

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE  
DU MARDI 7 JUIN 2016**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE  
DU MARDI 5 JUILLET 2016**

## SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Échange avec M. Martin HIRSCH, directeur général, sur le rapport du groupe de travail sur les conflits d'intérêt à l'AP-HP	8
III.	Échange avec M. Christophe DEVYS, directeur de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) sur les groupements hospitaliers de territoire	14
IV.	Avis sur le schéma directeur du système d'information de l'AP-HP	14
V.	Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP	18
VI.	Indicateurs et prévention des infections associées aux soins à l'AP-HP	19
VII.	Avis sur le compte financier 2015 et l'affectation des résultats	21
VIII.	Projet médical de l'hôpital Nord	22
IX.	Approbation des comptes rendus des CME des 12 avril et 10 mai 2016	25

## **ORDRE DU JOUR**

### **SÉANCE PLÉNIÈRE**

1. Informations du président de la CME (P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN)
2. Échange avec M. Christophe DEVYS, directeur de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) sur les groupements hospitaliers de territoire
3. Échange avec M. Martin HIRSCH, directeur général, sur le rapport du groupe de travail sur les conflits d'intérêts à l'AP-HP
4. Avis sur le schéma directeur du système d'information de l'AP-HP (D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER, M. Michel FEUGAS)
5. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP (M<sup>me</sup> Claire BIOT, D<sup>r</sup> Annick TIBI)
6. Indicateurs et prévention des infections associées aux soins à l'AP-HP (D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER, P<sup>r</sup> Christian RICHARD)
7. Avis sur le compte financier 2015 et l'affectation des résultats (M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ)
8. Projet médical de l'hôpital Nord (P<sup>rs</sup> Dominique LE GULUDEC et Philippe RUSZNIEWSKI, MM. François CRÉMIEUX et Étienne GRASS)
9. Questions diverses
10. Approbation des comptes rendus des CME des 12 avril et 10 mai 2016

### **SÉANCES RESTREINTES**

#### **Composition C**

- Avis sur l'engagement d'une procédure disciplinaire à l'encontre d'un praticien hospitalier

#### **Composition B**

- Avis sur la titularisation de MCU-PH des disciplines médicales nommés stagiaires le 1<sup>er</sup> septembre 2015
- Avis sur la titularisation de MCU-PH des disciplines pharmaceutiques nommés stagiaires le 1<sup>er</sup> septembre 2015
- Avis sur la titularisation de MCU-PH des disciplines odontologiques nommés stagiaires le 1<sup>er</sup> septembre 2015

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M<sup>me</sup> le P<sup>f</sup> Nelly ACHOUR
- M. le P<sup>f</sup> René ADAM
- M. le P<sup>f</sup> Yves AIGRAIN
- M. le P<sup>f</sup> Joël ANKRI
- M. le P<sup>f</sup> Philippe ARNAUD
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P<sup>f</sup> Thierry BÉGUÉ
- M. le P<sup>f</sup> Sadek BELOUCIF
- M. le D<sup>r</sup> Guy BENOÎT
- M. le P<sup>f</sup> Olivier BENVÉNISTE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Catherine BERNARD
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU
- M. le P<sup>f</sup> Francis BONNET
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Clara BOUCHÉ
- M<sup>me</sup> Anne-Sophie BOURREL
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne-Reine BUISINE
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Claude CAREL
- M. le P<sup>f</sup> Pierre CARLI
- M. le P<sup>f</sup> Christophe CELLIER
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Françoise BOTTEREL CHARTIER
- M. le P<sup>f</sup> Stanislas CHAUSSADE
- M. le P<sup>f</sup> Gérard CHÉRON
- M. le P<sup>f</sup> Philippe CORNU
- M. le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Blandine DENIS
- M. le D<sup>r</sup> Michel DRU
- M. le P<sup>f</sup> Jacques DURANTEAU
- M. le D<sup>r</sup> Alain FAYE
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Marysette FOLLIGUET
- M. le P<sup>f</sup> Noël GARABÉDIAN
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS
- M. le P<sup>f</sup> Bernard GRANGER
- M. le P<sup>f</sup> Philippe GRENIER
- M. le P<sup>f</sup> Bertrand GUIDET
- M<sup>me</sup> Sophie GUILLAUME
- M. le P<sup>f</sup> Olivier HÉLÉNON
- M. le D<sup>r</sup> Olivier HENRY
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Dominique ISRAËL BIET
- M<sup>me</sup> Anna KARIMOVA
- M. le P<sup>f</sup> Paul LEGMANN
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Dominique LE GULUDEC
- M. le P<sup>f</sup> Michel LEJOYEUX
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Roberta LORENZON
- M. le P<sup>f</sup> Laurent MANDELBROT
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Véronique MOLINA
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Lucile MUSSET
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Isabelle NÈGRE
- M. le P<sup>f</sup> Rémy NIZARD
- M. le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Julie PELTIER
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Valérie PÉRUT
- M. le P<sup>f</sup> Michel PEUCHMAUR
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Claire POYART
- M. le P<sup>f</sup> Dominique PRIÉ
- M. le P<sup>f</sup> Christian RICHARD
- M. le D<sup>r</sup> Frédéric RILLIARD
- M. le D<sup>r</sup> Rémi-Henri SALOMON
- M. le P<sup>f</sup> Éric THERVET
- M. le P<sup>f</sup> Nicolas THIOUNN
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Marc TRÉLUYER
- M. le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE
- M. le P<sup>f</sup> Noël ZAHR
- M. le P<sup>f</sup> Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P<sup>f</sup> Bruno RIOU, président de la conférence des doyens d'Île-de-France
- M. le P<sup>f</sup> Louis MAMAM, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris-Descartes
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- M<sup>me</sup> Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- M. le P<sup>f</sup> Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
- M<sup>me</sup> Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

- ***les représentants de l'administration :***

- M<sup>me</sup> Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M<sup>me</sup> Sophie BENTEGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
- M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
- M. Emmanuel RAISON, direction des ressources humaines
- M<sup>me</sup> Amélie VERDIER, secrétaire générale
- M<sup>me</sup> Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
  
- M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT, M<sup>me</sup> Gwenn PICHON-NAUDÉ, (DOMU)

- ***Représentante de l'ARSIF :***

- M<sup>me</sup> Catherine BROUTIN-PIOLOT

- ***Membres excusés :***

- M<sup>mes</sup> et MM. les D<sup>rs</sup> et P<sup>rs</sup> Marie BORNES, Yves COHEN, Rémy COUDERC, Sophie CROZIER MORTREUX, Nicolas DANTCHEV, Pascale GAUSSEM, François GOFFINET, Christian GUY COICHARD, Vincent JARLIER, Fabienne LECIEUX, Julien LENGLET, Ariane MALLAT, Antoine PELHUCHE, Élisabeth PORSMOQUER, Philippe RUSZNIEWSKI, THOMAS SCHOUMAN
- M<sup>me</sup> Caroline RAQUIN, Marion TEULIER ; MM. Yann FLÉCHER, Michaël FONTUGNE, Jules GREGORY, Stefan NERAAL

*La séance s'ouvre à 16 heures 40, sous la présidence du P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN.*

## **I. Informations du président de la CME (P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN)**

**Le président** transmet les excuses de M. Christophe DEVYS, directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF), qui, victime d'un contre temps, ne peut honorer son rendez-vous avec la CME. Sa venue est reportée à la prochaine séance.

La CME accueille M<sup>me</sup> Anna KARIMOVA, interne en odontologie, qui remplace M. Louis MAFFI-BERTHIER. Les trois autres représentants des internes restent les mêmes : M<sup>me</sup> Anne-Sophie BOURREL (pharmacie), MM. Jules GREGORY (médecine) et Stefan NERAAL (médecine générale)

Le D<sup>r</sup> Thomas SCHOUMAN, praticien hospitalier (PH) de chirurgie maxillo-faciale dans le service du P<sup>r</sup> GOUDOT à la Pitié-Salpêtrière, premier suppléant sur la liste des PH de chirurgie à la suite du renouvellement de la CME, remplacera le D<sup>r</sup> Marc LÉVÊQUE qui s'est mis en disponibilité de l'AP-HP à compter du 1<sup>er</sup> juin.

