COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE

DU MARDI 6 NOVEMBRE 2018

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 2018

SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Expérimentations innovantes en santé	9
III.	Point sur la situation budgétaire à fin septembre et chiffrage du plan de transformation de l'AP-HP	10
IV.	Amélioration de la couverture vaccinale des personnels de l'AP-HP	13
V.	Prévalence des infections nosocomiales à l'AP-HP	15
VI.	Présentation du « portail patients » de l'AP-HP	16
VII.	Avis sur des modifications de structures	18
VIII.	Questions diverses	19
IX.	Approbation du compte rendu de la CME du 9 octobre 2018	20

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (Pr Noël GARABÉDIAN)
2. Expérimentations innovantes en santé (Drs Anne GERVAIS et Sophie de CHAMBINE)
3. Point sur la situation budgétaire à fin septembre et chiffrage du plan de transformation de l'AP-HP (M. Pierre-Emmanuel LECERF)
4. Amélioration de la couverture vaccinale des personnels de l'AP-HP
   - Campagne de vaccination contre la grippe (Dr Sandra FOURNIER)
   - Carnet de vaccination électronique (Pr Joël GAUDELUS)
5. Prévalence des infections nosocomiales à l'AP-HP (Dr Sandra FOURNIER)
6. Présentation du « portail patients » de l'AP-HP (M. Raphaël BEAUFRET)
7. Avis sur les modifications de structures (Pr Paul LEGMANN)
   - Création d'une fédération d'ophtalmologie orientée sur le segment postérieur entre les hôpitaux universitaires (HU) Paris-Centre (HUPC) et Saint-Louis – Lariboisière
   - Modification de pôles dans les HU Saint-Louis – Lariboisière : suppression du service de chirurgie maxillo-faciale suite au transfert de l'activité à Beaujon
   - Modification d'un pôle dans les HU Paris Seine-Saint-Denis (HUPSSD) : transfert du département d'addictologie du pôle « activités ambulatoires et nutritionnelles » vers le pôle « femme-enfants »
8. Questions diverses
9. Approbation du compte rendu de la CME du 9 octobre 2018

SÉANCES RESTREINTES

Composition D

- Avis sur le recrutement principal des chefs de clinique des universités – assistants des hôpitaux dans les établissements liés par convention avec l'AP-HP au titre de l'année universitaire 2018-2019

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix délibérative :***

- Mme le Pr Nelly ACHOUR-FRYDMAN
- M. le Pr Yves AIGRAIN
- M. le Pr Joël ANKRI
- M. le Pr Jean-Yves ARTIGOU
- M. le Pr Thierry BÉGUÉ
- M. le Pr Sadek BELOUCIF
- Mme le Dr Catherine BERNARD
- Mme le Pr Catherine BOILEAU
- M. le Pr Francis BONNET
- M. Guy BENOÎT
- Mme le Dr Clara BOUCHÉ
- Mme le Dr Anne-Reine BUISINE
- M. le Pr Jean-Claude CAREL
- M. le Pr Pierre CARLI
- M. le Pr Gérard CHÉRON
- M. le Pr Yves COHEN
- M. le Pr Philippe CORNU
- M. le Pr Bruno CRESTANI
- Mme le Dr Sophie CROZIER MORTREUX
- 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 Bertrand GODEAU
- M. le Pr Bernard GRANGER
- M. le Pr Bertrand GUIDET
- 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 Dr Marianne LERUEZ-VILLE
- M. le Pr Laurent MANDELBROT
- Mr Michel MOÏSE
- Mme le Dr Lucile MUSSET
- M. le Dr Jean-Marc NACCACHE
- Mme le Dr Isabelle NÈGRE
- M. le Pr Rémy NIZARD
- Mme le Dr Valérie PÉRUT
- M. le Pr Michel PEUCHMAUR
- Mme le Pr Claire POYART
- M. le Pr Dominique PRIÉ
- Mme Caroline RAQUIN
- M. le Pr Christian RICHARD
- M. le Dr Frédéric RILLIARD
- Mme Isabelle RIOM
- M. le Pr Rémi SALOMON
- M. le Pr Éric THERVET
- M. le Pr Nicolas THIOUNN
- M. le Pr Jean-Marc TRÉLUYER
- M. le Dr Christophe TRIVALLE
- M. le Dr Noël ZAHR

- ***avec voix consultative :***

  - M. Martin HIRSCH, directeur général
  - M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers

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

  - M. le Pr Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
  - Mme Nathalie CHARNAUX, directrice de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
  - 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 du pilotage de la transformation
  - M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
  - M. François CRÉMIEUX, directeur général adjoint
  - M. Marc DUPONT, directeur des affaires juridiques (DAJ)
  - Mme Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
  - M. Pierre-Emmanuel LECERF, directeur général adjoint
  - Mme Delphine LUX, directrice adjointe de cabinet du directeur général
  - M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, directeur général adjoint
  - Mme Hélène OPPETIT et M. Oliver TRETON (DOMU)
  - Dr Laurent TRÉLUYER, directeur systèmes d'informations

- ***Représentante de l'ARSIF :***

  - Mme le Dr Caroline SUBERBIELLE

- ***Membres excusés :***

  - Mmes et MM. les D^{rs} et P^{rs} René ADAM, Philippe ARNAUD, Emmanuel BARREAU, Jean-Louis BEAUDEUX, Lynda BENSEFA-COLAS, Olivier BENVENISTE, Marie BORNES, Stanislas CHAUSSADE, Françoise BOTTEREL-CHARTIER, Nicolas DANTCHEV, Patrick DASSIER, Marysette FOLLIGUET, Christian GUY-COICHARD, Vincent JARLIER, Louis MAMAN, Véronique MOLINA, Patrick PELLOUX, Antoine PELHUCHE, Élisabeth PORSMOGUER, Bruno RIOU, Michel ZERAH

  - MM. Alexandre ALLERA, Arthur DAUPHIN, Yann FLÉCHER, Jean-Vincent LAQUA, Loïc MORVAN,

La séance est ouverte à 16 heures 30, sous la présidence du Pr Noël GARABÉDIAN.

I. Informations du président de la CME

Hommage aux P^rs^ Pierre GODEAU et Géraud LASFARGUES

La CME rend hommage à deux grands praticiens disparus récemment qui ont marqué l'AP-HP.

