

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 8 MARS 2016**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 12 AVRIL 2016**

SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Composition et objectifs des sous-commissions de la CME	8
III.	Stratégie de développement de la chirurgie ambulatoire à l'AP-HP	11
IV.	Conclusions du groupe stratégique de la DOMU sur les pharmacies à usage intérieur (PUI) à l'AP-HP	13
V.	Bilan 2015 des événements indésirables graves (ÉIG) à l'AP-HP	15
VI.	Projet Méary, institut de recherche translationnelle en onco-hématologie et biothérapies du groupe hospitalier (GH) <i>Saint-Louis – Lariboisière – Fernand-Widal</i>	17
VII.	Projet <i>Gestion des accès et des identités pour l'AP-HP (GAIAP)</i>	19
VIII.	Avis sur des avenants et deux conventions d'association hospitalo-universitaires avec des hôpitaux hors AP-HP	19
IX.	Point sur l'activité au 31 décembre 2015, information sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) 2016 et avis sur l'actualisation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) de l'AP-HP	20
X.	Questions diverses	23

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Composition et objectifs :
 - de la sous-commission *Activités, ressources* (M. Guy BENOÎT, P^{rs} Yves AIGRAIN, Claire POYART et Michel ZÉRAH)
 - de la sous-commission *Recherche, innovation, Université* (P^{rs} Catherine BOILEAU et Jean-Marc TRÉLUYER)
 - de la commission centrale de l'organisation et de la permanence des soins (CCOPS) (D^{rs} Michel DRU et Véronique MOLINA)
 - du groupe de la CME sur le premier aval des urgences (P^r Olivier BENVÉNISTE)
3. Stratégie de développement de la chirurgie ambulatoire à l'AP-HP (M. Étienne GRASS)
4. Conclusions du groupe stratégique de la DOMU sur les pharmacies à usage intérieur (PUI) à l'AP-HP (M. Pascal DE WILDE, P^r Philippe ARNAUD)
5. Bilan 2015 des événements indésirables graves (ÉIG) à l'AP-HP (P^r Christian RICHARD, D^r Marie-Laure PIBAROT)
6. Projet Méary, institut de recherche translationnelle en onco-hématologie et biothérapies du groupe hospitalier (GH) *Saint-Louis – Lariboisière – Fernand-Widal* (M^{me} Ève PARIER, P^r Jérôme LARGHERO)
7. Projet *Gestion des accès et des identités pour l'AP-HP* (GAIAP) (M. Pascal MACHURON, P^r Michel ZÉRAH)
8. Avis sur des avenants et deux conventions d'association hospitalo-universitaires avec des hôpitaux hors AP-HP (M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ)
9. Point sur l'activité au 31 décembre 2015, information sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) 2016 et avis sur l'actualisation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) de l'AP-HP (M^{me} Amélie VERDIER)
10. Questions diverses

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M. le P^f René ADAM
- M. le P^f Joël ANKRI
- M. le P^f Philippe ARNAUD
- M. le P^f Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P^f Thierry BÉGUÉ
- M. le P^f Sadek BELOUCIF
- M. Guy BENOÎT
- M. le P^f Olivier BENVÉNISTE
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M. le P^f Francis BONNET
- M^{me} le D^r Marie BORNES
- M^{me} le D^r Clara BOUCHÉ
- M^{me} Anne-Sophie BOURREL
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^f Jean-Claude CAREL
- M. le P^f Pierre CARLI
- M. le P^f Christophe CELLIER
- M^{me} le P^r Françoise BOTTEREL CHARTIER
- M. le P^f Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^f Gérard CHÉRON
- M. le P^f Philippe CORNU
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M. le D^r Patrick DASSIER
- M^{me} le D^r M. le D^r Michel DRU
- M. le D^r Alain FAYE
- M^{me} le P^r Marysette FOLLIGUET
- M^{me} le P^r Nelly FRYDMAN ACHOUR
- M. le P^f Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS
- M. le P^f Bernard GRANGER
- M. Jules GREGORY
- M. le P^f Philippe GRENIER
- M^{me} Sophie GUILLAUME
- M. le D^r Christian GUY COICHARD
- M. le P^f Olivier HÉLÉNON
- M. le D^r Olivier HENRY
- M^{me} le P^r Dominique ISRAËL-BIET
- M. le P^f Paul LEGMANN
- M. le P^f Michel LEJOYEUX
- M. le D^r Marc LÉVÊQUE
- M^{me} le D^r Roberta LORENZON
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M. le P^f Laurent MANDELBROT
- M^{me} le D^r Véronique MOLINA
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M. Stefan NERAAL
- M. le P^f Rémy NIZARD
- M. le D^r Antoine PELHUCHE
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M. le P^f Michel PEUCHMAUR
- M^{me} le D^r Élisabeth PORSMOQUER
- M. le P^f Dominique PRIÉ
- M^{me} Caroline RAQUIN
- M. le P^f Christian RICHARD
- M. le D^r Rémi-Henri SALOMON
- M. le P^f Eric THERVET
- M. le P^f Nicolas THIOUNN
- M. le P^f Jean-Marc TRÉLUYER
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le P^f Noël ZAHR
- M. le P^f Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P^f Bruno RIOU, président de la conférence des doyens d'Île-de-France
- M. le P^f Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers

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

- M. le P^f Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
- M. le P^f Philippe RUSZNIEWSKI directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
- M^{me} Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M^{me} Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M. Michaël COHEN, adjoint à la directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
- M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
- M. Gérard COTELLON, directeur des ressources humaines
- M^{me} Amélie VERDIER, secrétaire générale
- M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités
- M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)