**Le président** et le directeur général ont adressé à la ministre des Affaires sociales et de la Santé le rapport sur la détection et le traitement des situations individuelles complexes ou à risque, approuvé à l'unanimité par la CME du 10 mai. Ils ont plus particulièrement attiré son attention sur la nécessité de favoriser et de valoriser la mobilité dans les parcours des praticiens hors de toute sanction, et de renforcer la médecine du travail pour les praticiens, en coordination avec les services des unités de formation et de recherche (UFR) pour les personnels hospitalo-universitaires (HU).

M. Étienne GRASS, directeur du pilotage de la transformation (DPT), a sollicité la CME pour participer à un groupe de travail sur la concordance des temps de travail à l'AP-HP composé de médecins et de cadres paramédicaux. **Le président** remercie les P<sup>rs</sup> Rémi SALOMON et Olivier BENVENISTE d'avoir accepté d'y participer pour faire valoir le point de vue médical, le dialogue étant la meilleure façon d'avancer. **Le président** souhaite que des représentants des chirurgiens et biologistes y participent également.

Le président et le directeur général ont mis en route le comité de suivi du rapport sur la chirurgie, qui a tenu sa première réunion. Les restructurations font partie de ses sujets. Elles doivent reposer sur un projet hospitalo-universitaire et être proposées aussi par la base car les meilleures restructurations sont celles qui sont voulues par les équipes. Mais le comité ne doit pas s'intéresser seulement aux restructurations. Il doit aussi s'assurer de la mise en œuvre du rapport en ce qui concerne la qualité de vie au travail des chirurgiens et des anesthésistes-réanimateurs, la promotion de la recherche, et les rémunérations.

Sous la double impulsion du directeur général et du président de la CME, la cellule *Anesthésie* mise en place sous la précédente CME sera réactivée. Elle sera rattachée à la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (sCTEM). Il ne s'agit pas de refaire le travail déjà fait mais de le traduire en actions concrètes.

Le P<sup>r</sup> Loïc GUILLEVIN arrive au terme de son mandat de président du comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CÉDIT). **Le président**, les P<sup>rs</sup> Bertrand FONTAINE et Catherine BOILEAU, et M<sup>me</sup> FAVREL-FEUILLADE ont donc commencé à réfléchir à l'avenir du CÉDIT. Il a été créé en 1982 pour remplir deux missions : évaluer les nouvelles technologies de santé et assurer une aide méthodologique aux équipes d'investigateurs. Il a tenu un rôle très important pour notre institution, mais au fil des années, d'autres structures ont été créées qui

s'occupent également d'évaluation des technologies et des innovations. . Il convient donc de réfléchir aux évolutions utiles à mettre en œuvre. La sous-commission *Recherche, innovation, Université* (sCRIU) s'investira dans ce travail avec deux axes de réflexion : l'aide à la preuve de concept et la lisibilité des structures concourant aujourd'hui à l'évaluation clinique et économique des innovations. Le directeur général sera saisi dès que la réflexion sera parvenue à maturité.

**Le président** s'associe aux inquiétudes exprimées par les instances universitaires et conseils nationaux des chirurgiens concernant l'évolution du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales qui réduirait d'un an la durée de formation des chirurgiens. Il souhaite qu'une concertation soit entreprise rapidement afin de ne pas bloquer une réforme attendue depuis plusieurs années.

**Le président** rappelle que le rapport d'activité 2015 de l'AP-HP est en ligne sur le site de la CME et qu'il doit faire l'objet d'un avis en séance.

*Le rapport d'activité 2015 de l'AP-HP est adopté à l'unanimité.*

**Le directeur général** remercie les membres de la CME pour leur contribution au succès de la troisième édition des journées portes ouvertes avec des moments forts : les échanges avec les collégiens ainsi que les trophées patients qui ont permis de récompenser de très beaux projets. Il précise que les publicités de ces journées sont gratuites, grâce à des partenariats avec Le Parisien, la Ville de Paris, la Régie autonome des transports parisiens (RATP), France Inter, etc.

Le niveau de la Seine a été proche de poser des problèmes à la Pitié-Salpêtrière, à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP), à l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGÉPS) et à Louis-MOURIER, ce qui a été l'occasion d'un deuxième exercice, après *Sequana* il y a quelques semaines.

Des dispositions sont prises en vue de *l'Euro 2016*, sous l'autorité du P<sup>r</sup> Pierre CARLI et du D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX. Dans les « fan zones », les organisateurs ont la responsabilité de l'organisation des secours, mais une régulation est prête à intervenir en cas de problème plus important.

La convention avec la Ville de Paris fait l'objet de discussions afin que le foncier de l'AP-HP ne soit pas utilisé comme variable d'ajustement dans le cadre de la révision du plan local d'urbanisme (PLU).

Un audit sur les pratiques en anesthésie-réanimation à l'AP-HP sera intégré au suivi du rapport du P<sup>r</sup> HANNOUN.

Le groupe hospitalier *Hôpitaux universitaires Paris-Nord Val-de-Seine* (HUPNVS), et en particulier l'hôpital Louis- Mourier vont reprendre l'activité de chirurgie qui disparaîtra du centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre au milieu de l'été.

Conformément à la promesse qu'il avait formulée lors de sa profession de foi de président de CME, **le P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN** a annoncé qu'il démissionnait de sa chefferie de service. Ce type de transition doit être préparé, pour qu'elle se passe dans la sérénité.

**Le président** informe la CME que, en conformité avec sa profession de foi du 12 janvier, il démissionne de ses fonctions de chef de service afin de ménager une transition dans la sérénité. Il rappelle à cette occasion que les responsables médicaux doivent s'attacher à bien préparer l'avenir de leur service lorsqu'ils arrivent en fin de carrière. Il exprime sa désapprobation concernant

certaines situations mal gérées, heureusement rares, qu'il est amené à connaître car le métier de médecin doit être tourné vers nos patients par-delà les ego.

## **II. Échange avec M. Martin HIRSCH, directeur général, sur le rapport du groupe de travail sur les conflits d'intérêts à l'AP-HP**

**Le directeur général** avait annoncé en 2015 que l'AP-HP se pencherait sur la question des conflits d'intérêts financiers (et non personnels, amicaux, etc.). Une feuille de route a été adoptée en directoire. Un groupe de travail composé d'experts-juristes, de médecins, dont le P<sup>f</sup> Loïc CAPRON, le P<sup>f</sup> Noël GARABÉDIAN et la vice-présidente, le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS, a rédigé un rapport rendu public début avril.

Les objectifs étaient :

- de renforcer l'indépendance et la crédibilité de l'AP-HP ;
- d'optimiser la capacité d'innover de l'AP-HP et de mieux valoriser ses innovations.

Les conventions passées avec certaines entreprises ont plusieurs fois empêché l'AP-HP de bénéficier des recettes rapportées par ses innovations. Le troisième objectif est que les règles soient respectées, et éventuellement adaptées si elles sont jugées insatisfaisantes.

Les problèmes récurrents dans le secteur de la santé peuvent amener des mises en cause individuelles ou institutionnelles graves. Les législations sur le sujet, qu'elles aillent trop loin ou pas assez, n'ont jamais été parfaitement adaptées parce qu'elles étaient écrites en réaction à des événements particuliers.

Il est difficile d'avoir une vue d'ensemble sur les pratiques. Le rapport n'a ainsi pas pu s'appuyer sur des statistiques précises et exhaustives, et a dû tenir compte de cette incertitude. Il a d'abord fallu définir une doctrine commune, qu'il faut maintenant partager, afin qu'elle soit respectée par tous.

La question des conflits d'intérêts posée concernait spécifiquement les centres hospitalo-universitaires qui soignent, enseignent et produisent de la recherche en lien avec des universités. C'est pourquoi le P<sup>f</sup> Bruno RIOU, doyen des universités, était membre de la commission.