- Le **Pr Pierre GODEAU**, décédé le 11 octobre à 88 ans. Son fils, le Pr Bertrand GODEAU, a rappelé qu'il avait exercé toute sa carrière à l'AP-HP, dont la plus grande partie à la Pitié-Salpêtrière, qui était comme sa seconde maison. Il y a formé de nombreux élèves et beaucoup œuvré à la défense de la médecine interne dont il a été l'un des pères fondateurs, donnant à la discipline une place assez exceptionnelle en France. Homme bienveillant et toujours optimiste, il entretenait aussi d'excellents rapports avec l'Administration, notamment avec l'ancien directeur de la Pitié-Salpêtrière, M. Jean FRANCHI. Il a terminé sa vie dignement à l'hôpital Henri-Mondor, entouré de la gentillesse du personnel, dans une institution, l'AP-HP, pour laquelle il n'avait cessé de combattre pour qu'elle vive et soit au plus haut niveau.

- Le **Pr Géraud LASFARGUES**, décédé le 1er octobre, lui aussi à 88 ans. Le Pr Noël GARABÉDIAN a rappelé comment le Pr LASFARGUES, personnalité aux fortes convictions et homme très respecté, avait participé à la notoriété de la pédiatrie française. Très attaché à l'AP-HP, il a participé au développement et à la spécialisation de la pédiatrie de l'hôpital Armand-Trousseau, en particulier la néphrologie et l'hématologie. Il a présidé le comité consultatif médical (CCM) de l'hôpital Trousseau et était membre de l'Académie de médecine.

Pour leur rendre hommage, la CME a applaudi ces deux grands médecins de l'AP-HP et de la médecine française.

Mouvement à la CME

La CME a accueilli le Dr Marianne LERUEZ-VILLE (microbiologie, Necker), qui remplace le Dr Rémy COUDERC, parti en retraite, dans le collège des praticiens hospitaliers biologistes.

Nouvelle AP-HP

Le président fait part des nombreuses discussions et interrogations que suscitent les départements médico-universitaires (DMU).

Le président indique que le groupe de travail copiloté par le Pr Jean-Claude CAREL et M. François CRÉMIEUX a été constitué et s'est déjà réuni deux fois. Il doit proposer les grands principes directeurs qui guideront la mise en place des DMU. Les comptes rendus des réunions sont disponibles en libre accès sur le site de la CME afin d'assurer la plus grande transparence et de permettre à tous les médecins de partager et participer à la réflexion. Il invite tous les membres de la CME à participer et à y inciter leurs collègues dans leurs hôpitaux afin d'encourager la discussion et faire remonter les bonnes idées. Il ne faut pas attendre que tout vienne d'en haut ; c'est aux médecins de se saisir du sujet. Le changement suscite communément des réticences. La réflexion sur les DMU constitue toutefois une occasion pour les médecins de prendre ou reprendre la parole et de s'exprimer. Il ne s'agit pas de changer pour changer, mais bien

d'apporter des réponses aux critiques très souvent exprimées par la communauté médicale sur notre fonctionnement et sur les pôles.

Pour **le président**, les DMU doivent avoir trois objectifs principaux : 1. remettre le service et l'équipe médicale au cœur de l'organisation hospitalière ; 2. re-médicaliser la gouvernance et favoriser la subsidiarité ; 3. s'organiser sur la base de projets médicaux et universitaires forts tenant compte du parcours patient, en lien avec l'Université.

Le président ajoute qu'l y a aujourd'hui 110 pôles. Certains qui marchent bien et disposent d'un projet médico-universitaire cohérent ne devraient pas beaucoup changer. On peut donc imaginer qu'il y aura demain environ 80 DMU. Les futurs coordinateurs des DMU devraient être désignés après sélection par un jury indépendant des contingences locales. *A priori*, le cumul entre chefferie de service et coordination de DMU semble compliqué.

La CME sera amenée à discuter des propositions du groupe de travail après le séminaire « *oikéiosis* » du 10 décembre.

Quant à la constitution des grands groupes hospitaliers, **le président** considère qu'ils ne consistent pas à éclater l'AP-HP, mais au contraire d'assurer son avenir. Ils disposeront d'une plus grande autonomie, mais un siège et une CME centrale resteront nécessaires afin notamment de définir les lignes stratégiques, de veiller à ce que ne s'établissent pas des concurrences entre grands groupes et favoriser la solidarité et le dialogue entre eux. **Le président** s'associe à cette stratégie, qui n'est donc pas uniquement portée par la direction générale.

Groupe pédiatrie spécialisée

Le président rappelle l'importance qu'il y a à mener une réflexion sur l'organisation de la pédiatrie spécialisée à l'AP-HP, sur laquelle la constitution des grands groupes hospitaliers aura obligatoirement des répercussions. Diverses raisons rendent cette réflexion nécessaire, et notamment : l'éclatement de petites unités spécialisées avec des masses hospitalo-universitaires qui peuvent être insuffisantes, la demande d'extension de Robert-Debré, l'avenir du secteur adultes de Necker, le problème des greffes, celui du regroupement de l'oncologie pédiatrique, etc. De vraies questions se posent donc et elles doivent être abordées sans langue de bois car l'immobilisme conduirait à une apoptose lente, mais certaine.

Séminaire du conseil de surveillance du 6 novembre 2018

Il n'y a pas d'opposition formelle des élus et usagers du conseil de surveillance à la nouvelle stratégie de l'AP-HP, mais plutôt des attentes et une demande de meilleure compréhension des tenants et aboutissants de cette nouvelle stratégie dans les territoires franciliens. Un second séminaire devrait se tenir dans le courant du premier semestre 2019.

Révision des effectifs 2019 de praticiens hospitaliers (PH)

Les GH ont transmis 280 demandes, qui ont été instruites. **Le président** salue le travail sérieux réalisé par les CME locales, leurs présidents, et les collégiales. L'exercice est plus contraint que les années précédentes mais le bureau élargi a tenu compte avec grande attention des besoins locaux, des disciplines en tension et des besoins des patients.

Le président souligne les difficultés actuelles de l'hôpital public : problème d'attractivité, de rémunération, de qualité de vie au travail. L'attractivité de l'AP-HP pour les jeunes praticiens est un défi au quotidien. Il convient de se retrousser les manches et de se battre, en évitant le dénigrement de l'AP-HP. Il s'agit d'être positif, constructif et de proposer des solutions plutôt que de dénigrer l'AP-HP.

Informations du directeur général

- Les données d'activité du mois d'octobre confirment, d'une manière générale, la poussée de l'hospitalisation partielle, témoignant ainsi de la transformation de la prise en charge des patients.