- ***Représentante de l'ARSIF :***

- M^{me} Catherine BROUTIN-PILOLOT

- ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Yves AIGRAIN, Catherine BERNARD, Yves COHEN, Blandine DENIS, Nathalie DE CASTRO, Jacques DURANTEAU, François GOFFINET, Bertrand GUIDET, Vincent JARLIER, Fabienne LECIEUX, Dominique LE GULUDEC, Julien LENGLET, Louis MAFFI-BERTHIER, Louis MAMAM, Isabelle NÈGRE, Julie PELTIER, Valérie PÉRUT, Claire POYART, Frédéric RILLIARD
- M^{mes} Marion TEULIER, Françoise ZANTMAN, MM. Yann FLÉCHER, Michaël FONTUGNE

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

I. Informations du président de la CME

Le président président accueille le P^r Philippe RUSZNIEWSKI, doyen de la faculté de médecine Paris-Diderot. Il occupe le poste d'invité permanent précédemment occupé par le P^r Bruno RIOU, doyen de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie. Le P^r RIOU, élu président du comité de coordination des études médicales (CCEM), siège désormais en tant que membre de la CME avec voix consultative en remplacement du P^r Jean-Luc DUBOIS-RANDÉ élu président de la conférence nationale des doyens.

Désignation de représentants de la CME au sein de diverses instances :

- Commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) :

Le P^r Philippe CORNU et les D^{rs} Anne GERVAIS et Christophe TRIVALLE représenteront la CME à la 3CU. Le président doit rencontrer prochainement M. Thomas SANNIÉ et M^{me} Marie CITRINI, représentants des associations d'usagers au conseil de surveillance, La cellule Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) invitera la 3CU à venir échanger avec elle une fois par an.

M^{me} Sophie BENTÉGEAT, responsable de la direction des patients, usagers et associations (DPUA) présentera à une prochaine CME les nouveautés introduites par la loi de modernisation du système de santé dans les relations avec les usagers.

- Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) :

Le P^r Olivier représentera la CME à la CSOS, qui est l'une des quatre commissions spécialisées de la CRSA. Un poste de suppléant reste à pourvoir.

- schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) :

Les P^{rs} Jacques DURANTEAU et Joël ANKRI représenteront la CME.

Le président a invité M. Christophe DEVYS, directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, à venir à la CME du 7 juin pour parler notamment des GHT.

Le président a rencontré le D^r Bernard JOMIER, adjoint à la maire de Paris et vice-président du conseil de surveillance de l'AP-HP, le 7 mars. Le bilan de la première année du plan stratégique, qui figurait à l'ordre du jour du conseil de surveillance du 24 mars, sera reporté, pour qu'il puisse d'abord être présenté à la CME.

M. JOMIER souhaite mettre en place un groupe de travail du conseil de surveillance sur l'impact du virage ambulatoire sur les relations ville-hôpital. Le président a rappelé les compétences de la CME en matière de politique médicale. Il juge donc inopportune la création de groupes de travail sur des sujets médicaux en dehors de la CME. Il a toutefois donné son accord à la création du groupe du conseil de surveillance dans la mesure où il vise à mieux informer et sensibiliser les élus sur l'évolution de notre offre de soins. Ce sera l'occasion de rappeler que la médecine ambulatoire est un progrès de la médecine, qu'elle ne doit pas être vue comme une menace, mais comme un

progrès pour les patients. Son but n'est pas seulement économique, ce qui mérite d'être expliqué. Il souhaite donc que des médecins participent à ce groupe de travail.

Le projet du nouveau Garches et le rapport du P^f Laurent HANNOUN sur la chirurgie à l'AP-HP ont été présentés au directoire. La CME en prendra connaissance lors de sa séance du 12 avril. Le projet de l'hôpital nord sera présenté à la CME de juin.

Le choix des rapporteurs pour l'examen des demandes de consultantat 2016-2017 est en cours. Le nombre de postes financés n'est pas encore connu. La CME se réunira en formation restreinte (composition A) le 3 mai pour examiner les demandes. Le président privilégiera les candidats qui se seront attachés à assurer les conditions d'un bon fonctionnement médical et managérial de leur service avant leur départ, ainsi que les projets transversaux à une discipline ou institutionnels.

Le président a reçu les membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) chargés de la mission diligentée par le ministère de la Santé sur les risques psychosociaux et la qualité de vie au travail des personnels médicaux. La discussion a porté sur les voies d'amélioration possibles et sur le groupe de travail de l'AP-HP missionné par le président et le directeur général, dont les conclusions sont attendues d'ici le 15 avril. Le président demande la collaboration de tous les membres de la CME sur ce sujet très important. Le président sera très attentif, conformément à son discours de candidature, à ce que cette collaboration soit active et constructive.

Le président rencontrera également M^{me} HIDALGO, ainsi que le nouveau président de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers (CH) d'Île-de-France, le D^f Pierre CHARESTAN, président de la CME de l'hôpital d'Aulnay-sous-Bois.

Le président dialogue avec les présidents de CME de CHU, qui l'ont nommé membre du bureau de leur conférence. Ils attendent avec intérêt les conclusions du rapport du P^f Laurent HANNOUN et celles du groupe de l'AP-HP sur la qualité de vie au travail des médecins.

Le président va signer les contrats de pôle. Un bilan sera présenté à la CME en fin de mandature.

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 prévoit que les chefs de service et de structures internes aux pôles seront dorénavant désignés sur proposition du président de la CME, après avis du chef de pôle. Une nouvelle procédure devra donc être mise en place par le règlement intérieur de l'AP-HP. Elle devra être parfaitement transparente. Le président rappelle l'importance qu'il attache aux conseils de service et au dialogue au sein des services.