Les solutions et calendriers ont été envisagés de manière pragmatique, avec la volonté de suivre certains principes et de trouver les moyens pour y parvenir.

Si des changements sont nécessaires, ils ne doivent impliquer, ni de renoncer à l'innovation, ni un fonctionnement tatillon, qui se produit généralement faute de doctrine.

La prévention des conflits d'intérêts suppose une bonne application des règles sur le cumul des activités accessoires qui restent cependant méconnues. Les activités accessoires non autorisées peuvent donner lieu à un remboursement des gains éventuels qui en ont résulté ; à des procédures disciplinaires ; et à des risques juridiques plus graves encore dans les cas de prises illégales d'intérêt.

Un rappel agrafé à l'ensemble des bulletins de salaire en mars rappelait un certain nombre de règles simples, ce qui a d'ailleurs conduit à des régularisations.



Une procédure d'autorisation rapide est mise en place en lien avec les universités, afin que la réponse soit fournie régulièrement dans le mois, sauf cas d'urgence, elle fera l'objet d'une évaluation au bout d'un an. Les critères d'autorisation concernent :

- la compatibilité en termes de temps de l'activité accessoire avec l'activité principale ;
- les entités avec lesquelles sont passés des contrats ;
- les conditions, notamment de rémunération de ces contrats, et leur compatibilité avec l'indépendance du contractant.

Désormais, nul ne peut plus ignorer la loi, qui peut donc s'appliquer, et s'appliquera durement si nécessaire. Un guide précis sera également diffusé pour prévenir ces situations.

Il y a un an l'AP-HP a créé une fondation qui permet de recueillir de l'argent en soutien à certains projets de recherche de manière légale, et de recevoir des dons spontanés, notamment de la part des patients. L'objectif est d'assurer la même souplesse et la même réactivité que les associations de service, tout en assurant la sécurité totale des financements. À terme, il devrait ainsi être possible de se passer de ces associations. D'ici là, le rapport établit que l'AP-HP possède un droit de regard sur les associations domiciliées chez elle, et qu'elle peut leur demander leurs sources de financement, ce qui se faisait très peu jusqu'à présent.

Le principe qui a guidé l'approche des visites de promotion médicale a été que, dans les CHU, les sources d'information sur l'innovation devaient être davantage académiques que commerciales. Pour autant, une part importante de la pharmacovigilance remonte aujourd'hui par les visites médicales. Ce n'est pas le circuit normal. Concernant les autres pratiques occasionnées par les visites médicales, elles varient selon les services et les laboratoires, qui ont des chartes différentes, et qu'ils appliquent plus ou moins. La doctrine de l'AP-HP est qu'il revient aux médecins de décider s'ils souhaitent recevoir un laboratoire, et dans ce cas, sur quel sujet précis et dans quelles conditions.

Pour des raisons de coût les visiteurs médicaux s'orientent de plus en plus vers des visites par mail, qui posent de nouveaux problèmes et peuvent s'avérer d'une influence tout aussi efficace.

Les déclarations d'intérêt sont parfois réalisées au nom de l'AP-HP, en conséquence, une liste des activités dans lesquelles cette déclaration est nécessaire est en cours de rédaction, ainsi que la possibilité de les grouper pour plusieurs activités. L'objectif est de se doter rapidement d'une application qui permette de déposer une demande en ligne et d'obtenir une réponse rapide de la même manière.

Les laboratoires n'ont pas non plus à réaliser la formation des médecins, alors que c'est pourtant le cas, et pour des montants très importants. Ils revoient actuellement leur politique dans ce domaine et l'AP-HP regarde les évolutions possibles. En 2015, un laboratoire a mandaté expressément un tiers de confiance, avec un conseil scientifique indépendant, pour répartir les invitations aux différents congrès qu'il finance, selon trois critères : la discipline de compétence, les activités de formation, et le propos des intervenants. Cette initiative très intéressante pourrait être développée à d'autres. Dans l'attente, il a été décidé, non pas de refuser toute participation à des congrès payés par les laboratoires, mais de maintenir le système actuel tout en examinant quels systèmes alternatifs pourront être mis en place à terme. De même, la fondation devra être opérationnelle avant qu'il soit décidé de renoncer aux associations de service.

L'enjeu est sérieux, et non anecdotique ou conjoncturel. Il n'est pas non plus moral, mais concerne bien la qualité, la taille, la sécurité et la force de la recherche et de l'innovation futures de l'AP-HP. Les innovations pourront également être mieux valorisées, et rapporter davantage d'argent. Il arrive que des banques de données, des cohortes, etc., se retrouvent propriétés de laboratoires alors qu'elles résultent de travaux de l'AP-HP. Les laboratoires eux-mêmes considèrent qu'ils gagneraient à clarifier les bases de leurs relations avec l'AP-HP, à défaut, ils s'adresseront à d'autres organismes de recherche.

L'objectif est simplement de renforcer l'AP-HP afin qu'elle puisse mieux accomplir ses missions.

**Le D<sup>f</sup> Patrick DASSIER** demande quelle est la durée des 42 demi-journées mentionnées.

**Le directeur général** précise que les obligations de service des praticiens hospitaliers (PH) sont décomptées en demi-journées, et non en heures (hors services d'accueil des urgences [SAU], service d'accueil médicalisé des urgences [SAMU] et services mobiles d'urgence et de réanimation [SMUR]).

**Le D<sup>f</sup> Patrick DASSIER** estime qu'au regard du peu de personnes à temps partiel à l'Université, une demi-journée aurait été suffisante.

**Le directeur général** explique qu'une activité qui ne serait pratiquée que 42 demi-journées par an serait considérée comme accessoire, et donc réalisée en dehors des heures de travail. Les activités d'intérêt général peuvent, quant à elles, être effectuées durant les heures de travail. Elles doivent être déclarées dans le cadre d'une convention avec l'organisme auprès duquel elles sont réalisées.

**Le P<sup>f</sup> Michel LEJOYEUX** explique que le syndicat des médecins et des hôpitaux approuve la lutte contre les conflits d'intérêts mais s'inquiète de la manière dont la participation aux activités annexes et de congrès sera organisée.

**Le directeur général** souligne qu'aucun point n'est facile à régler dans la lutte contre les conflits d'intérêts. Le résultat se veut en accord avec ce qui peut être attendu d'un grand hôpital universitaire. Les médecins ne sont pas les seuls concernés : le personnel soignant peut avoir un autre employeur sans être autorisé. Tant qu'aucune solution alternative n'aura été trouvée, il ne faudrait pas que des départs en congrès justifiés soient refusés.

**Le président** estime que le problème des congrès est très important pour les médecins, notamment pour les jeunes, mais aussi pour les personnels infirmiers. Il s'agit de la représentation de la France à l'étranger. Il convient donc d'être particulièrement vigilant sur ce sujet. Si un changement de système doit se faire, il faudra opérer la transition de façon à ce que personne ne soit pénalisé. Il faut aussi prendre acte que les laboratoires financent de moins en moins facilement l'envoi des jeunes médecins en congrès. Des modèles modernes et transparents existent dans d'autres pays développés dont nous pourrions nous inspirer.

**Le D<sup>f</sup> Patrick PELLOUX** souligne que les conflits d'intérêts intéressent l'AP-HP, mais aussi les PU-PH consultants, et les personnels administratifs.

**Le directeur général** confirme que le guide s'adresse à tous.

**Le P<sup>f</sup> Stanislas CHAUSSADE** juge la morale importante. Quoique très bien intentionnée, cette présentation cible les médecins, comme s'ils devaient céder systématiquement aux incitations des

visiteurs pharmaceutiques et organisateurs de congrès. L'industrie pharmaceutique ne cherche pas seulement à gagner de l'argent, mais aussi à améliorer la prise en charge des patients. Pour réaliser 1 M€ d'économies, l'AP-HP n'a par exemple pas hésité à substituer un biosimilaire à un médicament représentant 12 milliards de dollars de chiffre d'affaires, malgré les pressions du laboratoire, de l'AGEPS et des associations de malades. Les conflits d'intérêts touchent tout le monde. La semaine précédente, un sponsor avait organisé le salon des maires de France.

