Le protocole de revalorisation des carrières a en outre été mis en œuvre. Par ailleurs, les dépenses médicales et de dispositifs médicaux n'ont pas d'effet prix particulier entre 2016 et 2017. Enfin, les nouveaux modes de calcul liés à la certification des comptes, concernant les provisions pour les créances irrécouvrables et des dotations aux amortissements, ont leurs premiers impacts en 2017.

Le Pr Bertrand GUIDET déclare convenir avec le président que les missions des hôpitaux publics constituent un enjeu national et que l'AP-HP présente dans ce cadre des problématiques spécifiques. Par ailleurs, il souligne l'inquiétude extrême de la communauté soignante, la démotivation qui prévaut et le caractère urgent d'actions adaptées. Dans ce contexte, il paraît difficile de communiquer sur un projet de renouvellement qui pourrait certes emporter l'adhésion mais dont l'échéance est lointaine. Un hiatus existe ainsi entre la vision proposée, de long terme, et la nécessité de garantir l'exercice quotidien.

Le Dr Christophe TRIVALLE estime intéressant de réfléchir à une nouvelle AP-HP, mais confirme que l'issue en sera probablement de long terme. Il semblerait que pour l'heure, une « stratégie de rafistolage » reste à l'œuvre. Par ailleurs, il s'enquiert du montant précis du déficit en 2017. Le gel de 0,5 % intègre-t-il l'enveloppe de 0,4 % de la révision des effectifs de PH pour 2019 ? La révision des effectifs de praticiens hospitaliers (PH) pourra-t-elle avoir lieu ? Nos difficultés résultent surtout du système de tarification. Bloqué, l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) crée en effet un déficit systématique du fait de l'évolution des salaires. L'AP-HP est ainsi obligée de développer son activité tout en limitant le personnel. Le système doit en conséquence être réformé d'urgence. Notamment, le budget de fonctionnement quotidien de l'hôpital devrait être distinct du budget de construction de nouveaux hôpitaux pour lesquels les aides de l'État sont d'ailleurs insuffisantes.

Le Dr Patrick PELLOUX évoque la remise en cause du statut de l'AP-HP déjà à l'étude. À son sens, elle constituerait une erreur au regard notamment du rôle de l'AP-HP en matière de santé publique nationale. Concernant une éventuelle collaboration avec la ville par ailleurs, il souligne que l'AP-HP et des établissements privés ne partagent pas les mêmes objectifs, n'ont pas les mêmes enjeux ni visions. L'AP-HP ne pourrait s'imposer ou imposer son fonctionnement, à moins de devenir un

établissement privé à but non lucratif. Cela représenterait toutefois un changement fondamental, qu'il contesterait. Il signale enfin que les pouvoirs publics pouvant changer rétroactivement les tarifs d'une année à l'autre, l'AP-HP est en tout état de cause en situation d'échec.

M. Guy Benoît confirme que la problématique maintes fois évoquée de la tarification entraîne les difficultés de l'AP-HP. Il s'étonne par ailleurs de l'écart annoncé, alors qu'un retour aux grands équilibres pour 2020 avait été annoncé en décembre 2017. Dans ce contexte, il doute de la possibilité de garantir les investissements de moyen terme prévus. Il rappelle ensuite que le Conseil économique et social soulignait déjà en 2005 une sous-évaluation à l'AP-HP des créances irrécouvrables et des charges. Cette sous-évaluation a été maintenue. La certification aux comptes en a révélé le cruel effet. Enfin, se prononcer sur un changement de statut de l'AP-HP nécessiterait d'en connaître les futurs contours. D'ores et déjà, il se dit défavorable à un statut d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC).

Le Pr Philippe Cornu rappelle la réussite globale et quotidienne de tous les personnels au chevet des patients. Les échecs décrits ne sont pas ceux des communautés médicale et paramédicale et de l'AP-HP. Toutefois, les dépenses ne sont pas à la hauteur des recettes. De nombreuses activités médicales ont fait l'objet de déremboursement et ne sont plus rémunérées à la hauteur des organisations de soins nécessaires à leur réalisation. Ce qui est accepté dans le cadre des missions de service public. Ce n'est pas un bouleversement de notre Institution, mais des ajustements qui sont nécessaires, comme une meilleure évaluation de la tarification de l'activité, l'absence de concurrence au sein de l'institution (services, établissements), la relocalisation d'activité au sein de l'AP-HP, la séparation des budgets de fonctionnement des hôpitaux, la revalorisation du statut des attachés, etc.

Le Pr Bernard Granger déclare soutenir la précédente intervention. En dépit des difficultés matérielles et morales, en effet, les patients sont soignés avec le plus d'humanité et de technicité possible. Il affirme ensuite que le modèle économique imposé à l'hôpital public n'est pas viable. On demande aux équipes soignantes de faire plus avec moins de moyens, et les tarifs des soins produits sont abaissés. Ce modèle mécaniquement déficitaire est dénoncé en vain par le corps médical depuis des années. Tous les ans, l'AP-HP bricole un plan d'économie, fait du saupoudrage de restrictions de moyens, au prix d'une dégradation progressive des conditions de travail et de la qualité des soins. Il déplore par ailleurs l'évolution et les changements incessants du déficit prévisionnel : 50 M€ annoncés en juin 2017, puis 160 M€ et 220 M€. Il souhaiterait d'ailleurs une courbe d'évolution pluriannuelle présentant les déficits et le poids de la dette.

Il rappelle que la ministre a annoncé un dégel de 250 M€ au profit des hôpitaux. La part destinée à l'AP-HP n'est certes pas encore révélée. Néanmoins, le nouveau plan d'économie sera-t-il diminué de ce dont l'AP-HP bénéficiera grâce au dégel ?