Le directeur général indique que la troisième édition des journées portes ouvertes aura lieu les 27 et 28 mai. Les bilans réalisés pour ces journées ont toujours montré leur impact positif et tracé des perspectives d'évolution pour mobiliser plus efficacement encore les acteurs concernés. Cette année, un travail avec l'Éducation nationale permettra un échange entre des praticiens et des classes de cinquième et quatrième, pour présenter aux élèves les différents métiers à l'hôpital, le rôle du soin, etc. Cinquante classes seront mobilisées. Le ministère de l'Éducation nationale, comme le rectorat, sont enthousiastes. Une conférence aura lieu le vendredi soir probablement à l'auditorium de *Radio France* et mettra en lumière certaines actions menées à l'AP-HP. La course entre la Pitié-Salpêtrière et l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) aura à nouveau lieu, comme la remise des trophées des patients.

Les instances de représentation des personnels se réunissent le 29 mars sur la réorganisation du temps de travail. Ces dernières semaines ont été consacrées à des expertises demandées par le

comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). À leur lumière, CHSCT et comité technique d'établissement central (CTEC) seront consultés pour que la réforme sur laquelle la CME travaille depuis un an se mette en place.

La transformation de l'hôpital d'Adélaïde-Hautval a commencé. Les conventions avec les hôpitaux partenaires (Aulnay-sous-Bois, Gonesse, Eaubonne-Montmorency) ont été consolidées au cours des dernières semaines, sous l'égide de l'ARS. Ce projet se traduit par un maintien exact de l'offre de soins et du nombre de lits, en gériatrie aiguë, en soins palliatifs, en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en soins de longue durée (SLD), pour lesquels un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) a été transformé en un lieu multi-accueil pour les personnes âgées. La prochaine étape sera ainsi l'ouverture des SSR à Aulnay-sous-Bois avant l'été. L'ensemble du personnel qui conservera son statut AP-HP pourra choisir d'être redéployé au sein de l'institution ou d'être mis à disposition des hôpitaux partenaires par l'AP-HP, qui restera leur employeur principal.

Le P^f Pierre CARLI, le D^f Patrick PELLOUX et le directeur général seront auditionnés par la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur les attentats, intitulée « La réponse des pouvoirs publics à l'ensemble des attentats, janvier et novembre ». Cette enquête est approfondie et concerne l'ensemble des services publics.

La nouvelle directrice des finances, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP), M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, prendra ses fonctions le 15 mars prochain. Elle quitte le ministère de l'Emploi, où elle était sous-directrice à la direction de l'emploi.

M. Didier FRANDJI succède à M. Pascal DE WILDE au directoire de l'AP-HP, afin de conserver un caractère représentatif de la diversité de Paris. En effet, suite à l'élection du P^f Jean-Luc DUBOIS-RANDÉ à la présidence de la conférence des doyens, ce dernier été remplacé au directoire par le P^f Bruno RIOU, ce qui y a créé un déséquilibre en faveur de Paris 6.

II. Composition et objectifs des sous-commissions de la CME

1. Sous-commission *Activités, ressources (sCAR)*

M. Guy BENOÎT explique que la sous-commission se réunira une fois par mois, et quelques fois par an avec la sous-commission *Recherche*.

Ses missions sont les suivantes :

- suivre l'ÉPRD ;
- examiner le PGFP ;
- examiner le bilan social ;
- suivre l'engagement des crédits d'investissement et travaux ;
- suivre l'effet des mesures d'efficacité par groupe hospitalier (GH).

Le P^f Michel ZÉRAH ajoute que le groupe *Informatique* de la sous-commission travaillera sur les problématiques liées aux systèmes d'information :

- ORBIS ;
- l'informatique non médicale ;

- l'innovation recherche ;
- la sécurité ;
- le support ;
- l'investissement nécessaire.

2. Commission centrale de l'organisation et de la permanence des soins (CCOPS)

Le D^r Michel DRU rappelle que la CCOPS est une commission réglementaire, contrairement aux autres sous-commissions de la CME. Elle est définie par l'arrêté modifié du 30 avril 2003 et par le règlement intérieur de l'AP-HP. Elle est composée de 28 membres, représentant tous les GH, dont le directeur général, et les présidents de COPS locales, qui a été ajouté à la CCOPS lors de la dernière mandature.

Les missions réglementaires de la CCOPS sont les suivantes :

- la définition des schémas d'organisation et de fonctionnement de la permanence des soins (PDS) par secteur d'activité et par GH ;
- la définition d'un cadre à l'usage des COPS locales ;
- une fonction de recours en cas de litige ou de contestations sur les organisations retenues localement ;
- la réalisation annuelle d'un bilan de l'organisation et du fonctionnement de la PDS ;
- un avis sur les conventions de coopération passées avec d'autres établissements afin d'assurer la permanence des soins.

Les projets de la CCOPS sont les suivants :

- le suivi des dépenses de la PDS et des plages additionnelles ;
- le suivi de l'avancement du projet d'informatisation de la gestion du temps du personnel médical ;
- le suivi et le bilan de la mise en application de la circulaire sur le temps continu des urgentistes.

Le président souligne la nécessité de transmettre en toute transparence les résultats de ces travaux en CME.

3. Groupe de la CME sur le premier aval des urgences

Le P^r Olivier BENVENISTE indique que l'objectif principal de ce groupe est de réduire la durée moyenne de séjour (DMS) des patients non programmés à l'AP-HP. Le D^r Dominique BRUN-NEY doit chiffrer le pourcentage de ces patients et leur DMS, qui est généralement plus longue que celle des patients programmés.

En effet, les tâches des médecins qui s'occupent de patients non programmés glissent progressivement vers la négociation d'examen complémentaires et la recherche de lits d'aval.

Le groupe a ciblé les trois leviers suivants pour réaliser cet objectif :

- fluidifier l'aval des services impactés ;
- le développement des logiciels de gestion des lits (sous réserve d'un accord médical entre médecins urgentistes et services d'accueil) et de programmation des rendez-vous ;
- fluidifier l'accès aux plateaux techniques pour les patients non programmés.