**Le directeur général** rappelle que le cœur de métier de l'AP-HP est la médecine. Des études très connues montrent que les visiteurs médicaux ont bien une influence sur les prescriptions. C'est pourquoi l'industrie y consacre 3 à 4 milliards d'euros par an. Enfin, malgré les pressions contraires des lobbys, l'usage des biosimilaires doit bien être étendu.

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** estime que la pratique, très répandue dans les pays anglo-saxons, consistant à demander aux praticiens de financer leurs participations à des congrès en renonçant à des jours de réduction du temps de travail (RTT) et congés annuels, ne serait pas adaptée du tout à la France. Or, elle semble envisagée à la page 74 du rapport.

**Le directeur général** explique que cette idée n'est étudiée qu'au titre de l'examen des pratiques dans d'autres pays, mais que le rapport exclut clairement cette solution pour la France : « il doit être souligné que l'hypothèse d'une contribution personnelle des praticiens au financement de leur participation aux congrès ne peut être valablement envisagée par référence aux usages nord-américains, compte tenu des différentiels de revenus ». Aux États-Unis, elle est applicable car la participation aux congrès est incluse dans les traitements, qui sont trois à quatre fois plus élevés qu'en France.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** signale que le problème du cumul des activités accessoires a entraîné une réaction extrêmement vive de l'ensemble de la collégiale de chirurgie orthopédique. Les chirurgiens ont estimé que la différence entre les pratiques de ville et les pratiques hospitalières pourrait diminuer l'attractivité de l'institution, quel que soit le maximum de journées mis en place.

**Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** indique que personne, y compris les chirurgiens, ne s'est ému de ces problèmes aux conférences nationales et d'Île-de-France des doyens.

**Le P<sup>r</sup> Nelly FRYDMAN** demande combien de praticiens par an sont invités à des congrès par des laboratoires pharmaceutiques. Ces invitations posent des problèmes de conflit d'intérêts évidents lorsqu'elles s'adressent à de potentiels prescripteurs, mais c'est moins évident lorsqu'elles concernent par exemple les biologistes, qui ne prescrivent pas.

**Le directeur général** explique que, faute d'un nombre de déclarations suffisantes et de systèmes d'information adéquats, la seule manière aujourd'hui de connaître approximativement le nombre d'invitations envoyées par les laboratoires pharmaceutiques est de diviser le coût des congrès par celui de l'invitation d'un médecin.

Chaque agent public doit déclarer ses liens avec une entreprise privée qui le finance : cela peut conduire à reconnaître un lien d'intérêt, mais pas forcément un conflit d'intérêts. Les biologistes ne sont pas prescripteurs médicaux, mais conseillent l'achat de réactifs et de matériels.

**Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** précise avoir fourni dans le rapport une estimation très basse du nombre des absences pour congrès à la faculté de médecine Pierre et Marie Curie, sur la base des ordres de mission avec ou sans frais qui lui sont parvenus. Or, non seulement tous les HU n'envoient pas

leurs ordres de mission au doyen, mais ils n'en font pas même la demande pour les congrès sur Paris.

**Le P<sup>f</sup> Christophe CELLIER** indique avoir mené un essai de phase 1 pour des biothérapies dans le cadre d'un réseau « cancers rares », qui a abouti à un contrat avec une startup américaine et à l'ouverture de trois centres à Amsterdam, en Finlande et aux États-Unis. Or, à force de lenteur administrative, ces centres ont ouvert après de nombreux autres, alors qu'ils étaient leaders sur le marché. Des aides administratives, juridiques et conceptuelles doivent donc être mises en place pour développer et favoriser la recherche de l'AP-HP.

**Le directeur général** souligne que les laboratoires ont tous compris que le rapport permettrait d'agir plus rapidement et de mieux valoriser l'AP-HP. L'application du contrat unique par exemple, qui concerne aujourd'hui 90 % des contrats, a permis de diviser le délai par deux. Les laboratoires qui doutaient de pouvoir continuer à travailler avec l'AP-HP envisagent à nouveau de le faire.

L'AP-HP a ainsi progressé en rapidité par rapport aux autres CHU et est moins défavorisée internationalement qu'un an auparavant.

**Le D<sup>f</sup> Isabelle NÈGRE** signale que les petites associations craignent d'être étouffées au sein d'une fondation qui ne fléchera pas forcément les fonds sur leurs activités. Elle rappelle par ailleurs que les formateurs de la formation continue de l'AP-HP ne sont pas rémunérés. Les gains dégagés par les enseignements universitaires réalisés pourraient être reversés aux associations.

**Le directeur général** accorde que les systèmes de financement par les associations devront pouvoir perdurer lorsqu'ils sont légitimes.

**M<sup>me</sup> Sophie GUILLAUME** indique que 40 % des congrès et DIU des paramédicaux et sages-femmes sont payés par les associations. Or, le coût de la formation alloué aux pôles est de 20 € par agent, ce qui permettrait à seulement a peu de professionnels par an de suivre un congrès.

**Le P<sup>f</sup> Bernard GRANGER** précise qu'il n'a aucun lien d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique. Il estime que le ton du rapport et de sa présentation manifestent une défiance à l'égard du corps médical et une volonté de restreindre sa liberté. Il comprend que les médecins qui ont des liens avec l'industrie pharmaceutique s'en émeuvent. Néanmoins, il est établi que les prises de position scientifiques et dans la presse grand public de certains médecins sont influencées par leurs liens d'intérêts : le véritable problème est là. La création du site Transparence - Santé où doivent être déclarés les liens d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique et toutes les entreprises en rapport avec les médicaments et les autres produits de santé est une bonne mesure et assure la transparence sur l'existence de ces liens. En revanche, vouloir limiter le temps passé aux congrès ou bureaucratiser les rapports avec les industriels ne résoudra pas l'influence que ces derniers cherchent à exercer, mais présente au contraire de nombreux inconvénients. Présenter ses recherches à un congrès n'est pas une activité accessoire, mais fait partie intégrante du travail des hospitaliers et hospitalo-universitaires. Cela assure le rayonnement de l'AP-HP. Les échanges directs entre chercheurs et cliniciens nationaux et internationaux sont une des conditions des avancées de la recherche et favorisent l'amélioration de la prise en charge des patients. Qu'on le déplore ou non, les recherches actuelles sur les médicaments et les dispositifs médicaux sont menées principalement par l'industrie pharmaceutique, beaucoup plus que par la recherche publique : il est donc inévitable de collaborer avec les industriels pour prendre part au progrès médical. Les mesures proposées ici risquent d'aller à rebours des buts affichés. C'est une mauvaise réponse à un vrai problème.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** juge normal de limiter le temps que passent les salariés de l'AP-HP en activités extérieures. Ils sont payés à plein temps par l'AP-HP, il semble normal que le temps consacré à d'autres activités soit soumis à autorisation. Le rapport sur les conflits d'intérêts propose de délivrer des autorisations d'un maximum de 5 à 10 heures par semaine (déplacement et temps de préparation compris) avec une limite annuelle de 40 demi-journées d'absence par an, ce qui ne semble pas très strict.

**Le directeur général** refute cette accusation. Le rapport a été élaboré avec les représentants du corps médical. Il n'est pas le signe d'une défiance ni d'une agression à son égard, ni une volonté de bureaucratisation de la part de l'administration. Les débats montrent d'ailleurs que les représentants de la communauté médicale sont tout à fait conscients des enjeux, même s'ils expriment des inquiétudes sur les modalités d'application d'une doctrine définie par la commission.

**Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** rappelle que le cumul des activités accessoires et leur rémunération sont encadrés par le décret de 1984, même s'il n'a pas été suivi de décrets d'application. La commission du cumul des activités accessoires fonctionne très rapidement. Les autorisations qui seront délivrées permettront surtout à l'avenir d'éviter aux praticiens d'éventuels problèmes.

**Le P<sup>r</sup> Dominique ISRAËL BIET** demande des précisions sur les heures de travail en dehors desquelles les activités accessoires doivent se tenir, et comment le temps privé peut être réglementé.