- L'AP-HP met à disposition de ses patients depuis aujourd'hui, un espace sécurisé afin d'avoir accès à certains documents médicaux à l'exception des hôpitaux Robert-Debré et l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP). Cette fonctionnalité est, en outre, en cours de connexion avec le dossier médical partagé (DMP) qui a fait l'objet d'annonces par le ministère cette semaine. Cet espace sécurisé permet d'accéder à différents services (paiement en ligne, prise de rendez-vous ou encore accès au dossier). D'autres services seront développés dans les mois à venir.

- Un appel à manifestation d'intérêt sur le développement durable a été publié, au vu des enjeux environnementaux, comportementaux et économiques. Cette approche permet d'ouvrir l'AP-HP aux innovations provenant d'entreprises diverses et de se placer ainsi sur la voie du progrès et de la modernité. Certaines initiatives, portées ou co-portées par des acteurs de l'AP-HP, y ont également toute leur place.

- La nouvelle AP-HP, sera source, au cours du prochain semestre, d'opportunités et de grands changements, tant sur l'organisation des compositions hospitalières que sur les modifications de l'organisation médicale. Il s'agit d'améliorer les organisations actuelles en tenant compte des frustrations exprimées.
  Parallèlement, il existe un travail de modification de l'organisation juridique de l'AP-HP. Cette dernière a l'occasion d'élaborer le cadre dans lequel elle devra s'inscrire. Il s'agit donc d'une opportunité rare qui doit être saisie, consolidée et traduite dans les prochains mois. Il se pourrait donc, dans ce cadre, que la révision des effectifs effectuée récemment par le président soit la dernière du genre, puisque pourrait se poser la question d'effectuer les révisions d'effectifs au niveau des nouveaux ensembles hospitaliers. La révision des effectifs pourrait ainsi passer d'un rythme annuel à un rythme collant davantage aux besoins en temps réel. La nouvelle AP-HP peut ainsi être source d'évolutions, qui seront discutées lors du séminaire du mois de décembre.

- L'AP-HP a vu ses compétences dans la prise en charge des psychotraumatismes récompensées, d'une part, par sa sélection, avec le centre hospitalier universitaire de Lille et quelques établissements d'enseignement supérieur, à l'appel à candidature lancé par le Ministère pour identifier un centre national de ressources et de résilience annoncé dans le plan interministériel de l'aide aux victimes.
  D'autre part, l'AP-HP avait présenté deux candidatures, afin de couvrir l'ensemble de la région, visant à l'identification, à titre pilote, de 10 dispositifs spécialisés dans la prise en charge globale du psychotraumatisme pour tout type de victime.

La communauté médicale s'est fortement mobilisée, tant dans le contexte des attentats de 2015 qu'autour de la question des psychotraumatismes de la vie quotidienne. Ces résultats montrent que l'AP-HP peut être retenue dans les appels d'offres lorsqu'elle s'organise.

Le président précise que rien n'est décidé concernant l'organisation de la révision des effectifs dans une AP-HP plus déconcentrée. Ce sujet doit encore faire l'objet de discussions.

Le Dr Christophe TRIVALLE a lu les différents documents afférents aux DMU. Le groupe de travail intègre un gériatre qui n'est ni membre de la CME ni proposé par la collégiale. La question des critères de choix des membres de travail se pose donc.

Le Pr Jean-Claude CAREL qui coordonne le groupe avec M. François CRÉMIEUX, explique que les gouvernances hospitalières ont été contactées pour suggérer différents noms afin de constituer un groupe de 40 membres représentatifs, en particulier sur le plan médical, des disciplines, des statuts, des lieux d'exercice à l'AP-HP, des tranches d'âge, des genres, etc.

Le président ajoute que toutes les voix voulant se faire entendre peuvent envoyer des commentaires au groupe de travail et ainsi participer à la réflexion.

Le Pr Jean-Marc TRÉLUYER s'enquiert du devenir des propositions du groupe de travail et si la CME sera appelée à se prononcer.

Le président rappelle que le groupe de travail fournit des lignes directrices et n'a pas vocation à définir quels seront les DMU dans chaque grand groupe hospitalier. Les orientations seront évidemment présentées à la CME qui est l'instance représentative de la communauté médicale de l'AP-HP et qui en débattra.

Le directeur général précise que les conclusions seront d'abord soumises au directoire, dont la composition a été élargie et comporte une forte représentation médicale avant d'être présentées lors du séminaire *« oïkéiosis »*. La CME et le CTEC seront ensuite sollicités.

II. Expérimentations innovantes en santé

Le Dr Anne GERVAIS remercie **le Dr Sophie DE CHAMBINE** pour son travail. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018 a intégré la possibilité de financements alternatifs à la tarification à l'activité (T2A) pour des projets expérimentaux. L'article 51 de la LFSS 2018 consiste à soutenir les expériences nécessitant une dérogation financière ou organisationnelle. Ces expérimentations peuvent avoir des objets divers :

- optimiser le parcours de santé (meilleure coordination) ;
- organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ;
- améliorer la pertinence de la prise en charge des produits de santé ;
- favoriser la présence dans les zones « sous denses » ;
- développer les modes d'exercice coordonné.

Un appel a été lancé auprès des directeurs des groupes hospitaliers afin de faire émerger des projets pouvant être financés par ce biais. 80 projets ont été remontés. Les critères de sélection sont la faisabilité du projet, son caractère reproductible et dérogatoire, le fait qu'il réponde à un besoin, qu'il soit innovant et qu'il puisse être réalisé « à dépenses constantes ». Le lien avec la

médecine de ville est important. Un groupe de travail animé par le Dr Anne GERVAIS et Jérôme MARCHAND ARVIER a regroupé des médecins, pharmaciens, cadres paramédicaux, directeurs de groupe hospitalier, etc. Les porteurs de projets ont été soutenus, dans la phase de description du projet et de définition de son modèle de financement ainsi que lors de l'élaboration des lettres d'intention déposées à l'ARS. 17 projets n'ont pas été retenus car ne répondant pas aux critères. S'agissant des lettres d'intention déposées, une acceptation de l'ARS a été obtenue « avec réserves » sur un projet portant sur l'insuffisance cardiaque. Un retour de l'ARS est attendu sur les chimiothérapies orales et les parcours de soins aigus ville-hôpital. Différentes lettres d'intention sont également en cours de rédaction, alors que les échanges se poursuivent avec l'ARS, cette dernière ne faisant pas réellement preuve de souplesse dans sa manière de travailler. L'AP-HP a répondu aux appels à manifestations d'intérêt (AMI) nationaux portant sur les épisodes de soins en chirurgie d'une part et l'incitation à la prise en charge en charge partagée d'autre part.