Le Dr Patrick Dassier souligne la logique comptable à l'œuvre. Il affirme que les activités ne sont pas rémunérées à la hauteur de la qualité et de l'expertise des soins prodigués. La spirale déficitaire est telle qu'elle semble voulue pour détruire le service public hospitalier. Il signale le paradoxe à demander tous les ans une hausse de l'activité tout en diminuant systématiquement la tarification. Par un effet électoral, quelques compensations d'un gel salarial datant de 2009 ont été obtenues pour les médecins en 2017. Depuis 2004, le changement du statut notamment des praticiens hospitaliers est évoqué et trouve un contexte propice. Pourtant, le salaire mensuel des assistants est scandaleux. Les internats ont été prolongés pour disposer de régiments de médecins à peu de frais. L'environnement de travail

se dégrade depuis plusieurs années. Le travail des anesthésistes s'intensifie. Les praticiens hospitaliers n'ont certainement pas failli à leurs missions. Dans ce cadre, les propositions formulées ne lui semblent pas attractives. Le cas échéant, la suppression des statuts concernera ceux de la fonction publique, des praticiens hospitaliers, des administrations, de l'école nationale de formation des directeurs de Rennes, etc.

Le Dr Anne Gervais est d'accord avec les propos tenus concernant les maladies rares, les charges, les médicaments et une réorganisation à terme avec la ville. Toutefois, l'urgence doit être traitée. Le gel de 0,5 % de la masse salariale a en effet des conséquences immédiates. La qualité des soins est menacée par la réduction des effectifs. Le manque d'effectif nuit également au développement de l'activité, ce qui accroît encore le déficit. La cessation de contrat d'attachés, de praticiens hospitaliers contractuels (PHC), etc. est déjà annoncée dans les GH. Leur travail est pourtant indispensable. Quant à la redéfinition du statut de l'AP-HP cela dépend d'un débat qui dépasse la CME. L'enjeu du débat est national et requiert la participation citoyenne. Dans les pays voisins les réformes des services publics ferroviaires ou hospitaliers ont mené à la catastrophe. Le rendement immédiat des entités privées n'amène pas plus d'efficacité et à long terme on en constate l'échec. Enfin, si les missions de l'AP-HP sont confirmées comme elles semblent l'être, elle doit obtenir les moyens de les remplir. Le montant de 114 M€ d'admissions en non-valeur ne devrait plus être imputé en charges, ce qui porterait le déficit à 86 M€.

Le Pr Dominique Prié souhaiterait connaître l'origine de la très grande hétérogénéité des niveaux de déficit au sein des hôpitaux de l'AP-HP. Cela permettrait en effet de comprendre les mécanismes et de présenter des arguments aux tutelles.

Le directeur général confirme qu'un état des lieux par hôpital est réalisé qui se révèle très hétérogène. Il est cependant difficile d'en déterminer les causes qui se révèlent multifactorielles. En tout état de cause, les spécificités de chaque GH sont prises en compte.

Ensuite, distinguer les dépenses de fonctionnement des dépenses d'investissements pour construire les hôpitaux reste théorique et ne saurait être défendue. Les projets de transformation hospitalière sont en effet intimement liés aux projets médicaux. Les coûts de fonctionnement sont liés aux organisations spatiales, à l'absence de regroupement d'activités, etc.

En troisième lieu, il réaffirme que tout résumer à l'enjeu des tarifs et de l'Ondam est réducteur et erroné. Des évolutions tarifaires ou réduction de la part de la tarification à l'activité (T2A) dans le financement de l'hôpital peuvent certes être défendues, mais la lecture tarifaire n'est pas exclusive.

Par ailleurs, le statut de l'AP-HP doit rester public. L'opportunité d'une privatisation n'est pas en question. En revanche, un autre cadre juridique avec un statut public pourrait être considéré. Selon le directeur général, les problèmes de l'AP-HP peuvent être surmontés dans le cadre juridique actuel, mais plus douloureusement que dans un autre.

Le directeur général explique enfin la raison pour laquelle le gel sur la masse salariale est également nécessaire. Le cas échéant effet, il sera impossible de défendre en fin d'année une activité finalement plus faible et des dépenses de masse salariale plus élevées que prévu. À ce titre, le gel constitue une protection, même s'il est pénible. Le directeur général assure qu'il serait heureux de procéder à un dégel avant la fin de l'année. Il rappelle que moins de 14 M€ d'économies ont été réalisés sur les biosimilaires contre un objectif de 25 M€, et moins de 23 M€ de recettes pour les

chambres individuelles contre un objectif de 35 M€. En outre, nul ne saurait garantir que les objectifs d'activité seront atteints. Ce gel vise ainsi à protéger l'institution.

Par ailleurs, le non-renouvellement de contrats de praticien hospitalier contractuel (PHC) et de vacataires ne concerne pas tous les PHC ni tous les services. Cela a été récemment précisé aux GH. Le gel – certes pénible – ne doit pas remettre en cause la qualité des soins. C'est l'intérêt des échanges qui ont eu lieu avec chaque GH pour voir son application conduite.

Mme Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ fait savoir que l'agence de santé régionale (ARS) n'a pas encore adressé de notification concernant le dégel. Elle estime toutefois la part de l'AP-HP à moins de 10 %. Lors du premier dégel de fin d'année 2017, l'AP-HP avait en effet bénéficié de 8,6 M€. Par extrapolation, 10 à 15 M€ de recettes complémentaires sont estimés pour ce second dégel au titre de 2017. En tout état de cause, la DGOS a souligné le caractère exceptionnel de ces recettes qui ne nous exonèrent pas des efforts sur 2018.

Le Pr Yves COHEN rappelle qu'un bilan positif de 20 à 40 M€ avait été annoncé après la réforme de l'organisation du temps de travail (OTT). Aucun retour n'a été présenté à ce sujet. En revanche, l'absentéisme s'accroît notablement. 10 % du personnel de son GH est absent chaque jour. Les absences représentent en moyenne 24 jours par infirmière, soit 25 postes si l'absentéisme diminuait de moitié. Un effort dans ce domaine serait judicieux, d'autant qu'il serait peu douloureux et relativement aisé. Par ailleurs, un surcroît d'économie est encore demandé s'agissant du personnel paramédical et médical après une première réduction. Enfin, il s'interroge sur l'opportunité de consacrer plus de 100 M€ pour le projet Hôtel-Dieu.