**Le directeur général** explique qu'une activité accessoire peut poser différents problèmes : on peut y consacrer trop d'heures au détriment de l'activité principale ; et son niveau de rémunération peut être tellement élevé que des conflits d'intérêts apparaissent. La commission a donc évalué un nombre d'heures compatible avec une activité de praticien hospitalier, en deçà duquel les autorisations ne poseraient pas de problème.

**Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** précise que la commission a évalué ce chiffre sur la base du nombre d'heures d'absences maximum autorisé pour un HU.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie de CASTRO** souligne que, dans son service, les invitations aux congrès ont cessé lorsque les entretiens en tête à tête ont été interdits.

En pratique, les laboratoires inviteront rarement les médecins juniors qui sont aujourd'hui souvent financés par les associations de services.

Des vidéoconférences pourraient être mises en place pour les congrès vraiment essentiels à définir avec les collégiales. Beaucoup de médecins de la même spécialité pourraient alors se réunir par exemple à Paris pour y assister.

**Le directeur général** confirme que l'AP-HP ne cotise pas aujourd'hui à l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), car le taux de cotisation conduirait à dépenser des sommes beaucoup plus élevées que celles dépensées aujourd'hui.

Des laboratoires pharmaceutiques ont proposé de mettre en place des vidéoconférences en accès gratuit. L'intérêt des déplacements en congrès ne serait toutefois pas épuisé.

**Le président** souligne l'importance des discussions avec des collègues étrangers à la pointe du progrès lors des congrès. Il est facile de se réunir régulièrement avec les collègues français.

**Le P<sup>r</sup> Nicolas THIOUNN** estime qu'en l'absence de sponsor, il ne sera plus possible de se rendre aux congrès américains, ce qui est pourtant indispensable, par exemple en oncologie urologique.

**Le directeur général** précise en avoir conscience : c'est pourquoi le système actuel est maintenu en l'absence d'alternative.

**Le président** explique que pour l'instant, il est seulement demandé de déclarer les activités accessoires en toute transparence.

**Le P<sup>r</sup> Dominique LE GULUDEC** regrette que, faute de moyens, seules des mesures de contrôle et d'éventuelle coercition soient mises en place, sans les mesures d'aide financière permettant de financer la participation aux congrès et les frais de publication sans avoir recours aux laboratoires. Les deux volets sont nécessaires pour résoudre le problème.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOÎT** estime sain et naturel de clarifier les relations avec l'industrie pharmaceutique. Face à la rigidité des marchés publics, le recours aux associations de services est parfois nécessaire pour acheter du matériel ou des réactifs innovants qui ne sont pas au marché. La fondation devrait donc prendre en compte cet aspect également.

**Le directeur général** confirme que la fondation devrait permettre de répondre à ce besoin de souplesse. Si tel n'est pas le cas, les associations de service devront perdurer.

### **III. Échange avec M. Christophe DEVYS, directeur de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARSIF) sur les groupements hospitaliers de territoire**

*Ce point est reporté.*

**Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** indique que les groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui se mettent en place ne concerneront pas seulement l'hospitalier, mais aussi la recherche. Trois conférences de doyens se sont tenues à ce sujet successivement :

- au niveau national, pour modifier le décret afin d'intégrer les missions d'enseignement et de recherche ;
- en Île-de-France, pour cartographier, avec l'ARSIF et l'AP-HP, les groupes hospitaliers (GH) et les universités référents de chaque GH ;
- en Île-de-France, afin que la convention-cadre proposée par l'AP-HP aux différents GHT intègre bien l'enseignement et la recherche en université.

### **IV. Avis sur le schéma directeur du système d'information (SDSI) de l'AP-HP**

**M. Michel FEUGAS** indique que les objectifs de ce SDSI sont les suivants :

- l'alignement sur le plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP ;
- l'urbanisation et la planification des projets sur la période ;
- l'organisation de la direction des systèmes d'information (DSI) et de la gouvernance des SI.

Le SDSI a été élaboré à partir d'un diagnostic de l'existant auquel des centaines de médecins, directeurs, soignants, etc., ont participé.

Débutés en septembre, les travaux d'élaboration du SDSI ont été terminés au 30 avril, selon le calendrier initial.

Les principes directeurs du SDSI sont les suivants :

- rationalisation et optimisation du portefeuille applicatif ;
- gestion coordonnée et cohérente des référentiels de données ;
- standardisation et consolidation des services d'infrastructure ;
- supervision des services de bout en bout ;
- modernisation périodique du patrimoine technique et applicatif.

Cinq axes stratégiques ont été adoptés pour la planification :

- un SI orienté vers le patient et son parcours ;
- un SI soutenant la recherche et l'innovation ;
- un SI au service d'une gestion performante et d'un pilotage pertinent ;
- un SI urbanisé et sécurisé offrant des services et des infrastructures performants ;
- une gouvernance et une organisation de la filière SI au service de la transformation numérique de l'AP-HP.

Dans le cadre des deux premiers axes, seront par exemple mis en œuvre :

- un référentiel unique de l'offre de soins accessible sur les sites Internet et des applications mobiles ;
- un portail *Patients* multi-services reposant sur un espace sécurisé ;
- la prise de rendez-vous en ligne ;
- les modules ORBIS ;
- les applications de gestion des plateaux techniques et des outils de prescription connectée, de mise à disposition de résultats d'examen ;
- le portail *Médecins partenaires* ;
- un outil de gestion des files actives de patients dans le cadre des parcours de soins et de l'ambulatoire ;

- une plateforme de mégadonnées pour la recherche clinique et de bio-informatique pour la génétique ;
- un outil commun de gestion des projets de recherche.

Un enjeu très important concerne la fluidification des relations entre la DSI centrale et les DSI de GH.

Entre 35 et 70 M€ d'investissements sont prévus par an.

Les dépenses d'exploitation devraient toutefois diminuer par le décommissionnement de nombreuses applications redondantes, c'est-à-dire leur retrait, actuellement très onéreuses et qui nuisent à la cohérence du SI.

Un conseil du numérique, composé d'experts internes et externes à l'AP-HP, est chargé de conseiller le directeur général sur l'évolution du numérique dans le secteur de la santé.

L'animation du portefeuille de projet sera opérée à la DSI au travers de 6 programmes et de 5 comités de pilotage, dont 2 ont été mis en place cette année : *Innovation & recherche* et *Infrastructures & sécurité*.

Le SDSI sera mis à jour annuellement.

Un groupe de travail a été mis en place pour affiner les indicateurs stratégiques d'évolution du SI.

À l'horizon 2020, le SI à l'AP-HP devra ainsi être au service du patient ; intégré dans les parcours de soins ; et valoriser la recherche et l'exploitation des mégadonnées de l'AP-HP.

**Le P<sup>f</sup> Michel ZÉRAH** souligne le chemin parcouru par les SI de l'AP-HP au cours des dernières années. Les SI médicaux sont mis au niveau des systèmes administratifs.

Les groupes de travail de la CME ont principalement porté l'attention sur :

- ORBIS, qui est encore loin de l'ergonomie attendue ;
- les problèmes de gouvernance ;
- la nécessité de l'ambition, de la qualité et de la convivialité du SI ;
- la possibilité d'utiliser ces données pour développer de vrais projets de recherche ;
- les problèmes de définition des nouveaux métiers des SI ;
- la nécessité de conserver certains emplois, notamment de secrétariat médical ;
- l'obsolescence des SI, qui est plus importante que celle des équipements et des structures.

Trois formules définissant les objectifs de ces SI sont revenues régulièrement : « remettre de l'humain » ; « faire rêver » ; « intégrer la vie de tous les jours ».

Ce projet est ambitieux et de qualité.



Le *back-office* et les personnes qui travaillent dans ce SI forment un treizième GH, comme l'a dit à juste titre le D<sup>r</sup> Anne Gervais, et il faut penser à eux.