Le Dr Anne GERVAIS exprime sa crainte que le cahier des charges soit alourdi et s'interroge sur le dogme que la sécu voue à l'évaluation « externe » (porte ouverte aux cabinets conseils) alors que l'AP-HP dispose de ressources internes, via ses unités de recherche clinique, permettant de mener à bien l'évaluation.

Le président remercie le Dr Anne GERVAIS pour son travail et regrette la lourdeur administrative, typiquement française, concernant la mise en place de dispositifs pourtant intéressants. Il en appelle à une simplification administrative.

Le Pr Rémy NIZARD estime des gains de productivité intéressants pourraient être réalisés, dans l'intérêt des malades, pour certaines pathologies. Pour autant, toutes les pathologies ne peuvent bénéficier d'une « industrialisation des processus ». Il convient d'identifier les pathologies pouvant faire l'objet d'un « jeu » sur le tarif.

Le Dr Anne GERVAIS souligne que la question ne porte pas sur les tarifs, mais sur l'imagination d'un autre mode de financement.

Le Pr Rémy NIZARD note qu'il est parfois compliqué de couvrir l'ensemble des coûts liés à une opération et de payer les ressources utilisées (bloc opératoire, IADE, IBODE, etc.). Les tarifs couvrent-ils la dépense faite par l'hôpital ?

Le président confirme que les opérations ne sont souvent pas payées à leur valeur.

Le directeur général rappelle que le pays dépense 11 % de sa richesse nationale en matière de santé, comme la majorité des autres pays européens ou le Japon. Toutefois, la répartition de cette dépense n'est pas optimale, certains éléments sous-rémunérés et d'autres surpayés.

III. Point sur la situation budgétaire à fin septembre et chiffrage du plan de transformation de l'AP-HP

M. Pierre-Emmanuel LECERF indique en premier lieu que le document présenté est partiellement obsolète en ce que les chiffres d'octobre viennent d'être obtenus. Ces derniers chiffres s'avèrent meilleurs que ceux de septembre, qui témoignaient d'une activité en baisse de 3,4 %. En hospitalisation conventionnelle, en cumulé à fin septembre 2018, l'écart se situait à – 0,1 % par rapport aux 9 premiers mois de l'année 2017. En revanche, l'hospitalisation partielle est en

progression de 2,2 %, tirée notamment par la bascule vers la chirurgie ambulatoire. Simultanément, ceci concourt à la baisse de la chirurgie conventionnelle et des hospitalisations en découlant. À fin octobre 2018, par rapport à octobre 2017 et en cumulé sur les 10 mois, l'hospitalisation partielle progresse de 2,7 % alors que l'hospitalisation conventionnelle se stabilise. Par ailleurs, 9 groupes hospitaliers sont en croissance par rapport à l'année 2017 en matière d'hospitalisation partielle. Les recettes à fin septembre 2018 expliquées par les chambres individuelles progressent par rapport à septembre 2017, puisqu'elles ont pratiquement doublé.

La principale charge réside dans la masse salariale, pour laquelle les objectifs fixés sont plus que respectés. Au global, la masse salariale est ainsi davantage maîtrisée que ne le prévoyait le budget. Si les efforts des groupes hospitaliers doivent être soulignés, une partie de cette situation s'explique toutefois par les vacances de poste sur les métiers en tension. En revanche, les charges à caractère médical ne respectent pas les objectifs définis de réduction de 3 %, puisqu'elles augmentent de 1 %. Toutefois, cette hausse est moins marquée qu'en 2017, puisqu'elle s'élevait alors à 3 %. Les politiques de maîtrise de dépenses liées aux médicaments peuvent fonctionner dès lors qu'elles s'inscrivent dans le cadre d'une politique institutionnelle. Les charges à caractère hôtelier et général sont en légère hausse. Un plan d'économie de 15 M€ est prévu afin d'atteindre l'objectif fixé en la matière pour 2018.

Les perspectives financières sur la période 2019-2023 intègrent un effort de 725 M€ en matière d'efficience. L'efficience doit provenir à charge égale des recettes et des dépenses. L'objectif consiste en une maîtrise et une stabilité de la masse salariale jusqu'à 2023. Les recettes de séjour doivent progresser de 0,5 % par an. Les 725 M€ d'efficience recherchés doivent provenir à la fois de l'optimisation des capacités, de la transformation numérique, du nouveau siège, des restructurations médicales et médico-techniques et d'autres leviers d'action.

Il s'agit, dans ce cadre, de dégager des marges d'investissement pour l'avenir. À l'heure actuelle, la capacité d'autofinancement s'élève à 140 M€ par an pour une politique d'investissement de l'ordre de 500 M€ chaque année. L'augmentation de la capacité d'autofinancement passe notamment par un plan complémentaire de cessions permettant de majorer de 160 M€ les produits de cession sur la période 2019-2023. Enfin, il est prévu une réduction de l'endettement de l'ordre de 300 M€ sur la période 2019-2023.

Le Pr Rémi Salomon souhaite des précisions quant aux hospitalisations partielles restantes au sein de l'AP-HP et celles récupérées par le privé.

M. Pierre-Emmanuel Lecerf prend note de la question et apportera une réponse ultérieurement. D'une manière générale, l'ambulatoire compense le faible dynamisme, voire la baisse d'activité de la chirurgie conventionnelle. L'AP-HP a même eu tendance à renforcer ses parts de marché en Île-de-France.

Le Pr Rémi Salomon souhaite disposer, en matière d'efficience, d'une évaluation du passage de l'hospitalisation conventionnelle à la l'hospitalisation partielle. Se pose également la question du remboursement des molécules coûteuses, notamment en oncologie, qui impacte la dépense médicamenteuse.

M. Pierre-Emmanuel Lecerf rappelle, sur le second point, que les charges médicales progressent uniquement de 1 % contre 3 % l'année précédente. Ceci témoigne d'un effort de maîtrise. La

question porte donc sur la capacité de l'AP-HP à aller plus loin en étant donc capable de réduire ces dépenses.

Le Pr Rémi SALOMON souligne que la question des molécules coûteuses sera de plus en plus complexe.

Le directeur général estime qu'il est possible de répondre à cette question, dans un cadre d'offre équivalente et avant l'arrivée d'innovations. L'AP-HP peut se comparer à d'autres hôpitaux universitaires français ou européens. La réduction des dépenses médicales permet d'atténuer les efforts sur la masse salariale et le financement de l'innovation. Un exemple simple réside dans l'achat de 9 robots chirurgicaux, portant leur nombre total à 12. Cet achat conséquent a permis d'acquérir les robots à un prix de gros. Les robots généreront des dépenses de consommables élevées dans les prochaines années, qui doivent être compensées par des économies de consommables dans d'autres postes.