Une enquête est en cours au sein de la collégiale des internistes pour connaître les délais d'attente de ces patients pour obtenir des examens, et notamment des examens auxquels leur prise en charge est subordonnée.

Le groupe formé pour répondre à ces missions inclut des internistes, des gériatres, des pédiatres, des chirurgiens, une représentante des services sociaux, et des spécialistes des examens auxquels les patients non programmés peinent à accéder.

Le groupe se réunira pour la première fois dans une dizaine de jours

Le P^r Olivier BENVENISTE invite le D^r Patrick PELLOUX à rejoindre le groupe.

Le P^r Paul LEGMANN estime que la négociation des examens complémentaires n'est pas un glissement de tâche, puisque toute demande d'examens biologiques ou d'imagerie doit être justifiée médicalement.

Le P^r Olivier BENVENISTE précise que la difficulté à obtenir ces examens dans des délais raisonnables oblige les médecins à passer beaucoup de temps au téléphone avec les spécialistes qui les réalisent.

4. Sous-commission *Stratégie, innovation, recherche, Université (sCSIRU)*

Le P^r Catherine BOILEAU indique qu'elle préside la sCSIRU avec le Pr Jean-Marc TRÉLUYER comme vice-président. La sCSIRU comprend six autres membres et des invités permanents. Le P^r Catherine BOILEAU souhaite que les présidents des sCSIRU locales et qu'un représentant de la direction des finances rejoignent les travaux de la sCSIRU centrale. Le CÉDIT et le département de la recherche clinique et du développement (DRCD) seront également invités. Par ailleurs, un doyen participera à cette instance.

Les missions de la sCSIRU sont les suivantes :

Recherche

L'AP-HP est surtout promoteur de la recherche clinique, dont elle doit suivre les structures comme le financement. Des réunions communes avec la sCAR sont nécessaires, car le modèle de financement des essais à promotion industrielle est en train de changer. Les vagues D et E des campagnes d'évaluation des structures de recherche de l'AP-HP feront partie des mandats de la sCSIRU.

Innovation

La sCSIRU souhaite s'associer aux travaux qui seront menés.

Le P^r Catherine BOILEAU explique que le contrat unique a commencé l'année précédente. Une première dotation d'incitation a été distribuée en 2014-2015, une autre est prévue pour 2016. Elle estime qu'il faut attendre jusqu'en 2017 pour en tirer un bilan qui sera mené par la sCSIRU.

III. Stratégie de développement de la chirurgie ambulatoire à l'AP-HP

M. Étienne GRASS indique que le taux de la chirurgie ambulatoire de l'AP-HP progresse en tendance de 2 points par an, contre un objectif de progression de 4 points par an.

La méthode IGAS-Inspection générale des finances (IGF) pour calculer les séjours susceptibles d'être pris en charge en ambulatoire fait apparaître un potentiel principalement en orthopédie et traumatologie ; en digestif ; en uronéphrologie ; en ORL et en gynécologie.

Ce potentiel est réparti entre tous les GH, même si la Pitié-Salpêtrière, Cochin et Saint-Louis se détachent. Les progrès doivent toutefois être réalisés partout.

Les échanges avec les GH ont toutefois permis de souligner que les projections IGAS-IGF ne dispensent pas d'un travail sur les cibles.

Les urgences notamment sont difficilement transférables en ambulatoire : 26 % des séjours chirurgicaux de l'AP-HP sont issus des urgences, contre 1 % seulement des prises en charge ambulatoires. Les circuits de reconvoication, tels que Saint-Antoine notamment en a organisé, fonctionnent surtout en chirurgies orthopédique et digestive.

Les séjours de nuit ne sont pas considérés comme ambulatoires par le système d'information (SI).

Les risques postopératoires rendent également certains séjours de courte durée, donc considérés comme transférables, intransférables en réalité, car un suivi est nécessaire (de 48 heures par exemple pour la chirurgie de la thyroïde).

D'autres facteurs d'exclusion en ambulatoire sont également mal pris en compte par la méthode de calcul IGAS-IGF:

- les co-morbidités ;
- l'âge de la patientèle ;
- l'isolement des patients et l'éloignement géographique de leur domicile ;
- la faiblesse des soins à domicile, particulièrement en Île-de-France.

Le transfert des séjours chirurgicaux existants suppose donc de développer une activité ambulatoire proprement dite.

Certains hôpitaux (Beaujon et la Pitié-Salpêtrière notamment) n'ont pas encore mis en place de circuit de transfert dédié.

Lorsque des unités et des blocs dédiés de chirurgie ambulatoire existent, le taux de transfert peut progresser très rapidement, selon le nombre et les horaires des blocs dédiés, la disponibilité des médecins anesthésistes dans ces blocs ; et l'intégration de ces blocs opératoires aux unités de chirurgie ambulatoire (UCA), qui rend le taux de turnover des patients nettement plus élevé (à Saint-Antoine notamment).

Dans certains hôpitaux comme Jean-Verdier et Cochin, la chirurgie ambulatoire est devenue majoritaire.

À Robert-Debré, l'affectation d'une nouvelle salle de bloc dédiée à l'ambulatorio et un travail sur ses horaires d'ouverture ont permis, en un an, de stabiliser le taux d'occupation de ce bloc, d'accroître son taux d'ouverture de 49 % à 70 %, et d'accroître l'activité ambulatoire de 6 points dans l'hôpital.

La pose d'accès vasculaires (PAC) pourrait bientôt être effectuée en ambulatorio. Elle est externalisée dans la plupart des sites, sauf à Saint-Louis.

Différentes initiatives ont été prises pour accompagner les GH dans l'évolution vers l'ambulatorio, notamment :

- l'investissement dans la constitution d'UCA ;
- l'accompagnement de la réorganisation des blocs ;
- la conduite d'études médico-économique sur les extensions de plages horaires ;
- la sécurisation juridique des sorties précoces avec des prestataires de soin à domicile ;
- la mise en place de SI permettant d'assurer le suivi des checklists (AMBUDEM), voire la géolocalisation des patients (KHEOPS).