**Le P<sup>r</sup> Rémi SALOMON** souligne qu'aucun plan directeur stratégique des SI n'avait été mis en place à l'AP-HP depuis 2010. La priorité doit être de réussir le déploiement d'ORBIS, et notamment du dossier médical informatisé. Or, les moyens qui y sont attribués dans le plan directeur sont inquiétants à cet égard.

Aux États-Unis et dans de nombreux pays d'Europe, le taux d'encadrants informaticiens est de 2 pour 100 personnels du système de santé, contre 0,5 % en France.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** demande que des serveurs de résultats soient mis en place avant 2020, avec des codes d'accès pour patients et les praticiens de ville, et la possibilité d'émettre des demandes d'examen informatisées.

**La secrétaire générale** souligne que ce schéma directeur couvre pour la première fois à l'AP-HP tous les métiers. Une priorité budgétaire réelle est accordée au SI qui crée de l'emploi. Les autres objectifs ne pourront pas être remplis sans un SDSI. Les priorités ont été recensées, mais toutes ne seront pas réalisées l'année prochaine.

Avec le **D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** l'objectif est bien de construire un système pour tous, ce qui oblige à mieux communiquer avec les utilisateurs, afin que leurs besoins soient davantage pris en compte ; et à centraliser la politique, ne serait-ce que pour qu'un identifiant unique soit utilisé à l'AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOÎT** rappelle avoir alerté par *mail* sur la situation d'ORBIS *prescription*, qui n'améliore pas la qualité et la sécurité des prescriptions ; qui ne permet pas la remontée des molécules hors GHS ; et impose le maintien des logiciels existants et l'entretien d'une base de données supplémentaire. Les rapports entre le biomédical et les services informatiques sont enfin problématiques concernant les logiciels liés aux équipements.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL** demande s'il est réaliste de proposer ce SDSI pour 2020, compte tenu de l'histoire des développements informatiques à l'AP-HP. La centralisation du SI et la disparition des DSI locales l'inquiètent également : les interlocuteurs de proximité risquent de disparaître.

**Le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU** souhaite que la gouvernance des priorités soit élargie aux utilisateurs. Les outils de la recherche notamment sont tout aussi importants que ceux du soin. L'efficacité des outils prévus doit être démontrée avant leur mise en place. Enfin, les réseaux mis en place doivent pouvoir communiquer avec l'extérieur, par exemple avec l'université et l'INSERM.

**Le P<sup>r</sup> Claire POYART** indique qu'une solution, le logiciel *CYBERLAB*, est en cours d'examen à Cochin pour permettre de rendre les résultats directement aux patients et aux médecins prescripteurs. Son ouverture sur la ville est prévue d'emblée.

**Le P<sup>r</sup> Eric THERVET** signale que le SI quelque peu différent de l'HEGP met en évidence l'importance, notamment pour d'éventuelles certifications, des prescriptions connectées et de la récupération en ligne des examens biologiques et radiologiques.

**D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** répond que des pilotes sont en cours pour intégrer les prescriptions et les résultats de laboratoires à ORBIS. Des améliorations sont prévues en vue d'un déploiement d'ici

septembre. Les prescriptions sont un processus complexe, dont le déploiement informatique a pris plusieurs années à l'HEGP.

La gouvernance doit être renforcée. Le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH proposera son élargissement à la commission informatique. Un club utilisateurs ORBIS existe au niveau central : d'autres seront développés localement.

L'interopérabilité avec les universités doit être mise en place, non seulement pour les réseaux, mais pour l'échange des fichiers. Une convention sera signée prochainement avec l'institut hospitalo-universitaire (IHU) *Imagine*. Des conventions existent déjà au niveau local. Elles devront surtout être intégrées à un cadre plus général.

Le niveau d'investissement a permis de passer 90 % des postes de travail sur *Windows 7*. L'objectif est de 95 % à la fin de l'année dans les GH.

Le niveau d'investissement pour les DSI locales n'a pas diminué : il reste de 18 M€.

*Le schéma directeur est adopté à l'unanimité, et 14 abstentions.*

## **V. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP**

M<sup>me</sup> Claire BIOT et Dr. Annick TIBI expliquent que le principe de fonctionnement de l'établissement pharmaceutique (EP) est de :

- recueillir les besoins des collègues de PUI, des médecins et de l'industrie pharmaceutique ;
- traiter ces besoins dans une plateforme de recherche et développement (R&D) pharmaceutique ;
- puis mettre à disposition un traitement optimisé, soit pour une fabrication chez les collègues de pharmacie à usage intérieur (PUI) (petits volumes), soit au sein de l'EP (production interne ou sous-traitée à l'extérieur), soit par le biais de partenariats avec les industries pharmaceutiques.

L'AP-HP fabrique aujourd'hui (pour moitié en interne et pour moitié en sous-traitance) 49 médicaments, sous le statut de préparation hospitalière ou d'AMM. 23 autorisations de mise sur le marché (AMM) de l'AP-HP sont également exploitées par des industries pharmaceutiques. 9 médicaments sont en cours de développement en R&D pharmaceutique

Les conclusions du rapport de l'IGAS ont été récupérées début 2016. Ses principaux constats sont les suivants.

- Les préparations (magistrales/hospitalières) sont considérées comme indispensables dans toute l'Europe et même aux États-Unis.
- Leur préparation devrait être optimisée sur le sol national, avec une fabrication de proximité pour les préparations peu récurrentes ou peu stables ; et une fabrication selon des processus de type bonnes pratiques de fabrication (BPF), avec quelques acteurs nationaux, pour les préparations répondant à des besoins nationaux récurrents ou de forte criticité.

- Il reste des besoins non couverts sur le sol national par l'industrie pharmaceutique, qui abandonne certaines « vieilles molécules » encore utiles mais peu rentables, et qui se désintéresse de certains besoins hospitaliers spécifiques (maladies rares, pédiatrie, gériatrie).

L'IGAS recommande donc principalement de maintenir l'outil de Nanterre à niveau et de le rentabiliser. À cet égard, l'IGAS émet les préconisations suivantes :

- maintenir l'outil de production sous référentiel BPF (bonnes pratiques de fabrication). Il est très important pour l'AP-HP de noter que l'IGAS a écarté le scénario d'une fermeture totale ou partielle de l'EP, ou d'un changement de référentiel ;
- renforcer les laboratoires de contrôle qualité et les localiser aux côtés de la production à Nanterre ;
- affiner le modèle économique et adapter la tarification des produits de l'établissement pharmaceutique ;
- informer davantage sur les produits de l'établissement pharmaceutique.

L'IGAS recommande, d'autre part, de renforcer la R&D et la stratégie de la manière suivante :

- alimenter le pôle en nouveaux projets, par le biais d'échanges renforcés avec les PUI (au sein de l'AP-HP et plus largement au niveau national) et avec les tutelles (identification de besoins non couverts ;
- relancer les travaux d'un conseil scientifique ;
- sanctuariser des moyens pour la R&D.

Suite à ce rapport, des groupes de travail sont lancés en interne avec les objectifs suivants :

- renforcement de la stratégie pour faire entrer de nouveaux projets. Une proposition a d'ores et déjà été faite au Directeur général pour relancer un Conseil scientifique et stratégique dédié, au sein de l'AP-HP, aux médicaments indispensables à l'hôpital.
- faire évoluer les laboratoires (transfert du Contrôle qualité à Nanterre, sur le site de production ; scission avec le développement analytique;
- renforcer la R&D ;
- sécuriser le modèle économique ;
- saisir les perspectives sur les médicaments de thérapie innovante (MTI).

*À noter que la liste des produits exploités par l'EP ou en partenariat industriel figure en annexe à la présentation diffusée lors de la CME*

**Le directeur général** explique que le rapport constitue une étape importante pour l'AGEPS. L'enjeu est de renforcer les liens avec les cliniciens, afin de pouvoir à nouveau partir des besoins pour aboutir à des médicaments, sans conflit d'intérêts puisque l'AGEPS relève de l'AP-HP.