Le Pr Bruno CRESTANI affirme que les communautés peinent à supporter le fait que l'avenir apparaisse comme une succession de dégradations constantes. Des perspectives ont certes été ouvertes. Mais la nouvelle AP-HP reste une vue théorique qui ne rassurera personne. Tous les ans, les mesures d'économie s'accroissent. Chacun tente certes d'insuffler de l'optimisme mais la situation empire année après année.

Le Pr Rémy NIZARD affirme que le GH Saint-Louis – Lariboisière se dégrade notablement en dépit d'atouts robustes comme des activités définies et peu dispersées, et une stratégie médicale cohérente. La situation y est extrêmement compliquée. Depuis plusieurs mois, la perte de motivation est généralisée et insidieuse. Les causes en sont multiples et inutiles à détailler. Les prévisions paraissent également inutiles puisque le degré de maîtrise de l'AP-HP est limité. Le combat relatif à la tarification est ainsi largement insuffisant et quasiment perdu d'avance. Le combat doit également être mené en interne pour regrouper des activités, réorganiser face à l'insuffisance des taux d'ouverture de certains blocs opératoires (62 % à Lariboisière). Le nombre de blocs opératoires, de lits de neurologie inoccupés, etc. doit être diminué au regard de leurs coûts et des besoins réels. Il souligne que l'AP-HP a la main sur la réorganisation des structures, et non sur la tarification. Elle doit donner la priorité à ce qu'elle maîtrise.

Le Pr Jacques DURANTEAU rappelle que les restructurations sont difficiles et qu'il faut se donner les moyens de les réussir.

Le Pr Claire POYART déclare que la biologie est indispensable à une médecine de qualité. Assurant notamment l'activité de recherche, elle est un des atouts de l'AP-HP. Des mesures d'efficience ont été annoncées, notamment en biologie. Des efforts ont d'ores et déjà été réalisés dans ce domaine, incluant des réductions de poste. D'autres pistes existent, que les intéressés sont prêts à étudier et à emprunter. Elle estime également qu'une réflexion relative aux statuts et aux métiers serait

effectivement utile. Par ailleurs, elle évoque un communiqué de presse du 5 mars relatif au dépistage de la trisomie 21.

Le directeur général confirme que des pistes ont été concrétisées en biologie tandis que d'autres doivent être exploitées. Par ailleurs, il indique que l'absentéisme a diverses causes. Réduire son taux serait certes souhaitable, mais il ne peut pas décréter à l'avance une baisse (de 10 à 5 % d'une année à l'autre). Cette évolution a pesé sur les charges. Diverses actions ont donc été décidées, dont le projet de label qualité de vie au travail. Cette dernière est un levier important. En tout état de cause, des mesures de diminution de l'absentéisme ne peuvent se substituer aux autres mesures d'économie annoncées.

La vente de deux bâtiments pour financer la rénovation et l'appel à projets pour valoriser la partie parvis de l'Hôtel-Dieu constitue toutefois un équilibre pertinent. Procéder autrement ferait surtout perdre de temps sans faire gagner de l'argent. Les résultats du dépouillement prochain des offres – qui seront présentés à la CME – contribueront à étayer ce point.

Ni la tarification, ni les défauts de l'AP-HP ne sont la cause exclusive des problèmes rencontrés. Pointer les problèmes de fonctionnement n'est pas remettre en cause l'excellence de l'AP-HP, ni les qualités des communautés, ni les services rendus. Toutefois, cette excellence s'épanouit-elle le mieux possible dans le cadre actuel ? En majorité, ceux qui prennent la parole en CME répondent par l'affirmative. Les réponses individuelles obtenues en face à face sont toutefois négatives. Le directeur général explique que la question est de savoir si dans le cadre de la grande transformation du système de santé annoncé, l'AP-HP se contentera d'une modification de la tarification et maintiendra son organisation ou si elle proposera son propre projet. Il prendra acte d'une demande de *statu quo*.

Le président remercie les participants pour la qualité du débat. Ces échanges seront poursuivis lors de points d'étape réguliers. Il estime, comme le Pr Philippe CORNU, que l'AP-HP est une très belle institution qui rend service aux patients et à notre société. L'AP-HP reste le recours en cas de problèmes, y compris dans d'autres CHU. Elle assure également des missions de proximité. Les personnels s'engagent corps et âme. Le président réaffirme son fort attachement au service public hospitalier qu'il sert depuis 40 ans. Il en appelle à éviter tout simplisme. S'il adhère à une partie des mesures formulées, le président ne peut pas approuver le gel du personnel médical car il aura un effet négatif sur l'activité. Des réorganisations sont certainement nécessaires pour adapter les moyens à l'évolution de l'activité des différents services, mais cela nécessite au préalable d'avoir une vision précise de la réalité de chaque service, et de tenir compte des files d'attente, notamment pour les blocs opératoires. La situation financière est difficile et impose une approche pragmatique en allant voir ce qui se passe dans chaque service car il existe une distorsion entre les analyses qui nous sont produites et le ressenti sur le terrain. Une analyse objective est donc nécessaire. Ce n'est pas la contrainte économique, mais le bien des patients qui doit nous amener à restructurer lorsque cela est nécessaire et bénéfique aux patients. Cela signifie dans le même temps qu'on l'on ne peut pas être d'accord avec les restructurations que si elles se produisent chez le voisin. **Le président** rappelle l'importance du dialogue, d'autant plus nécessaire que la situation est tendue. Quand il y a un problème dans un service, il faut pouvoir être reçu rapidement et écouté : cela participe aussi du bien-être au travail.