Le P^r Stanislas CHAUSSADE demande si les tarifs actuels sont propices au développement de l'ambulatorio dans toutes les spécialités.

M. Étienne GRASS indique qu'en chirurgie, la tarification est systématiquement très favorable à l'ambulatorio.

L'articulation des UCA avec les plateaux d'imagerie varie selon les GH. Un accompagnement a été proposé aux GH qui le souhaitaient.

Le D^r Anne GERVAIS précise que la pose de PAC à Saint-Louis n'est pas réalisée par des chirurgiens mais par des anesthésistes. Il est donc erroné de décrire une organisation unique, même pour des gestes hyperstandardisés en ambulatorio. Il y a une variabilité en fonction des équipes, il faut laisser de la souplesse aux organisations locales.

M. Étienne GRASS accorde qu'à Saint-Louis, des temps de vacation sont dédiés à cette PAC. Une autre possibilité est de recourir à des protocoles de délégation, comme dans certains hôpitaux de Rhône-Alpes, où les résultats sont satisfaisants. Mieux vaut pour la qualité de la prise en charge qu'une seule personne réalise de nombreux actes, plutôt que de nombreuses personnes en réalisent peu. Quatre services de l'AP-HP souhaitent mettre en place de tels protocoles à partir du mois de décembre.

La secrétaire générale précise que la présidence du conseil de surveillance souhaite mener des travaux pédagogiques, centrés sur la manière de communiquer à propos de la médecine ambulatoire vis-à-vis des partenaires extérieurs et des patients.

Le président demande à M. Etienne GRASS quelles suites sont envisagées pour ce travail, notamment avec les collégiales.

M. Étienne GRASS indique que l'accompagnement des GH se poursuit et qu'une dizaine de collégiales ont été rencontrées, pour travailler sur des actes traceurs et sur les chemins cliniques.

Le P^r Thierry BÉGUÉ regrette que la consultation post-chirurgicale, particulièrement limitant pour la chirurgie orthopédique, n'ait pas été menée.

M. Étienne GRASS convient de l'importance de cette question, qui a été traitée en lien avec la prise de rendez-vous en consultation. Un autre problème est celui de l'absence de codage pour les consultations préalables à la chirurgie ambulatoire, qui ne sont par conséquent pas rémunérées.

IV. Conclusions du groupe stratégique de la DOMU sur les pharmacies à usage intérieur (PUI) à l'AP-HP

M. Pascal DE WILDE indique que ce groupe de travail supra-GH est venu compléter le plan stratégique qui est assez peu développé en matière de pharmacie hospitalière et aborde essentiellement les aspects de sécurité et promeut le développement de la pharmacie clinique.

Les activités de pharmacie hospitalière sont dispersées. L'AP-HP inclut par exemple 19 sites de production de chimiothérapie et 23 sites de stérilisation. Les seuils d'activité des activités optionnelles sont parfois très bas.

L'informatisation est insuffisante. Les produits sont divers. La prescription connectée est encore trop incomplète et le circuit logistique est très faiblement informatisé, alors qu'il s'agit d'une condition importante de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.

La robotisation à l'AP-HP (reconditionnement des médicaments, préparation en vue de traitements individuels, robots de production, etc.) est également très inférieure à celle d'autres structures hospitalières françaises, alors qu'elle est la condition d'une plus grande sécurité et d'une meilleure utilisation des ressources humaines.

Certains groupes hospitaliers ont profité de l'organisation en groupe pour créer une seule pharmacie, ou gérance de pharmacie, par groupe ; d'autres ont conservé l'organisation antérieure ; d'autres ont adopté des organisations intermédiaires. Ces différentes organisations seront à évaluer en concertation pour examiner si l'AP-HP doit évoluer de ce point de vue.

En matière de permanence des soins en établissement de santé (PDSÉS), la question est surtout celle du regroupement des permanences le soir, le week-end et les jours fériés, notamment pour certaines activités de production, comme la chimiothérapie.

La recherche doit encore progresser ; ce sujet est à lier à l'universitarisation du corps qui doit s'accélérer.

Une réflexion sur l'état des stocks, qui sont particulièrement nombreux à l'AP-HP, est également à conduire.

Le P^r Philippe ARNAUD remarque que les politiques considèrent trop souvent les médicaments comme une variable d'ajustement, dont il faut réduire le coût et le nombre de prescriptions. Ainsi, le contrat de bon usage, auquel il a fallu répondre pour le 29 février, impacte considérablement le potentiel de taux de remboursement de nombreux établissements. Or, même s'il porte sur l'ensemble de l'hôpital, il inclut des éléments qui concernent les pharmacies.

Bien que ce point soit régulièrement soulevé depuis trente ans, les pharmacies ne comportent toujours pas d'indicateurs d'activité, qui permettraient de les comparer entre elles.

De nombreuses structures de l'AP-HP ferment aujourd'hui à 17 heures, ce qui pose le problème de la permanence pharmaceutique, qu'il a fallu organiser entre les structures.

Les autorités de santé ont acté certaines activités comme « optionnelles » (la stérilisation, certaines préparations hospitalières, la rétrocession, etc.), mais toutes les pharmacies de l'AP-HP n'ont pas nécessairement le seuil suffisant.

Des problèmes de logistique (camionnettes, etc.) se posent également.

Un site de secours doit chaque fois être choisi : si, par exemple, un site de stérilisations fait défaut, aucun effet miroir n'existe aujourd'hui. L'HEGP a ainsi été obligé de choisir un prestataire extérieur, ce qui pose problème en situation de difficulté. Or, les stérilisations ont été particulièrement sollicitées lors des attentats.