## **VI. Indicateurs et prévention des infections associées aux soins à l'AP-HP**

**Le D<sup>r</sup> Sandra Fournier** présente quelques indicateurs de prévention des infections nosocomiales.

L'indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO) évalue les moyens mis en place pour prévenir les infections post-chirurgicales au bloc opératoire.

Certains hôpitaux, comme Tenon, peuvent encore réaliser des progrès.

Pour faire mieux, il faudrait :

- appliquer la *check-list* dans tous les blocs
- surveiller les infections du site opératoire (ISO) et calculer des taux d'infection dans tous les services
- évaluer la préparation cutanée de l'opéré ;
- évaluer l'antibioprophylaxie.

Chaque année, des épidémies de grippe, potentiellement mortelle, sont signalées à l'AP-HP. 13 l'ont été en 2015.

90 % des patients de long séjour sont vaccinés contre la grippe. Toutefois, 26 % seulement des personnels médicaux sont vaccinés en moyenne.

Le nombre de patients porteurs de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques continue à augmenter, même si, grâce aux mesures mises en place, la proportion d'épidémie rapportée au nombre d'épisodes reste maintenue à 10 %. Les hôpitaux de l'AP-HP accueillent un tiers des porteurs d'entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC) en France, mais sont beaucoup moins pourvoyeurs d'épidémies que les autres hôpitaux.

75 % des patients porteurs reviennent de l'étranger. Les mesures de prévention sont d'autant plus efficaces (et coûtent d'autant moins cher) qu'elles sont appliquées tôt.

Le regroupement des patients porteurs en secteur dédié, mis en place dans certains GH, semble particulièrement efficace et mériterait d'être adopté par les autres GH.

La friction hydro alcoolique des mains avant et après chaque contact avec un patient reste la mesure essentielle pour prévenir la transmission des microorganismes et l'infection des dispositifs invasifs. En 2015, pour deux frictions nécessaires, une seule est réalisée. Les hôpitaux pédiatriques comme Necker ou Robert Debré réalisent les meilleurs niveaux d'atteinte des objectifs.

La mise en place du plan antibiotiques, et surtout le raccourcissement de la durée des traitements antibiotiques, devraient également permettre des améliorations.

**Le D<sup>r</sup> Julie PELTIER** estime que les chiffres de vaccination du personnel médical sont sous-évalués, et souligne l'importance des chambres seules.

**Le D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER** confirme que même sous-évalués, ces chiffres peuvent toutefois être améliorés.

**Le P<sup>r</sup> Christian RICHARD** rappelle que, dans le domaine de l'hygiène, des prélèvements biologiques sont nécessaires, qui n'appartiennent plus depuis longtemps à la cotation des actes de biologie. Les laboratoires de microbiologie craignent que ces prélèvements ne soient en conséquence plus réalisés. Ils souhaitent que leurs réalisations dans les différents services soient bien tracées.

**Le P<sup>r</sup> Vincent JARLIER** suggère que les crédits des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et des missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI) pourraient répondre pour partie à la préoccupation de l'hygiène hospitalière.

**Le président** souligne l'importance de l'étroite collaboration avec les GH pour faire progresser tous les indicateurs concernant la qualité et la sécurité des soins, et les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU). Il rappelle que la *chek list* est obligatoire.

**Le P<sup>f</sup> Claire POYART** souligne l'absence de tarification pour l'hygiène environnementale réalisée à l'AP-HP. Les prélèvements d'air, d'eau, etc. ne figurent plus à la nomenclature. Les 16 M de B hors nomenclature (BHN) recensés en hygiène environnementale nécessiteraient un financement de 1,3 M€. La collégiale d'hygiène hospitalière de l'AP-HP a décidé d'établir un référentiel de ces actes et de continuer à les référencer conformément à l'ancienne nomenclature.

**Le D<sup>f</sup> Sandra FOURNIER** indique que le sujet a été transmis à la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Il est très important de continuer à référencer tous ces actes pour lui montrer ce qu'ils représentent.

**Le P<sup>f</sup> Rémy NIZARD** souligne que les mesures en matière d'infections nosocomiales sont toujours a posteriori. Ainsi, les dérives dans les pratiques ne sont pas mesurées alors qu'une telle mesure serait méthodologiquement possible et permettrait d'intervenir avant qu'il soit trop tard.

**Le D<sup>f</sup> Sandra FOURNIER** plaide pour que le système d'information, et ORBIS en particulier, intègre ces questions.

## **VII. Avis sur le compte financier 2015 et l'affectation des résultats**

**M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ** explique que ce compte financier sera le dernier à n'être pas certifié par les commissaires aux comptes.

Les faits marquants de l'exercice 2015 sont les suivants :

- un résultat comptable 2015 tous comptes confondus excédentaire de 39,7 M€, contre un déficit de 103 M€ en 2010 ;
- un dynamisme de l'activité ;
- une maîtrise des charges, notamment de personnel, qui progressent de 1,2 %.
- la poursuite de la valorisation du patrimoine et de la modernisation des bâtiments et équipements, avec 61 M€ de produits de cession d'éléments d'actifs, dont 41 M€ Saint-Vincent-de-Paul.

Le résultat consolidé se décompose principalement de la manière suivante :

- compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) : -38,8 M€ ;
- compte de résultat prévisionnel annexe (CRPA) A – Dotation non affectée (valorisation du patrimoine) : +78,6 M€.

Parmi les autres budgets annexes, le CRPA B - unités de soins de longue durée (USLD) est pour la première fois excédentaire, mais en raison de reprises sur provisions et d'un excès de la dotation par rapport à l'activité.

Le déficit de compte principal représente 0,5 % des produits, contre 1,3 % en moyenne pour les autres CHU.

Les comptes déficitaires sont affectés à un report à nouveau déficitaire.

Le compte CRPA A est affecté à l'investissement.

La marge brute, stable par rapport à 2014, permet de mesurer le résultat d'exploitation courante pour financer les charges financières et les amortissements.

La capacité d'autofinancement est en augmentation, notamment grâce à l'augmentation des produits exceptionnels et la baisse des charges financières, ce qui améliore la capacité à rembourser la dette et à autofinancer les investissements.

La dette est stable, à 2,1 Md€, avec des taux en baisse à 2,7 % en moyenne, contre plus de 3 % en 2014.

Le renouvellement des immobilisations donne lieu à un investissement important.

La politique financière a profité de la baisse des taux d'intérêt bas. Le ratio lié au remboursement de la dette est ainsi passé de 30 % en 2013 à plus de 60 % en 2015, parce que davantage de dette a été remboursée (plus de 200 M€, contre moins de 100 M€ en 2013), parfois par anticipation.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOÎT** indique que ce résultat est une conséquence des efforts de 120 M€ par an réalisés ces dernières années ; et des prix de cession exceptionnels.

L'AP-HP souffre toutefois de l'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des coûts de travaux sur les MIGAC.

Surtout, le rapport du remboursement des annuités en capital aux amortissements s'aggrave, ce qui indique une baisse de la capacité d'autofinancement selon le guide de présentation du tableau de bord des indicateurs financiers rédigé par le ministère des Finances et de la Santé.

Le taux de marge brute passe également de 6 % en 2013 à 5 % en 2015.

Le cumul du poids des amortissements par rapport à la marge brute et du poids des frais financiers par rapport à la marge brute passe de 98 % en 2013 à 110 % en 2015, ce qui traduit une tendance structurelle déficitaire, selon le même guide du ministère.

**M<sup>me</sup> Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ** explique que les amortissements ont été fiabilisés en préparation de la certification, ce pour quoi le niveau d'amortissement est plus élevé, ce qui explique l'augmentation de leur poids par rapport à la marge brute. Les ratios prudentiels se situent pour la plupart (notamment le poids de la dette ou l'indépendance financière) en deçà des niveaux de risque fixés par les autorités de tutelle.