III. Avis sur le plan « santé et sécurité au travail » à l'AP-HP

Le Dr Lynda BENSEFA-COLAS précise que le plan « santé et sécurité au travail » a été initié dans un contexte difficile dans les services de santé et sécurité au travail. Ce contexte est caractérisé par :

- un déficit aigu de médecins du travail dans certains établissements ;
- la construction en cours de la coordination centrale : l'arrivée du Dr Lynda BENSEFA-COLAS en fin d'année 2017 et d'une adjointe en novembre a permis d'initier la collaboration avec un certain nombre de médecins ;
- l'évolution du cadre juridique ;
- le caractère inadapté du système d'information qui, en particulier, ne permet pas d'évaluer l'impact sanitaire des organisations de travail sur le personnel.

Cette situation a conduit le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) à faire valoir deux « dangers graves et imminents » (DGI).

Le premier volet du plan santé et sécurité au travail vise à redéfinir les acteurs du plan, la gouvernance des équipes médicales et paramédicales spécialisées en santé au travail plus particulièrement. Par ailleurs, le service central de santé au travail de l'AP-HP doit avoir une ambition hospitalo-universitaire lui permettant de piloter différents projets et de mener des travaux de recherche. De même, le plan met l'accent sur les équipes pluridisciplinaires participant à la prévention des risques professionnels dans les GH.

Un second volet, le volet médical du plan santé et sécurité au travail, établi en concertation avec les médecins du travail concernés, compte cinq priorités.

- **Renforcer le suivi en santé au travail des médecins**
  En 2016, seulement 1 500 médecins ont été reçus en visite médicale, nombre nettement insuffisant au regard du contexte, des difficultés et des événements survenus. Un suivi particulier doit être assuré pour les internes, population qualifiée de « particulièrement fragile » lors de la précédente CME.

- **Renforcer la prévention des risques psycho-sociaux au travail**
  Une prise en charge médicale spécifique et précoce des personnels médicaux est prévue en lien avec la sous-commission *Vie hospitalière* (CVH) et le comité des internes. Des travaux sont en cours à ce sujet en lien avec le plan dit « ressources humaines – personnel médical » (RHPM). La prise en charge des personnels non médicaux souffrant notamment de problèmes de santé mentale au travail par les services de santé au travail est renforcée. Des interventions pluridisciplinaires concernant les facteurs individuels et collectifs pouvant favoriser les risques psycho-sociaux (RPS) sont menées. Un plan spécifique à ce sujet est décliné dans le plan santé au travail dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie au travail.

- **Renforcer la prévention et le suivi des risques infectieux et les vaccinations professionnels**
  Certaines vaccinations sont obligatoires, contre l'hépatite B notamment. Le nombre de médecins non immunisés contre ce virus s'accroît toutefois. La prise en charge à cet égard est fondamentale car il existe alors un risque de transmission du virus des soignants vers les patients. Normalement, les services de sécurité et santé au travail suivent et vérifient la mise à jour des vaccinations et l'immunisation des personnels, dont les médecins et notamment de certains médecins étrangers. La surveillance médicale renforcée requiert par ailleurs des moyens adéquats.

- **Intégrer et maintenir dans l'emploi les agents en situation de handicap**
  Des recommandations ont été formulées à cet égard, en écho à la loi de 2005. Les agents en difficulté doivent être accompagnés en lien avec les ressources humaines et les référents

handicaps. Les dispositifs permettant de garantir et d'anticiper les visites de pré-reprise doivent en outre être renforcés pour favoriser les reprises de poste dans les meilleures conditions.

- **Assurer la veille sanitaire et développer la recherche en santé travail**
  Cet objectif figure également dans le plan national santé au travail. La priorité est certes de suivre au mieux les agents. Il est toutefois également important de développer la recherche, d'autant que le nombre d'agents (93 000) permettrait de réaliser une veille efficace et des études longitudinales, d'anticiper certains effets sanitaires chez le personnel hospitalier et de mettre en évidence l'impact des conditions de travail et de certaines mesures de prévention sur la santé grâce à un outil de surveillance performant.

Le Dr Lynda BENSEFA-COLAS indique que des services de santé au travail efficients nécessitent des moyens, ainsi que des médecins du travail. Une cartographie des besoins par GH et par établissement a été préparée afin d'orienter les recrutements. Des travaux sont en cours au profit du développement des personnels de santé au travail, des préventeurs et pour accroître l'attractivité de l'AP-HP qui offre de nombreux atouts pour les médecins du travail (plateau technique, collaborations, etc.). Il serait également judicieux de réfléchir aux éventuelles reconversions de PH d'autres disciplines vers des postes de médecins du travail. Enfin, un système d'information adapté et moderne est nécessaire.

Le Pr Paul LEGMANN s'enquiert du nombre de postes de médecin du travail vacants et de leur statut. Leur masse salariale relève-t-elle de l'administration ou du personnel médical de l'hôpital soumis au gel de 0,5 % ?

Le Pr Rémi SALOMON relève que comme cela a souvent été évoqué, le retard dans le domaine de la santé au travail est très important. La médecine du travail est insuffisante au regard des expositions quotidiennes aux risques psycho-sociaux et aux souffrances de certains collègues. Quels sont les moyens que l'AP-HP pourrait déployer pour relever ce défi ?

Le Dr Christophe TRIVALLE fait savoir qu'un communiqué de presse fait état du suicide d'un soignant dans les locaux du service central de santé au travail.

Le Dr Lynda BENSEFA-COLAS confirme l'événement tragique survenu dans son service. Elle indique ensuite qu'environ 15 postes sont vacants. L'AP-HP a fait appel à un cabinet de recrutement pour pouvoir faire face à un secteur privé très concurrentiel. La centralisation des recrutements par le service central de santé au travail est d'ailleurs impérative pour accompagner au mieux les postulants sur les sites. *A priori*, les médecins n'étant pas recrutés avec un statut de PH, la masse salariale afférente ne relève pas de celle du personnel médical.