L'AP-HP est en déficit de robotisation pharmaceutique, mais cela suppose d'abord de développer l'informatisation.

L'analyse pharmaceutique et la recherche doivent enfin être développées.

M. Guy BENOÎT souligne que l'universitarisation des PUI se heurte à un nombre insuffisant d'universitaire pour assurer le renouvellement des générations et qu'il convient de créer un vivier.

Le groupement d'activités suppose certes que des solutions de secours soient mises en place, ce que les collègues sont parfaitement prêts à envisager. Cependant, le niveau des activités pharmaceutiques résulte souvent de celui des activités médicales, au regard desquelles la pertinence de conserver certaines productions doit donc être évaluée. Par exemple, si seules 3 000 poches de chimiothérapies sont produites, c'est souvent que l'activité de cancérologie clinique est faible.

Les regroupements sont parfois trop systématiques. Le rapport lisse ainsi des positions qui étaient beaucoup plus tranchées. Tous les collègues ne soutenaient pas la création d'une PUI unique, qui n'est pas nécessairement un préalable à la mutualisation d'activités. La sous-traitance par Saint-Louis de la stérilisation à Lariboisière, ou par Bichat de la préparation des chimiothérapies à Beaujon, en sont l'exemple.

Enfin, si la création d'une PUI unique est envisagée, elle doit conserver une organisation par site et reposer sur un projet partagé et non imposé. En effet, l'absence de discussion possible, comme cela a été le cas dans le GH HUEP, conduit à des situations de souffrance, d'ailleurs inévitables lorsque l'on passe d'une organisation avec quatre sites organisé en service en un service unique organisé en départements multi-sites avec des sites multi-départements.

Le P^r Rémy NIZARD fait observer que le développement de la stérilisation suppose une industrialisation, donc le recours à des personnes qui connaissent l'ingénierie industrielle.

Par ailleurs, la présence des pharmaciens en salles de soins est un facteur essentiel d'amélioration de la qualité. Or, cela suppose une nouvelle organisation, qui donne satisfaction à l'international.

Ces deux points n'ont pas été traités.

Le P^r Philippe ARNAUD accorde que la promotion de la pharmacie clinique est nécessaire, mais objecte qu'elle a été considérée dans l'exposé.

Le modèle industriel est quant à lui souvent incompatible avec la qualité.

M. Pascal DE WILDE ajoute que les services cliniques apprécient généralement beaucoup la pharmacie clinique, dont le développement peut être financé, s'il en est besoin, par la réorganisation des activités optionnelles trop dispersées.

M. Pascal DE WILDE appelle à transformer ces recommandations en plans d'actions et suggère la mise en place d'un pilotage qui regroupe tous ces sujets, y compris les conclusions du rapport de l'IGAS sur l'établissement pharmaceutique de l'agence générale des équipements et des produits de santé (AGEPS) de l'AP-HP.

Le P^r Rémy NIZARD estime que les questions d'organisation doivent précéder les questions de moyens.

M. Guy BENOÎT souligne que les hôpitaux qui ont adopté cette démarche s'en sont donné les moyens : à Nîmes, quinze pharmaciens ont été recrutés.

Le président juge que les fusions forcées donnent rarement de bons résultats : le dialogue permet d'éviter de nombreux problèmes. Le problème dépasse la pharmacie.

L'interaction entre médecins et pharmaciens est une réelle source d'enrichissement et un apport pour les patients.

V. Bilan 2015 des événements indésirables graves (ÉIG) à l'AP-HP

Le P^r Christian Richard rappelle que les ÉIG sont des événements inattendus de gravité 4 ou 5 susceptibles de menacer le pronostic vital du patient, de nécessiter un passage en réanimation et/ou au bloc opératoire, et enfin de pouvoir être à l'origine du décès.

Le signalement des ÉIG est, depuis la loi *Hôpital, patients, santé et territoires* (HPST), une mission de la CME. Il a fait l'objet d'une charte cosignée par le directeur général et le président de la CME, et fait partie du plan stratégique 2015-2019.

En pratique, le médecin en charge du patient déclare l'incident et les directions chargées de la qualité et de la sécurité des soins (QSS) le relaient au cabinet du directeur général, qui décide de traiter le problème en interne ou de transférer l'information à l'ARS et au centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS).

En 2015, 75 ÉIG ont été déclarés par les GH, contre 21 en 2013, ce qui ne signifie pas que la fréquence des ÉIG a augmenté, mais que les GH les ont davantage déclarés. Dans 59 cas sur 75, ces déclarations ont été transmises à l'ARS. Seuls 16 de ces ÉIG ont fait l'objet de plaintes de la part des malades ou de leurs familles. Le nombre des déclarations reste très hétérogène selon les GH, certains d'entre eux préférant gérer les ÉIG en interne plutôt que d'en partager l'analyse avec le directeur général.

Les ÉIG les plus fréquents concernent les médicaments, la chirurgie, le suicide et les chutes.

Parmi les actions d'amélioration institutionnelles envisagées, **le P^r Christian Richard** insiste sur la nécessité de mieux utiliser les *check-lists*, notamment au bloc opératoire.

Signaler les ÉIG est une mission de santé publique au bénéfice de tous. La sensibilisation au signalement doit encore progresser à l'AP-HP. Les ÉIG signalés permettent en effet, à travers leur analyse de proposer des recommandations d'action d'amélioration.

Le président encourage la remontée des informations. Les problèmes d'erreurs ne sont pas suffisamment mentionnés dans les articles médicaux.

Le P^r Rémi SALOMON demande si les ÉIG signalés dans OSIRIS par les GH sont bien remontés automatiquement au niveau central. Les ÉIG sont souvent exceptionnels : on les rencontre parfois une seule fois dans sa carrière, c'est pourquoi partager les informations est très important.