Le Dr Christophe TRIVALLE s'enquiert du détail des économies prévues pour l'hôpital Nord et les soins de longue durée qui s'élèvent à 150 M€.

M. Pierre-Emmanuel LECERF explique qu'il s'agit d'un décalage des programmations d'investissement, libérant 150 M€ de crédits pouvant être affectés à d'autres opérations.

Le Dr Nathalie DE CASTRO ne peut se réjouir de l'augmentation de la surfacturation des chambres seules, qui atteint parfois des taux de 400 % dans certains hôpitaux. Il s'agit de s'assurer qu'aucune facturation abusive n'est pratiquée. Par ailleurs, une réforme des transports est en cours et aura des impacts pour l'AP-HP qui doivent être absorbés.

M. Pierre-Emmanuel LECERF répond que cette dernière question fait l'objet d'un suivi particulier. Le *reporting* a été mis en place. Les données pourront donc être communiquées. S'agissant des chambres individuelles, le but consiste à éviter au maximum les restes à charge pour les assurés. Les mutuelles peuvent contribuer au financement des chambres individuelles.

Le Dr Nathalie DE CASTRO estime que ce phénomène explique l'augmentation de la cotisation versée par les assurés aux mutuelles.

Le directeur général souligne que les patients paient des mutuelles, lesquelles précisent à leurs bénéficiaires que les chambres individuelles seront prises en charge. Lorsque l'AP-HP oublie de facturer les chambres individuelles aux mutuelles, ces dernières n'en profitent pas pour réduire les cotisations de leurs assurés. Le fait que 30 ou 40 M€ de ressources de l'AP-HP ont été donnés aux mutuelles n'est pas conforme à l'intérêt du service public dont l'AP-HP est co-porteur. Il convient de défendre les intérêts de l'AP-HP et des patients en facturant les chambres individuelles dans la limite de la prise en charge des mutuelles. Aucune réclamation n'a d'ailleurs été enregistrée à ce propos. L'augmentation de ces recettes équivaut au gain que générerait la suppression de 1 000 emplois. Ce levier est donc à privilégier.

S'agissant transports, les hôpitaux sont pris en otage par les ambulanciers. Les hôpitaux doivent rémunérer les transports de malades entre hôpitaux. Ainsi, les hôpitaux Henri-Mondor et Georges-Pompidou sont bloqués. M. Jérôme ANTONINI est en contact avec la préfecture de police afin de libérer les sites.

Le Pr Thierry BÉGUÉ s'enquiert du différentiel de recettes provoqué par le passage de l'hospitalisation complète vers l'hospitalisation partielle.

M. Pierre-Emmanuel LECERF précise que les séjours de plus de deux nuits, générant les recettes les plus importantes, sont en recul et conduisent à une perte de 20 M€ de revenus. 8 M€ de cette perte proviennent de l'activité de transplantation.

Mme Caroline RAQUIN souligne que certains hôpitaux, ne proposant que des chambres seules dans leurs services, facturent tout de même cette prestation.

IV. Amélioration de la couverture vaccinale des personnels de l'AP-HP

1. Campagne de vaccination contre la grippe

Le président appelle tous les médecins à donner l'exemple. C'est le sens de la séance de vaccination organisée avant la CME pour tous ses membres, au cours de laquelle il s'est lui-même fait vacciner.

Le Dr Sandra FOURNIER précise que la courbe de couverture vaccinale antigrippale du personnel médical s'améliore. Ainsi, 40 % du personnel médical est vacciné, ces chiffres étant par ailleurs probablement sous-évalués, les médecins vaccinés ne le déclarant pas nécessairement. En revanche, une marge d'amélioration nette existe pour le personnel non médical (couverture vaccinale 15 %). Il s'agit donc d'encourager les personnels à se faire vacciner en identifiant des relais vaccinateurs médicaux tant médicaux que paramédicaux dans chaque service. Au sein des hôpitaux, il convient de mettre en place des équipes mobiles, d'ouvrir des plages horaires larges dans les services de santé au travail et d'organiser des séances ponctuelles de vaccination. La traçabilité de la vaccination doit être assurée tandis que l'exhaustivité du suivi de la couverture vaccinale peut être améliorée. Enfin, la communication institutionnelle doit être renforcée.

2. Carnet de vaccination électronique

Le Pr Joël GAUDELUS précise que la politique vaccinale s'inscrit dans une activité de protection de santé publique dont la responsabilité incombe à l'État. Il s'agit de protéger la collectivité tout en respectant l'individu (principe de bienveillance et respect de l'autonomie de la personne.) Les professionnels de santé doivent être également protégés, tant pour leur propre santé que pour celle des patients dont ils ont la charge. Pour les professionnels de santé, certains vaccins sont obligatoires et d'autres recommandés (dont le vaccin antigrippal). La couverture vaccinale des professionnels de santé s'avère bonne pour les vaccins obligatoires alors que la situation en matière de vaccins recommandés nécessite d'être améliorée. Il convient de communiquer et d'informer davantage afin de favoriser la vaccination des professionnels médicaux. Le carnet de vaccination électronique (CVE) peut répondre à cet objectif grâce aux avantages qu'il présente : connaissance du statut vaccinal, messages de rappel, assurance de la mémoire des vaccinations et personnalisation des recommandations. Le carnet de vaccination électronique mis au point par « mesvaccins.net » est reconnu par les autorités sanitaires, satisfait aux critères précédemment définis et peut être intégré dans le logiciel *Chimed* utilisé à l'AP-HP Les personnels de santé ciblés sont notamment tout nouveau personnel de santé et tout nouvel interne. Le CVE est à la fois un outil d'aide à la décision, de formation continue et d'éducation des soignants. Il permet de calculer en temps réel la couverture médicale. L'implantation du CVE dans un hôpital pour le personnel de santé passe par l'intermédiaire des services de santé au

travail et la formation du personnel. Il est proposé de réaliser une étude de l'intérêt du CVE en comparant la couverture vaccinale antigrippale entre hôpitaux utilisant le CVE et ceux ne l'utilisant pas. En conclusion, l'amélioration de la couverture vaccinale passe par une appropriation du problème par les professionnels de santé. Elle nécessite une formation de qualité, une information régulièrement mise à jour et un soutien des autorités sanitaires. Le CVE devrait contribuer à cette amélioration

Le président souligne qu'il n'existe pas d'obligation légale en matière de vaccination des personnels de santé contre la grippe.