Le président rappelle que le recrutement de médecins du travail est la condition de la réalisation effective du plan proposé.

La CME émet un avis favorable à l'unanimité au plan « santé et sécurité au travail » de l'AP-HP.

IV. Projet médical du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest* (HUPIFO)

Mme Anne COSTA précise que le GH est situé principalement hors de Paris, dans trois départements différents. Le GH est rattaché à la faculté des sciences de la santé Simone-Veil (UVSQ). Il est le seul GH de l'AP-HP au sein de cette faculté, celui-ci est membre associé à trois GHT au nom de l'AP-HP.

Le GH est composé de 4 hôpitaux de taille inégale et d'exercices différents :

- Ambroise-Paré (environ 400 lits), avec essentiellement des activités de recours ;
- Raymond-Poincaré (environ 300 lits), avec des activités liées aux handicaps ;
- Sainte-Périne (550 lits), exclusivement consacré au vieillissement à la fois en gériatrie aiguë et en soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- hôpital maritime de Berck (200 lits), centré sur le handicap, la neurologie et l'obésité.

Le secteur de soins critiques et de services d'urgences est important. Le plateau technique de rééducation est un de plus important et équipé de l'AP-HP. Les activités sont centrées sur les parcours de soins et de vie, une grande partie des patients étant atteints de maladies chroniques.

Le Pr Joël Ankri rappelle le projet médical du GH, à la convergence de trois dynamiques à la fois AP-HP, régionale et de l'UFR de médecine. Les priorités sont :

- de renforcer le positionnement de recours pour le territoire ;
- d'offrir aux plus vulnérables des plateformes intégrées de soins et d'innovation pour garantir les missions de service public ;
- de garantir la prise en charge en urgence.

En outre, les organisations doivent être adaptées aux demandes des patients d'une part et garantir la dynamique de recherche et d'enseignement d'autre part.

La recherche s'articule autour des axes majeurs que sont :

- le handicap neuro-locomoteur ;
- l'infectieux/inflammation ;
- l'épidémiologie et les cohortes (vieillissement, néphrologie, vasculaire cardiologie, infectieux).

Le GH est positionné dans des secteurs de recherche innovants en complémentarité de l'offre de Paris-Saclay.

S'agissant de l'insertion dans le territoire, le GH est référent pour 3 GHT. Trois conventions d'association sont en outre en cours de finalisation, notamment dans les Yvelines Nord avec la discipline pivot qu'est l'imagerie et un principe général de subsidiarité, un Éspic exerçant un fort tropisme. Pour les Yvelines Sud, les disciplines pivots sont respectivement la chirurgie vasculaire, la néphrologie et probablement bientôt la pneumologie tandis qu'il s'agit de chirurgie orthopédique, des laboratoires et services d'accueil des urgences (SAU) pour les Hauts-de-Seine.

Le GH peut être caractérisé par :

- des forces :

- identité gériatrique et handicap clinique et universitaire ;
- complémentarité des sites ;
- des pathologies d'organe centrées sur le recours.

- des faiblesses :

- diversité de cultures entre les sites ;
- forces centripètes induisant des départs d'activité ;
- des disciplines manquantes pour répondre aux projets d'UFR.

Des opportunités :

- développement du SAU ;
- démographie vieillissante de la population de l'ouest parisien ;
- politique de territoire avec les GHT ;
- des investissements majeurs programmés.

Les quelques menaces sont :

- la démographie médicale avec le transfert de praticiens au privé ;
- la forte concurrence extra-muros entre hôpitaux privés, ESPIC et hôpitaux publics ;
- un équilibre financier difficile à maintenir.

Mme Anne COSTA présente trois projets marquants :

- pharmacie à usage intérieur (PUI), pour une robotisation permettant une dispensation journalière individuelle (DJIN) en SSR et soins de longue durée (SLD) ;
- une unité de soins prolongés complexes (USPC) de 24 lits;
- le regroupement de laboratoires de Garches vers Ambroise-Paré (première étape de la reconstruction de Garches).

Le Pr Joël ANKRI présente pour sa part les investissements bâtimentaires :

- le nouveau bâtiment de Sainte-Périne qui accueillera à partir de 2021 60 lits dédiés à la prise en charge de personnes âgées présentant des troubles psycho-comportementaux liés à des états démentiels ;
- le projet de regroupement de l'hôpital Raymond-Poincaré à Ambroise-Paré.

Mme Anne COSTA ajoute qu'outre la rééducation, l'établissement offre des dispositifs de soins critiques importants, ainsi que des spécialités médicales et chirurgicales de proximité pour les personnes handicapées.

Le Pr Joël ANKRI souligne ensuite la renommée internationale de Raymond-Poincaré en recherche.

Mme Anne COSTA fait état d'un travail notable mené avec les établissements d'aval, les partenaires médico-sociaux et les unités de recherche. L'expertise proposée s'exerce tout au long de la vie des patients handicapés.

Le Pr Joël ANKRI ajoute que le lien avec le secteur médico-social et la ville notamment est assuré.

Mme Anne COSTA indique que le calendrier prévisionnel est respecté. Le projet médical est en cours de finalisation. Le capacitaire est en cours d'étude (activité cible en journée, en actes, etc.). Le préprogramme architectural sera entamé en mars 2018. En mai 2018, le rapport sera transmis à l'ARS. Le premier examen en comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) est souhaité pour juin 2018 pour une décision du COPERMO attendue ensuite en fin d'année 2018.

Le Pr Joël ANKRI présente le processus de participation des personnels médicaux et paramédicaux au projet. Il déclare que le regroupement de Garches sur le site de Boulogne constitue une opportunité considérable pour :

- enrichir le cadre architectural et médical ;
- compléter les parcours des patients enfants et adultes ;
- étendre le projet aux adultes handicapés vieillissants ;
- apporter des axes nouveaux d'activité et de recherche, conforter le rôle d'accueil en urgence par l'arrivée du SAMU/SMUR dans les Hauts-de-Seine ;
- accueillir des activités d'unités médico-judiciaires et d'institut médico-légal, de toxicologie en lien avec les urgences ;
- créer un site de taille critique ;
- développer la recherche.