Le P^r Christian RICHARD estime qu'OSIRIS est un « inventaire à la Prévert » et n'est pas adapté à la déclaration des ÉIG. Ceux-ci sont certes rares à l'échelle d'un service, mais ils concernent des thématiques très nombreuses (l'organisation d'un bloc opératoire, le circuit de prescription d'un médicament, etc.).

Le P^r Thierry BÉGUÉ souhaite que les *check-lists* soient rendues obligatoires dans les blocs opératoires. Cela fait partie du devoir de formation à l'égard des plus jeunes.

Le président précise que les *check-lists* sont obligatoires, même si ne pas les renseigner dans le logiciel *Information du programme opératoire* (IPOP) ne bloque pas l'enregistrement des dossiers. C'est une culture à adopter.

Le D^r Alain FAYE estime que le président doit réaffirmer que les personnes qui déclarent ne seront pas sanctionnées. Un ÉIG doit être traité par une revue de mortalité et de morbidité (RMM). Déclarer protège l'institution d'un point de vue médico-légal, et les juges sont sensibles à ce point.

Le P^r Paul LEGMANN souhaiterait que le nombre d'ÉIG déclarés soit ramené au nombre de lits ou de patients, et que cette proportion soit comparée à celle des CHU de province, voire à celle d'autres pays.

Le P^r Christian RICHARD explique que ce système d'alerte ne tend pas à l'exhaustivité et ne permet pas de réaliser d'études épidémiologiques.

Le directeur général rappelle que deux notes cosignées avec le président CAPRON ont été diffusées pour souligner que les déclarants ne seront pas sanctionnés. Cette nouvelle mandature peut être l'occasion d'un nouveau rappel.

Avec 20 déclarations par an maximum, l'AP-HP était jusque-là sous-déclarante. Depuis deux ans, la tendance est à l'augmentation, même si le taux de déclaration reste moindre qu'ailleurs.

Un bon système de déclaration est un facteur de sécurité et de qualité des soins, à la fois pour les patients et les professionnels. Les déclarations sont suffisamment nombreuses aujourd'hui pour permettre des rapprochements et des actions. Le risque existe pourtant qu'après les efforts réalisés ces dernières années, une régression intervienne.

OSIRIS, qui est un système de gestion interne, est encore trop souvent considéré comme un outil de remontée d'information. Des travaux sont actuellement menés pour établir un lien entre OSIRIS et le CORRUS.

Contrairement à ce que certains tracts syndicaux ont déclaré, concluant de l'accroissement des ÉIG déclarés à une dégradation de la qualité des soins, cette progression prouve exactement l'inverse et l'AP-HP peut s'en enorgueillir. Il faut remercier les déclarants et ceux qui travaillent sur les retours d'expérience.

Le P^r Christian RICHARD craint également une diminution du nombre des déclarations. Il rappelle aux présidents de CME locale son souhait de les voir répondre aux sollicitations à propos de leurs référents dans ce domaine.

Le président appuie les propos du directeur général. La déclaration des ÉIG est une marque de maturité et un gage de qualité des soins apportés aux patients. Pour réduire le nombre d'ÉIG, il faut rendre l'information totalement transparente. La cellule QSS & CAPCU continuera à suivre avec attention ce sujet.

VI. Projet Méary, institut de recherche translationnelle en onco-hématologie et biothérapies du groupe hospitalier (GH) *Saint-Louis – Lariboisière – Fernand-Widal*

M^{me} Ève PARIER indique que l'objectif du projet Méary, construit sur le site de Saint-Louis en partenariat avec l'institut universitaire d'hématologie (IUH) de l'université Paris-Diderot, est de mettre en place les infrastructures et plateformes nécessaires à une recherche de niveau mondial pour faciliter l'accès à une médecine personnalisée.

Le P^r Jérôme LARGHERO explique que ce projet est cofinancé par l'IUH-B qui fait partie de l'Université Paris Diderot, par la Ville de Paris et par l'AP-HP. Le bâtiment sera conçu comme un espace ouvert de recherche interdisciplinaire, inscrit dans un partenariat de recherche académique et industrielle, pour développer la médecine innovante (biomarqueurs, thérapies ciblées, innovations technologiques, ingénierie cellulaire et tissulaire).

Le bâtiment abritera plusieurs structures :

- une plateforme de production de Médicaments de Thérapie Innovante qui permettra de doter l'AP-HP d'un site dédié à la production de médicaments issus de l'ingénierie cellulaire et tissulaire, disposant du statut d'établissement pharmaceutique puisque site de l'AP-HP. L'AP-HP sera ainsi le seul CHU en France à se doter d'une telle structure, conforme à l'ensemble des exigences réglementaires françaises et internationales ;
- des plateformes OMICS et bio-informatique, prévues dans le projet initial ;
- une plateforme de ressources biologiques ;
- des laboratoires mixtes de partenariat public-privé ciblés sur le transfert technologique vers l'hôpital ;
- un centre de formation bio-médicale.

Ces plateformes, et la première en particulier, devraient renforcer l'attractivité de l'AP-HP vis-à-vis des partenaires académiques et industriels. Des partenariats public-privé sont déjà mis en place :

- à Saint-Louis, *Aenitis Technologies*, hébergé sur le site depuis septembre 2015 et qui intégrera les laboratoires de transfert de l'Institut Méary ;

- avec Paul-Brousse et l'université Paris 11, un projet de recherche hospitalo-universitaire (RHU) de technologies innovantes pour la bio-construction ;
- une alliance avec le Commissariat à l'énergie atomique (CEA), initiée avec l'arrivée de l'équipe de Manuel Théry en 2014 aux côtés de celle du P^f Jérôme LARGHERO, et renforcée en 2016 par l'arrivée d'une autre équipe, elle aussi spécialisée dans les technologies innovantes ;
- un partenariat avec l'école Polytechnique.