Le Pr Joël GAUDELUS explique que des critères (définis par le Haut Conseil de santé publique) existent et expliquent la classification entre vaccin obligatoire et vaccin recommandé. Dans le cas de la grippe, l'efficacité du vaccin n'est pas suffisamment avérée d'une année sur l'autre pour rendre obligatoire le vaccin contre la grippe.

Le directeur général indique toutefois que la vaccination des professionnels de santé contre la grippe est obligatoire dans un grand nombre de pays.

Le Dr Sandra FOURNIER abonde en ce sens. Rendre la vaccination obligatoire augmente mécaniquement la couverture vaccinale.

Le Pr Laurent MANDELBROT estime possible de diffuser la pratique du port d'un masque au sein des services pour les personnels non vaccinés.

Le Dr Nathalie DE CASTRO estime que l'implication du cadre supérieur, des cadres de proximité et des médecins généraux et chefs de service est la clé pour maximiser la couverture vaccinale au sein des services auprès des personnels médicaux. S'agissant du masque, il peut être décidé de le porter devant l'entrée du service en cas de situation à risque. De même, les familles doivent être encouragées à utiliser les solutions hydro-alcooliques et à porter un masque lorsqu'elles visitent les patients.

Le Pr Rémi SALOMON s'interroge sur le faible taux de vaccination chez les infirmières (une sur six) et dans une moindre mesure chez les médecins (un sur deux). Une étude pourrait être réalisée pour comprendre ce phénomène.

Le président déplore l'existence des fausses informations qui suscitent des peurs irraisonnées.

Le Dr Sandra FOURNIER abonde en ce sens et souligne l'existence de peurs sur les conséquences sur les vaccins en raison de fausses rumeurs se propageant sur les supposés dangers de la vaccination.

Le Pr Sadek BELOUCIF indique qu'il existe des raisons psychologiques et anthropologiques expliquant cette situation et qu'il serait bon que l'étude proposée puisse les investiguer.

Le Pr Joël GAUDELUS souligne que la France est un pays hésitant en matière de vaccination. La formation et l'information des personnes sont nécessaires pour lever cette barrière.

Le Pr Paul LEGMANN aborde la rougeole et la coqueluche. Ces maladies infectieuses sont en recrudescence et pourraient gagner à faire l'objet d'une campagne de vaccination.

Le Pr Joël GAUDELUS explique que le taux de couverture vaccinale des personnels contre la coqueluche dépasse 90 % dans 5 maternités dont 3 de l'AP-HP étudiées récemment (travail en cours de publication).mais que malheureusement ces services ne sont pas représentatifs Le taux de couverture vaccinale contre la rougeole n'est pas connu, alors que vaccination est très importante contre cette maladie.

Le Dr Clara BOUCHÉ croit savoir que certaines études sociologiques attestent que les infirmières décident de ne pas se vacciner en guise de résistance à l'autorité institutionnelle.

M. François CRÉMIEUX souligne que les représentants de la CME sont des prescripteurs d'opinion. La CME doit s'engager en faveur de la vaccination au sein de l'AP-HP.

Le Dr Christophe TRIVALLE note que les personnels paramédicaux les plus proches des patients (aides-soignants notamment) sont les moins vaccinés. À l'inverse, en général, les médecins constituent la population la plus vaccinée.

Le directeur général souligne que le règlement intérieur de l'AP-HP pourrait introduire le port obligatoire du masque pour les personnels non vaccinés.

V. Prévalence des infections nosocomiales à l'AP-HP

Le Dr Sandra FOURNIER présente les résultats pour l'année 2017 de l'enquête nationale de prévalence réalisée tous les 5 ans. Un recueil est effectué un jour donné pour chaque patient présent en hospitalisation complète sur les facteurs de risques individuels d'infection nosocomiale, la présence d'une infection nosocomiale et les traitements antibiotiques en cours. 21 hôpitaux sur les 38 que compte l'AP-HP ont participé à l'enquête. Ainsi, l'enquête porte sur 9 098 patients, soit un taux de couverture de l'ordre de 45 % des 20 000 lits de l'AP-HP.

En comparaison avec les résultats de l'année 2012, une augmentation de l'âge médian des patients (70 ans), une stabilité des facteurs de risque individuels d'infections nosocomiales et une augmentation du nombre de dispositifs invasifs sont constatées. 39 % des patients sont porteurs d'au moins un cathéter, 1 patient sur 4 étant porteur d'un cathéter veineux périphérique. 6,5 % des patients de l'AP-HP souffrent d'une infection nosocomiale en 2017 contre 8,1 % en 2012. La prévalence nationale s'élève à 7,4 % dans les CHR/CHU.

Les infections nosocomiales représentées restent globalement les mêmes (infections urinaires, pneumonies, bactériémies, etc.), causées notamment par *l'Escherichia coli* le staphylocoque doré ou encore le *Pseudomonas aeruginosa*.

Les traitements antibiotiques concernaient 1 patient sur 5 le jour de l'enquête. Un antibiotique sur 3 était prescrit pour traiter des infections respiratoires hautes ou basses.

En conclusion, il s'agit de souligner la bonne participation des hôpitaux de l'AP-HP, l'augmentation de l'âge moyen des patients, la baisse de la prévalence des patients avec infection nosocomiale et des patients traités par antibiotiques. Une piste d'évaluation réside dans la limitation des cathéters veineux périphériques au strict nécessaire.

Le Dr Christophe TRIVALLE s'enquiert des chiffres d'infections nosocomiales en soins de suite et de rééducation (SSR) et soins longue durée (SLD).

Le Dr Sandra FOURNIER précise que ces éléments figurent dans le rapport détaillé qui sera diffusé dans un second temps.

Le Pr Rémi SALOMON souhaiterait que l'impact financier de l'augmentation de la durée moyenne de séjour soit mesuré, tout comme l'augmentation de la charge de travail pour le personnel paramédical au sujet des entérobactéries.

Le Pr Yves COHEN est étonné que le rapport ne mette pas en avant de bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe).

Le Dr Sandra FOURNIER explique que le nombre de BHRe était faible.

Le Dr Nathalie DE CASTRO estime que trop d'antibiotiques sont prescrits par voie intraveineuse, au détriment de la voie orale. Il convient également de s'intéresser à l'isolation des patients BLSE.