Le Pr Joël ANKRI propose une vision de l'hôpital de demain qui :

- mettra l'accent mis sur les parcours, de soins ou de vie ;
- connaîtra la transition du digital dans tous les domaines ;
- sera le lieu des innovations organisationnelles et des révolutions médicales ;
- accélérera l'insertion dans l'environnement (télémédecine, aval des prises en charge, continuité pour les maladies chroniques, etc.) ;
- modélisera les liens avec le médico-social, en participant aux expérimentations de l'article 51.

Le Pr Paul LEGMANN demande si l'ensemble des activités de Raymond-Poincaré sera transposé à Ambroise-Paré.

Mme Anne COSTA répond que l'organisation architecturale sera différente. En effet, des plateaux techniques pourront être réunis. Les liens entre le cœur du bâtiment d'Ambroise-Paré et les nouveaux bâtiments doivent être étudiés. D'ailleurs, si toute la pédiatrie y sera installée, il n'est pas encore déterminé si ces bâtiments accueilleront seulement la rééducation, ou la rééducation et la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) liée au handicap. De nombreux éléments, notamment de flux et d'utilisation du plateau technique doivent être pris en compte.

Le Dr Patrick PELLOUX rappelle que tous les COPERMO intègrent des fermetures de lits. Il s'enquiert de la part de fermetures exigées en l'occurrence.

Mme Anne COSTA répond que les critères du COPERMO s'imposent en termes d'évaluation de durée moyenne de séjour (DMS), de taux d'occupation, etc. Aucun chiffre n'a été arrêté puisque le dossier est en cours de préparation, cependant, le taux habituellement avancé est d'environ 20 %. Cela étant, le GH fera valoir ses spécificités, relatives notamment au handicap.

Le Dr Patrick PELLOUX signale que l'excellence de la prise en charge du handicap à Garches est reconnue. Le travail réalisé avec les associations est considérable. Il tient à alerter la communauté sur une évaluation trop faible du nombre de lits. En effet, les polyhandicapés, notamment de jeunes insuffisants respiratoires, qui relèvent de soins très spécifiques ne peuvent être pris en charge dans des structures de proximité, mais seulement à Garches.

Le Pr Joël ANKRI assure que l'objectif est de limiter les réductions en soulignant l'importance et la spécificité de la prise en charge des handicaps lourds.

M. Guy BENOÎT juge le projet enthousiasmant. Eu égard au contexte toutefois, il s'interroge sur l'avis que donnera le COPERMO et s'inquiète des chances du projet d'aboutir.

Le directeur général souhaite faire le lien avec les échanges précédents, qui confirment que si le programme d'économie n'était pas réalisé, le programme d'investissements serait revu à la baisse.

V. Stratégie médicaments et dispositifs médicaux

Le Pr Philippe LECHAT présente les principaux axes stratégiques du comité du médicament et des dispositifs médicaux (COMÉDIMS) pour réduire les dépenses en médicaments et en dispositifs médicaux.

L'introduction de biosimilaires permet des économies substantielles, avec des réductions de 50 à 70 % des prix notamment du Remicade® et du Mabthera®. Herceptin® et Avastin® seront concernés en 2018 et 2019. L'objectif est d'obtenir 90 % de prescriptions en biosimilaires, en conservant 10 % pour des rares cas jugés difficiles par le médecin ou inopportuns par le malade. Cet objectif permettrait une économie de 25 M€ et un gain net de 9,6 M€.

Les médicaments contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) représentent 59 M€ de dépenses. Des génériques de mono et surtout de bi et de trithérapie arrivent sur le marché. Le remplacement des princeps à 100 % par les génériques en intra-hospitalier et en introcession est visé. La limitation du transfert du ténofovir disoproxil contenu dans le Truvada® vers le Descovy® contenant le tenofovir alafénamide moins rénotoxique doit être discutée doit être discutée en commission médicale des anti-infectieux (COMAI). Concernant les trithérapies, pour une partie d'entre elles, une partie de la bithérapie est génériquée. Avec l'adhésion des prescripteurs et des patients ainsi, le comprimé quotidien pourrait être remplacé par 2 quotidiens en une seule prise. C'est le cas pour les trithérapies Triumeq et Eviplera en particulier. La facture liée aux VIH pourrait ainsi être réduite de 8,2 M€ tandis que les gains EMI/ERI seraient de 2 M€.

Par ailleurs, les dépenses liées aux facteurs VIII anti-hémophiliques représentaient 42 M€ en 2017. La mise en concurrence de ces produits est réglementairement interdite. Il est ainsi proposé aux trois centres spécialisés de favoriser les facteurs anti-hémophiliques les moins chers. Les prochains nouveaux traitements seront toutefois onéreux. Une réduction des dépenses de 7,5 M€ est néanmoins visée. Une négociation est en cours avec les laboratoires pour envisager les meilleures réductions.

Enfin, les prescriptions inutiles doivent être réduites, en tentant en particulier de réduire autant que possible les prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (AMM) qui ne sont pas scientifiquement justifiées. Dans un avenir proche, les prescriptions hors AMM les plus onéreuses ne seront probablement plus remboursées par l'Assurance maladie, ce qui représenterait environ 70 M€. Cette évolution doit être anticipée en proposant autant que possible la prise en charge de médicaments hors AMM par des essais cliniques. En effet, la caisse nationale l'assurance maladie (CNAM) accepte de financer des essais cliniques à promotion institutionnelle. La réflexion sera approfondie en ce sens, en identifiant les médicaments qui pourraient être concernés (éventuellement le Belatacept, le Defibrotide, etc.) au sein des médicaments intra-groupe homogène de séjour (GHS).