*Le compte financier 2015 est approuvé à l'unanimité, et une abstention.*

## **VIII. Projet médical de l'hôpital Nord**

**M. Étienne GRASS** indique que ce projet est construit en lien avec l'université Paris-Diderot, grâce notamment à deux groupes de travail sur la dimension recherche et enseignement du projet, et à deux principes de travail en commun :

- aucun acte invasif ne pourra être pratiqué dans le futur hôpital sans avoir été exercé par simulation ;

- la recherche d'une continuité entre le soin et la recherche : dans l'organisation des espaces, la gestion des équipements, les systèmes d'information, les bases de données, les espaces tertiaires, les fluides, etc.

Un schéma de répartition des espaces a été élaboré, avec des espaces pouvant être mutualisés avec l'université (restauration, équipements sportifs, crèches, etc.), et des espaces relevant davantage d'enjeux de mitoyenneté (laboratoires, plateformes de recherche clinique et biostatistique).

Plusieurs principes directeurs ont été fixés pour ce projet.

- La modularité des espaces est essentielle pour un projet sur 10 ans.
- Le campus sera un établissement d'excellence à l'échelle nationale et internationale avec des centres de référence, adossés à de larges cohortes ; et un équilibre entre recours et besoins de proximité.
- Le campus sera au service d'une médecine plus humaine, avec des espaces conçus pour favoriser les interactions avec le patient.
- L'accélération des prises en charge doit avoir pour contrepartie des leviers pour les ralentir quand cela est nécessaire.
- Accueillir des nuitées d'hospitalisation ne doit plus être l'unique critère d'évaluation de la valeur médicale et universitaire d'un service.
- Le futur campus doit rééquilibrer l'offre de soins au bénéfice du nord du Grand Paris.
- Le campus attirera et fidélisera les meilleures compétences parce qu'il aura réussi une élévation générale du niveau de qualité de vie au travail.

Les chantiers en cours sont les suivants :

- la consolidation du dimensionnement capacitaire (129 500 m<sup>2</sup>) et des hypothèses de dimensionnement médico-techniques ;
- un travail spécifique sur la dimension logistique du projet ;
- de premiers échanges avec la DGOS sur les hypothèses de dimensionnement retenues ;
- le lancement de la programmation depuis le 17 mars 2016 ;
- des échanges en séminaire depuis plusieurs semestres ;
- des échanges avec les établissements du territoire ;
- la recherche d'une relation privilégiée avec les centres de santé du territoire (notamment le centre médico-social de Gennevilliers) ;
- la mise en œuvre d'une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- la préparation d'un appel à manifestation d'intérêts sur la dimension numérique, associant les projets du nouveau Lariboisière et du CHU de Nantes ;
- le lancement d'un bilan carbone, point de départ de la démarche développement durable.

Le nombre de lits d'hospitalisation complète passe à 816, contre 1 210 actuellement, ce qui représente une réduction capacitaire de 32 %, afin d'optimiser l'activité, compte tenu de la bascule ambulatoire et de la progression du nombre de places en hospitalisation de jour qui sont anticipées.

Les conditions pour réussir cette transformation sont les suivantes :

- des unités mutualisées et modulaires de 28 lits + 4 dédoublables ;
- une gestion des lits mutualisée et dynamisée ;

- un hôtel hospitalier largement dimensionné, avec une cible à 150 chambres ;
- une transformation des prises en charge en médecine ambulatoire, avec une capacité accrue en places et de nouvelles articulations avec la médecine de ville ;
- la stabilisation des flux non programmés ;
- une disponibilité plus grande des lits d'aval ;
- un projet cancer qui se précise en lien avec l'hôpital Saint Louis.

L'avenir du site de Claude-Bernard se dessine simultanément, avec une dimension hospitalière et une dimension ambulatoire importante. Ce projet est porté par l'ARS, en lien avec la Ville de Paris.

**Le P<sup>f</sup> Dominique LE GULUDEC** ajoute que ce projet est vécu comme une véritable opportunité par la communauté médicale, d'abord en raison de la conjonction du projet universitaire et du projet hospitalier, qui permettra de réaliser un véritable campus hospitalo-universitaire. C'est également une opportunité en termes d'innovations et d'investissements qui dynamise la communauté médicale du GH au-delà de Bichat et Beaujon.

Par ailleurs, ce projet tel qu'anticipé représente une gageure, notamment en terme de diminution capacitaire, qui interroge nos organisations, et suppose une fluidification de l'amont, de l'aval, et des plateaux techniques, ainsi qu'une densité supplémentaire de personnels soignants (médicaux et paramédicaux) par lit, qu'il faudra financer.

**Le P<sup>f</sup> Bertrand GUIDET** estime que des unités de 28 lits sont trop importantes si l'on considère que cela représente une infirmière pour 14 malades.

**Le P<sup>f</sup> Dominique LE GULUDEC** confirme que la densité de personnel par lit devra augmenter, la baisse des durées de séjour et l'augmentation de l'activité ambulatoire augmentant la charge de travail.

**Le président** souligne l'importance de la lisibilité des grandes thématiques hospitalo-universitaires pour les équipes médicales et le public dans le regroupement en pôles. Le bon dimensionnement de l'hôtel hospitalier et de la chirurgie ambulatoire est une clé majeure de réussite au regard de la diminution du capacitaire.

**Le P<sup>f</sup> Dominique LE GULUDEC** espère que les organisations pourront évoluer « au fil de l'eau » pour être prêtes au terme de ces dix années.

**Le D<sup>f</sup> Nathalie de CASTRO** se demande si des services devront partir de Saint-Louis lorsqu'elle entend parler d'un rapprochement avec Saint-Louis sur la dermatologie et l'oncologie, et avec Lariboisière sur la rhumatologie. Le manque d'espace est en effet déjà notoire.

Elle pose également la question de la "modulabilité" du personnel lorsqu'il s'agira de passer de 28 à 32 lits.

Enfin, la situation de l'Hôtel-Dieu ne risque-t-elle pas de se renouveler et la Mairie de Paris ne risque-t-elle pas de vouloir garder un SAU intra-muros dans le Nord de Paris ?

**M. Étienne GRASS** rappelle que Bichat fonctionne actuellement avec des unités de 18 lits avec 2 infirmiers diplômés d'État (IDÉ) et 2 aides-soignants (AS), ou de 30 lits avec 3 IDE et 2 AS. Il



n'a pas été envisagé que les unités de 28 lits fonctionnent avec 2 IDE et 2 AS. Les effectifs ne diminueront pas autant que le nombre de lits. Pour autant, des gains sont sans doute possibles, mais pas principalement dans les organisations soignantes.

La bascule ambulatoire est très difficile à prévoir en rhumatologie et dermatologie, même si ces activités présentent un potentiel très important en hôtel hospitalier. La logique est de spécialiser davantage les deux sites pour renforcer leur complémentarité et de maintenir une réactivité hospitalo-universitaire sur les deux sites.

Sur le cancer, l'enjeu d'articulation porte principalement sur les équipements et la construction de filières, y compris pour la radiothérapie.

**Le directeur général** souligne la bonne avancée de ce projet et la force de son portage actuel par la communauté du GH. Le nouveau Lariboisière est arrivé au moment voulu. L'hôpital Nord arrive en 2016, comme prévu. Une dynamique est maintenant à renforcer avec le *Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis*.

**Le D<sup>r</sup> Julie PELTIER** souligne les problèmes bactériologiques posés par les chambres doubles, et demande si la modularité prévue des unités prend ce problème en compte.

**Le directeur général** confirme que, lors des pics d'activité, 4 chambres pourront être transformées en 8 lits. Toutefois, la modularité concerne surtout la demande qui est faite aux programmistes et à l'architecte que les structures de l'hôpital puissent évoluer.

**Le D<sup>r</sup> Julie PELTIER** souligne que la gestion de crise n'est pas le quotidien. Par ailleurs, pour valider un hôpital de jour, il faut aujourd'hui un nombre d'actes important, ce qui pose des problèmes de facturation.

## **IX. Approbation des comptes rendus des CME des 12 avril et 10 mai 2016**

*Les comptes rendus sont approuvés à l'unanimité.*

*L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 19 heures 45.*

\*                      \*  
\*

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

**Mardi 5 juillet 2016 à 16 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**Mardi 28 juin 2016 à 16 heures 30**