Le Dr Sandra FOURNIER estime nécessaire de placer les patients porteurs d'un *Escherichia coli* multirésistant dans une chambre individuelle pour diminuer le risque de transmission. Elle note par ailleurs que la proportion de chambres individuelles a augmenté entre 2012 et 2017 dans les hôpitaux enquêtés.

Le directeur général souligne les bons résultats obtenus par l'AP-HP en matière d'infections nosocomiales, avec une réduction de 20 % de la prévalence en son sein et une prévalence parmi les plus basses au sein des CHU. Ceci montre la pertinence de la politique menée. Les équipes doivent être félicitées pour ces bons résultats. Par ailleurs, entre 2012 et 2017, la proportion de patients pris en charge de manière ambulatoire a augmenté. Il conviendra donc d'actualiser les calculs afin de tenir compte de cette bascule ambulatoire.

Le Dr Sandra FOURNIER convient qu'il est probable que le développement de la chirurgie ambulatoire conduira à une réduction des infections nosocomiales.

Le Pr Claire POYART indique l'importance du travail réalisé entre les différents services concernés par le sujet des bactéries multirésistantes. Souligne également l'impact potentiel de la nouvelle nomenclature des actes de biologie médicale conduisant à ne plus avoir de financement pour la recherche de BMR dans l'environnement dans le cadre des enquêtes de surveillance et en cas d'épidémie.

VI. Présentation du « portail patients » de l'AP-HP

M. Raphaël Beaufret explique que le « portail patients » est accessible à partir du site « www.aphp.fr. » Il concentre un certain nombre de télé-services, dont certains existaient déjà. En revanche, pour la première fois, le portail patients permet leur authentification sécurisée et de vérifier qu'ils sont bien des patients de l'AP-HP. Ainsi, certains nouveaux services pourront être créés, comme le téléchargement des comptes-rendus médicaux. D'autres, déjà existants, pourront en être améliorés, comme la préadmission administrative en ligne qui permet de gagner du temps en évitant au patient un passage au bureau des entrées. Il est possible de créer un compte sur le « portail patient » par le biais de *France Connect* en utilisant des identifiants d'autres administrations (impôts, sécurité sociale, etc.), ou par une inscription plus classique nécessitant alors de renseigner tous ses traits d'identités. Par sécurité, un mot de passe temporaire (*one time password)* est envoyé sur un téléphone ou une adresse détenue

préalablement par l'administration. Avant la finalisation de la création du compte, les traits d'identité du patient authentifié sont confrontés avec les données d'identité du patient dans *Orbis* pour vérifier qu'il s'agit bien d'un patient de l'AP-HP.

Un service de questionnaires médicaux sera expérimenté au premier trimestre 2019. Il permettra par exemple de faire d'une pré-admission médicale avant une consultation, avec le calcul de certains scores. Il permettrait aussi de faire des questionnaires de suivi pour des patients chroniques, afin de savoir quand déclencher une convocation en consultation de suivi.

Le président souligne l'avancée importante que constitue ce portail. Toutefois, le « portail patients » pourrait emporter des dérives en matière de données personnelles médicales. Il s'agit donc de veiller à la sécurité des données, par exemple, pour les personnes sous tutelle. Il s'inquiète par ailleurs du fait que certains patients ne pourront pas se connecter, faute de disposer d'un ordinateur ou de connaissances informatiques suffisantes.

M. Raphaël BEAUFRET convient que la « fracture numérique » est un risque. Toutefois, l'AP-HP travaille à la version la plus intuitive possible du « portail patients », incluant des optimisations pour l'accessibilité. Par ailleurs, les services physiques sont maintenus. Le fait qu'ils soient déchargés d'une partie importante de l'activité permettra de mieux accueillir les patients par les canaux habituels. S'agissant de la sécurité, une commission a validé le lancement sur la base d'une analyse de risques et d'audits de sécurité particulièrement poussés.

Le Dr Nathalie DE CASTRO souligne que les comptes rendus d'hospitalisation sont désormais un outil de communication consulté avec attention par les patients et plus seulement communiqué de médecin à médecin. Il faut donc tenir compte de cet élément dans la manière de les rédiger.

Le président abonde en ce sens. Pour les chirurgiens, une attention particulière doit être apportée à la rédaction des comptes rendus d'opération. Il s'agit d'employer les mots justes afin de ne pas créer de doutes et d'incompréhensions chez les patients.

Le Pr Rémy NIZARD souligne les grandes avancées réalisées. Il convient donc de se féliciter collectivement au sein de l'AP-HP pour l'émergence de cet outil, qui s'inscrit parfaitement dans les tendances du futur.

Le Pr Rémi SALOMON met en exergue la nécessité d'informer très rapidement les médecins de l'existence de l'outil afin de favoriser son utilisation.

Le Dr Lucile MUSSET note que le principal problème en matière de juste prescription réside dans la communication entre l'ensemble des acteurs concernés. La consultation des résultats d'examens réalisés dans d'autres laboratoires que ceux de leur propre hôpital n'est pas effective partout. De même que l'accès du patient à ses propres résultats. Le portail patient va dans ce sens, en sachant que le patient est en possession de l'ensemble de ses données lorsqu'il effectue des examens dans des laboratoires privés (sauf quelques cas particuliers de données qui ne sont transmises qu'au médecin).

M. Raphaël BEAUFRET répond qu'une communication sera faite très rapidement à l'attention des personnels, dans un plan de communication vis-à-vis des différents acteurs. Des travaux sont en cours sur l'imagerie et la biologie pour s'assurer qu'aucun compte-rendu n'est mis à disposition

sans qu'une consultation d'annonce soit faite pour certaines pathologies et résultats. Par ailleurs l'articulation avec le projet *Cyberlab* est en cours de définition.

Le Pr Claire POYART précise que *Cyberlab* permet aux patients d'obtenir les résultats de leurs examens biologiques sur leur téléphone portable dès qu'ils sont disponibles.

Le Pr Paul LEGMANN souligne qu'il faut être prudent dans les informations communiquées au patient par le biais des comptes rendus médicaux, notamment d'imagerie, alors que les consultations peuvent être très décalées par rapport à l'obtention de cette information.

M. Raphaël BEAUFRET répond que les discussions se poursuivent pour les comptes rendus d'imagerie et d'oncologie, pour cette raison.