Trois axes d'économie ont également été définis concernant les dispositifs médicaux (défibrillateurs, pansements, sutures et ligatures). Une réduction de la dépense de 1,5 M€ est envisagée.

Selon la directrice de l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) par ailleurs, l'optimisation des techniques d'achat devrait permettre de réduire les dépenses en équipements médicaux et biologie de – 3 M€.

Au total, une réduction de dépenses de 25 M€ est envisagée. Les projets sont toutefois hors-GHS ou en rétrocession. Réduire les dépenses, réduire ainsi également les recettes. Grâce à l'EMI, 11,6 M€ sont au moins recouvrés.

Le Dr Christophe TRIVALLE estime que certaines mesures s'apparentent à du « rafistolage ».

Le Pr Rémi SALOMON juge logique d'approfondir la piste des essais cliniques et suggère de tirer parti de l'ampleur de l'AP-HP pour réaliser des essais uniques sur des cohortes de patients. Par ailleurs, grâce à sa taille, l'AP-HP pourrait envisager de fabriquer certains médicaments coûteux, comme certains hôpitaux en Amérique du Nord.

M. Guy BENOÎT considère que les mesures proposées demandent des efforts réalisables et sont indispensables. Il souligne ensuite qu'au-delà du remboursement, c'est l'achat qui importe dans le budget. Il souligne que face à ces économies, des risques de dépenses importantes existent liées à des thérapies innovantes, efficaces mais très coûteuses qui arriveront prochainement sur le marché.

Le Pr Olivier BENVÉNISTE confirme que l'objectif est de faire de l'AP-HP un centre unique pour monter des essais. La prescription des médicaments notamment intra-GHS coûteux serait contrainte par l'entrée dans l'essai.

Le Dr Nathalie DE CASTRO estime que le passage aux génériques antirétroviraux sera possible, sous réserve du temps d'explication nécessaire. Cela étant, les recettes afférentes seront temporaires éventuellement jusqu'en 2019 mais tous les prix diminueront ensuite.

VI. Dispositifs intraveineux de longue durée

Le Pr Henri-Jean PHILIPPE indique qu'une commission dédiée a conduit durant deux années, des travaux relatifs à la ré-internalisation des dispositifs intraveineux de longue durée (DIVLD). L'enjeu est de répondre aux besoins des patients et des équipes. Actuellement, des traitements lourds sont prescrits puis mis en œuvre par les équipes de l'APHP, mais les systèmes de réalisation (chambre implantable) sont souvent externalisés. De plus, lorsque les équipes soignantes sont en difficulté dans les GH, il est difficile d'y trouver un expert pouvant répondre à leur demande.

Concernant l'activité, environ 35 % est réalisée à l'extérieur et 53 % en hospitalisation. Il existe ainsi une absence de continuité de prise en charge et des hospitalisations inutiles.

Concernant les pratiques, une enquête menée auprès de 18 unités de l'AP-HP révèle une disparité des pratiques et une potentielle hétérogénéité de la qualité et de la sécurité des prises en charge.

Une étude dans trois GH montre par ailleurs que le coût global de la prise en charge représente 400 €, pour un tarif de 844 €. Si les chambres implantables étaient toutes installées à l'AP-HP, les bénéfices s'élèveraient à 2 à 3 M€ annuels.

Des freins ont été identifiés, liés aux professionnels d'une part et à l'organisation d'autre part. En effet, les professionnels de santé sont peu intéressés ou sont en sous-effectifs. Surtout, aucune organisation dédiée n'existe dans de nombreux GH. Les DIVLD y sont souvent posés en fin de programme, sur des plages non dédiées, ce qui annule l'attrait pour les praticiens.

Trois axes de progrès ont été identifiés :

- créer des unités d'accès vasculaire prenant en charge le dispositif intraveineux : des circuits, des modèles et des locaux types ont été définis ;
- augmenter le nombre de praticiens, entre autre par le transfert de compétences dans le cadre de protocoles de coopération qui permet de valoriser le travail de chacun (les manipulateurs en radiologie peuvent comme à Saint-Antoine, poser des *Picline* avec les radiologues ou les infirmiers avec les médecins anesthésistes comme à Tenon, etc.) ;
- développer l'expertise dans chaque GH.

À ce dernier titre, un diplôme interuniversitaire sera créé pour permettre des binômes soignants/médecins référents au niveau de chaque GH.

Le travail collaboratif multi-établissements réalisé a permis de relever :

- la nécessité d'améliorer la continuité des soins et la qualité de la prise en charge d'un geste relativement abandonné et banalisé ;
- les conditions de réinternalisation de la pose de DIVLD : il est espéré que l'exemple des 3 à 4 GH qui instaurent une unité d'accès vasculaire veineux (UAVV) soit suivi par les autres ;
- la nécessité de favoriser le transfert de compétences ;
- l'importance d'un diplôme afférent.

Le Dr Christophe TRIVALLE demande si la recette liée au retrait du dispositif équivaut à celle de la pose.

Le Pr Henri-Jean PHILIPPE répond que ce n'est pas le cas, le retrait est réalisé en externe.

VII. Avis sur la modification de la charte d'utilisation de l'entrepôt de données de santé (EDS) de l'AP-HP

Le Pr Philippe LECHAT indique que conformément aux recommandations de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), une information collective et individuelle des patients a été organisée, suscitant une opposition sur 1 000 à gérer. 14 protocoles ont été soumis à l'analyse du comité scientifique et éthique instauré en février 2017. Il est apparu qu'il était inutile que le comité analyse les études de faisabilité proposées par les collègues de l'AP-HP. Le nombre de projets déposés est relativement faible pour l'instant.

Un amendement aux règles de fonctionnement du comité scientifique est proposé, pour supprimer l'avis du comité concernant les recherches effectuées par les équipes médico techniques à l'échelon de leur équipe de soin, au regard du partage du secret médical. La restriction avait été contestée à juste titre par les médecins et les équipes médico techniques.

Pour faciliter l'accès aux données de l'EDS, un référent EDS a été désigné au sein de chaque unité de recherche clinique (URC).

Il est ensuite proposé que les études de faisabilité des essais cliniques proposées par les professionnels de l'AP-HP ne soient plus analysées par le comité scientifique ni ne fassent l'objet d'une information des professionnels. Cela permettra de les réaliser plus rapidement.

Par ailleurs, les partenaires extérieurs ne pourront réaliser d'études sans la demande des professionnels de l'AP-HP. Seuls les résultats et aucune donnée individuelle sortiront de l'AP-HP. Une exception est proposée pour les partenaires académiques : si nécessaire, les données seraient transférées sur des serveurs agréés pour que l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) ou l'Université puissent procéder aux analyses avec les professionnels de l'AP-HP.

Pour conclure, le Pr Philippe LECHAT signale que le logiciel *Chimio* n'est pas connecté à ORBIS. L'EDS ne permet donc pas encore d'obtenir d'informations sur les médicaments pour les études en cancérologie. Cette problématique a été soumise à la direction des systèmes d'information.

Le Pr Catherine BOILEAU souligne que les amendements proposés sont très importants en ce qu'ils favorisent l'utilisation de l'EDS.

Le Pr Rémi SALOMON indique s'interroger sur les raisons pour lesquelles les GH s'emparent si peu rapidement des *big data*. Par ailleurs, il rapporte des questions posées par le Dr Nathalie DE CASTRO, concernant les décisions stratégiques et institutionnelles de l'AP-HP relatives à l'exploitation des *big data*. Il convient que la communauté médicale doit participer à la décision de ce sujet.

Le Pr Catherine BOILEAU explique que l'interrogation et l'extraction de données nécessitent une expertise bio-informatique de formulation. L'équipe de Picpus ne pouvant rendre ce service à tous, il importe que des relais locaux, les référents *big data* interviennent. Pour ce faire, la charte d'utilisation doit être modifiée, ce qui fait l'objet d'un des amendements proposés. Par ailleurs, la seconde question posée requiert une réponse institutionnelle.

Le Dr Anne GERVAIS indique que le Dr Nathalie DE CASTRO approuve les amendements proposés et les informations relatives à l'utilisation des données. Cela étant, le pilotage, la cartographie et les objectifs méritent d'être précisés avec une vision médicale et de santé publique.

La CME émet un avis favorable à l'unanimité à la modification de la charte d'utilisation de l'entrepôt de données de santé de l'AP-HP.

VIII. Avis sur la modification des pôles *Médecine, urgences, psychiatrie* (Cochin) et *Proximité, santé publique et prévention* (Hôtel-Dieu) du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris-Centre* (HUPC) : transfert des activités de psychiatrie

Le Pr Paul LEGMANN sollicite l'avis de la CME concernant deux modifications de pôle :

- transfert du pôle 107 « Médecine, urgences, psychiatrie » vers le pôle 109 « Proximité, santé publique et prévention » ;
- transfert de deux unités fonctionnelles de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu du pôle 107 au pôle 109, l'une dirigée par le Pr Bernard GRANGER et l'autre par le Dr Nicolas DANTCHEV.

Les objectifs sont de créer des centres de référence à l'Hôtel-Dieu, notamment dans le domaine de l'addictologie, de la prise en charge de psycho traumatismes, de troubles psycho-sociaux en lien avec des pathologies professionnelles et de créer un centre de thérapie cognitivo-comportementale. Un centre d'addictologie de niveau 3 sera instauré. Les activités de recherche seront renforcées.

Un centre d'urgence psychiatrique pourrait en outre être créé. Des activités d'hospitalisation conventionnelle ont déjà été réunies à l'Hôtel-Dieu dans le domaine de la psychiatrie. À terme, la consultation, les hôpitaux de jour et l'addictologie devraient également y être regroupés pour créer un centre de psychiatrie majeur pour les urgences et l'addictologie.

La CME approuve la modification de structures à l'unanimité des voix exprimées et deux abstentions.

IX. Questions diverses

Équipes opérationnelles d'hygiène

Le Pr Christian Richard affirme que la mise en œuvre des projets d'efficience peut avoir des conséquences catastrophiques sur les activités transversales, en particulier sur celles des équipes opérationnelles d'hygiène. Il souligne d'ailleurs qu'une publication scientifique a montré l'excellence de l'établissement à cet égard. Le plan d'action institutionnel de lutte contre les infections nosocomiales a permis de contrôler la survenue des épidémies d'infections à bactéries hautement résistantes. Pour garantir ces résultats les effectifs réglementaires des équipes d'hygiène doivent être respectés tant en quantité qu'en qualité. Or, les équipes opérationnelles d'hygiène souffrent des mesures du plan d'économie. Les impacts quotidiens d'une décision de court terme seront néfastes pour la sécurité et la qualité des soins, et entraîneront des dépenses ultérieures accrues.

Le directeur général précise qu'au cours des précédentes auditions, aucun GH n'a présenté de mesures d'économie concernant ces fonctions. En revanche, plusieurs d'entre eux l'ont interrogé sur un avis du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) relatif au remplacement d'un antiseptique par un produit similaire mais plus onéreux de + 200 000 €. Le directeur général s'interroge sur la valeur ajoutée de cet antiseptique.

Mission sur les soins de longue durée

Le Dr Christophe Trivalle s'enquiert de la nomination annoncée d'un chargé de mission concernant les soins de longue durée à l'AP-HP.

Le directeur général répond qu'aucun chargé de mission n'a été nommé. En temps opportun, le directoire sera le premier informé.

X. Approbation du compte rendu de la CME du 6 février 2018

Le compte-rendu de la réunion du 6 février 2018 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 19 heures 28.

* *

*

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

mardi 3 avril 2018 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

mardi 24 avril 2018 à 16 heures 30