VII. Avis sur des modifications de structures

1. Création d'une fédération d'ophtalmologie orientée sur le segment postérieur entre les hôpitaux universitaires (HU) *Paris-Centre* (HUPC) et Saint-Louis – Lariboisière

Le Pr Paul LEGMANN précise qu'il s'agit de rapprocher le service d'ophtalmologie des hôpitaux Lariboisière et Saint-Louis et service d'ophtalmologie à orientation segment postérieur de l'hôpital Cochin. Les 2 services sont spécialisés dans les maladies et la chirurgie de la rétine, sous la responsabilité du même chef de service, le Pr Ramin TADAYONI. Les objectifs de cette création de fédération sont :

- assurer une activité d'ophtalmologie de référence à l'AP-HP face à la forte concurrence (pour les patients, mais également pour l'attractivité des professionnels) ;
- établir une réputation internationale de la fédération comme un lieu d'excellence en termes de recherche, de formation et d'innovation, dans le cadre de la fusion des universités Paris V et Paris VII ;
- constituer un pôle ressource pour l'AP-HP.

La CME se prononce à l'unanimité en faveur de la création d'une fédération d'ophtalmologie orientée sur le segment postérieur entre les hôpitaux universitaires (HU) Paris-Centre (HUPC) et Saint-Louis – Lariboisière.

2. Modification de pôles dans les HU Saint-Louis – Lariboisière : suppression du service de chirurgie maxillo-faciale suite au transfert de l'activité à Beaujon

Le Pr Paul LEGMANN indique que la modification porte sur la suppression du service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du Dr Arnaud RIGOLET, suite au transfert de l'activité de chirurgie maxillo-faciale sur l'hôpital Beaujon, effectif depuis le 1er septembre 2018. Il sera maintenu à l'hôpital Saint-Louis un fauteuil de consultation ouvert toute la semaine pour les patients des files actives spécifiques de cet hôpital (dermatologie, hématologie). Il sera regroupé géographiquement avec l'ensemble des consultations du pôle « tête et cou » du site de Saint-Louis et intégré dans le service d'ORL.

L'objectif du regroupement sur l'hôpital Beaujon consiste à proposer une offre de chirurgie maxillo-faciale homogène et solide sur le territoire Nord, avec une équipe médicale complète et insérée dans la recherche et l'enseignement.

La CME se prononce à l'unanimité en faveur de la modification de pôles dans les HU Saint-Louis – Lariboisière : suppression du service de chirurgie maxillo-faciale suite au transfert de l'activité à Beaujon.

3. Modification d'un pôle dans les HU Paris Seine-Saint-Denis (HUPSSD) : transfert du département d'addictologie du pôle « activités ambulatoires et nutritionnelles » vers le pôle « femme-enfants »

Le Pr Paul LEGMANN précise que cette modification concerne les sites des hôpitaux Avicenne, Jean-Verdier et René-Muret par le biais d'un transfert du service tri-site d'addictologie, du Dr Pierre POLOMENI du pôle « activités interventionnelles ambulatoires et nutritionnelles » vers le pôle « femmes et enfants » Il existe déjà un rapprochement avec l'activité de psychiatrie du GH, déjà rattachée au pôle « femmes et enfants ». Les objectifs consistent à :

- améliorer la cohérence des interventions des différentes unités du service d'addictologie, du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et du service de psychopathologie ;
- assurer une meilleure visibilité pour l'extérieur et faciliter l'accès aux soins avec une porte d'entrée simplifiée et une palette d'offre de soins articulée ;
- améliorer les moyens attribués à la recherche et l'appui pour l'organisation des formations par la présence d'un pool de médecins avec différentes spécialités ;
- renforcer l'évolution de l'addictologie du GH vers un niveau 3 de certification.

La CME se prononce à l'unanimité en faveur de la modification d'un pôle dans les HU Paris Seine-Saint-Denis (HUPSSD) : transfert du département d'addictologie du pôle « activités ambulatoires et nutritionnelles » vers le pôle « femme-enfants ».

VIII. Questions diverses

Procédure disciplinaire

Le Dr Christophe TRIVALLE aborde la situation d'une étudiante en médecine de deuxième année de Paris VIII ayant fait l'objet d'un harcèlement antisémite. 8 étudiants et 2 enseignants sont mis en cause. Il s'agit de connaître la position des doyens et de l'AP-HP d'une part et les procédures en cours d'autre part.

Le Pr Nathalie CHARNAUX explique qu'une procédure civile est en cours, une plainte ayant été déposée le 20 octobre. L'étudiante victime et les 8 étudiants incriminés seront prochainement reçus par leur faculté. Une saisine disciplinaire est effectuée, ainsi qu'une dénonciation auprès du procureur. La situation est complexe et intolérable. Par ailleurs, les doyens soulignent qu'il n'existe pas de tensions communautaires particulières et d'opposition frontale entre les communautés. Un communiqué sera prochainement rédigé. S'agissant d'étudiants en deuxième et troisième année de médecine, ils ne sont pas liés directement à l'AP-HP.

Le président juge, à titre personnel, cette situation abjecte et intolérable.

Le directeur général fait part de sa solidarité avec l'étudiante concernée. Il y a 3 jours, des graffitis antisémites ont été constatés sur l'hôpital Rothschild. Une plainte a été déposée et les murs ont déjà été nettoyés.

Prise en charge de la précarité

Le Dr Nathalie DE CASTRO fait part de difficultés qui peuvent survenir pour l'hospitalisation de patients non-résidents, retardée pour des raisons administratives. Il s'agit de savoir si le budget de précarité dédié à l'hospitalisation dont dispose l'AP-HP est suffisant pour couvrir les besoins des patients qui sont pris en charge.

Le directeur général précise que la mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) versée au titre de la précarité n'est pas suffisante pour couvrir les dépenses en la matière, l'écart s'élevant au moins à 10 M€. La MIGAC n'a été réévaluée que de quelques centaines de milliers d'euros.

Certains hôpitaux ont été confrontés à des patients se présentant avec des visas touristiques, pour une hospitalisation dont le coût peut s'élever à plusieurs centaines de milliers d'euros, alors que la prise en charge sera nulle.

L'AP-HP tente d'avancer sur ce sujet, en garantissant à la fois la prise en charge sans souffrir des agissements de filières organisées. Pour les non-résidents pouvant avoir une couverture, il est demandé une avance de paiement afin d'éviter de générer des créances irrécouvrables.

Enfin, l'AP-HP a dénoncé certaines conventions avec des organismes étrangers au sujet des dispenses d'avance de frais, réduisant, en conséquence, le nombre des organismes reconnus.

IX. Approbation du compte rendu de la CME du 9 octobre 2018

Le compte rendu de la CME du 9 octobre 2018 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 19 heures 10.

* *
*

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

mardi 4 décembre 2018 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

mardi 20 novembre 2018 à 16 heures 30