Le but ultime de ces projets est le développement et la mise en œuvre des essais cliniques chez l'homme.

M^{me} Ève PARIER indique que la convention de mise à disposition de la dalle a été signée en juillet 2013. Un concours d'architecture a eu lieu en septembre 2015. Le permis de construire a été déposé à la mi-février 2016 et les travaux commenceront en septembre. Le bâtiment devrait ouvrir en septembre 2017.

Chaque entité ou projet implanté dans Méary doit établir un business plan, c'est-à-dire s'autofinancer.

Le P^f Bruno RIOU approuve la construction de cette plateforme AP-HP de MTI, mais regrette que la conférence des doyens de santé n'ait pas été informée plus tôt de ce projet, pour que les universités de Paris puissent réorienter plus tôt leurs politiques pour l'avenir. Il ajoute que Paris 5 est également un partenaire de ce projet à sa connaissance.

Le directeur général rappelle que la plateforme Méary, avant de devenir une plateforme AP-HP, a d'abord été portée par Saint-Louis et l'université Paris 7. Présenter ce projet en CME avait précisément pour objectif d'ouvrir ce projet à d'autres porteurs. Lors du directoire, la volonté annoncée était de rendre ce projet institutionnel, pour développer les partenariats. Sur cette base, la CME et la conférence des doyens pourront à l'avenir être intégrées plus en amont à des projets avec d'autres universités et l'AP-HP. Il y a près de deux ans, une réunion s'est tenue avec Paris 6, Paris 5 et quelques autres universités, sur les plateformes MTI. L'information a donc été partagée, à un moment où le projet n'était pas encore mûr.

Le P^f Jérôme LARGHERO confirme que Paris 5 a été associé à ce projet, notamment dans sa composante pharmaceutique. Il précise que cette plateforme de production de MTI s'inscrit comme une structure ouverte aux équipes de l'AP-HP et hors AP-HP, permettant la mise œuvre d'essais cliniques, et qu'elle n'a pas vocation à agréger toutes les équipes de recherche amont en un seul lieu.

Le président confirme que le projet est ouvert à toutes les équipes qui souhaiteraient s'articuler avec lui.

Le P^f Eric THERVET confirme que Paris 5 et l'hôpital européen Georges-Pompidou sont ravis de s'associer à ce très beau projet. Dans le cadre des consultanats, le P^f Philippe MENASCHÉ souhaite ainsi aider à structurer les étapes translationnelles pour l'utilisation, dans le cadre des MTI, des biothérapies et notamment des cellules qu'il a réalisées.

VII. Projet *Gestion des accès et des identités pour l'AP-HP (GAIAP)*

M. Pascal MACHURON explique que, suite aux attentats de 2015, il est devenu nécessaire d'identifier le personnel, salarié ou non, travaillant à l'AP-HP avec un moyen unique. Un projet informatique de gestion informatique des identités et des accès et des identités pour l'AP-HP (GAIAP) a déjà été lancé en 2014 pour sécuriser l'accès au système d'information (SI), dont l'accès à ORBIS, permettre une signature unique pour les applications, etc. D'ici la fin de l'année 2016, les personnels pourront disposer d'une carte professionnelle nominative sécurisée, avec photographie.

Cette carte à puce servira de badge unique pour accéder au SI, aux locaux sensibles, aux télé services, pour manger au self, etc. Produite par l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP), elle est basée sur les répertoires partagés des professionnels de santé.

Ces projets ont reçu l'agrément de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes ont reçu leur carte de professionnel de santé (CPS). Les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures podologues la recevront à partir de juin. Les infirmiers passeront également en CPS, gérées par l'AP-HP.

Une carte de personnel d'établissement (CPÉ) nominative sera distribuée au personnel non médical, aux étudiants, aux internes (dans un premier temps), et aux prestataires intervenant pendant plus de 6 mois au sein de l'AP-HP. Les personnels intervenant moins de 6 mois recevront une carte de type « carte de service ».

Une CPS inclut un identifiant, une photographie et un dispositif anti-falsification.

116 000 cartes seront déployées avant la fin de l'année 2016 sur l'AP-HP.

M. Stefan NERAAL signale que les internes devraient recevoir leurs CPS dans le courant du premier trimestre 2016 : il estime donc inutile de déployer des CPE pour un mois.

M. Pascal MACHURON indique avoir rencontré la semaine précédente l'Ordre national des médecins et l'ARS : pour l'instant, seules les CPE semblent prévues.

Le P^f Michel ZÉRAH souligne que des lecteurs de carte devront être déployés pour les postes de travail également, afin que les cartes permettent de signer certains documents et envois. Les mots de passe seront validés et transmis à nouveau à tous les médecins.

Le D^f Christophe TRIVALLE demande si les cartes seront gratuites et s'il faudra déposer une caution.

M. Pascal MACHURON précise qu'aucune caution ne sera demandée. Les CPS seront adressées au domicile. Les CPE coûteront 10 € en cas de perte par négligence. Une déclaration de perte auprès de la Préfecture de police permettra le remplacement gratuit de la carte.

VIII. Avis sur des avenants et deux conventions d'association hospitalo-universitaires avec des hôpitaux hors AP-HP

M. Frédéric LE ROY explique qu'une convention hospitalo-universitaire est un dispositif légal qui permet l'association de partenaires privés ou publics aux universités et centres hospitaliers

régionaux pour la mise en œuvre de leurs missions de recherche et d'enseignement. Ces conventions lient l'AP-HP, l'organisme extérieur et l'unité de formation et de recherche (UFR) de rattachement. 172 personnels hospitalo-universitaires sont actuellement concernés.

La CME est consultée sur des avenants concernant essentiellement des remplacements de personnes suite à des départs intervenus entre 2014 et 2015.

Elle est également consultée sur deux nouvelles conventions, l'une la faculté qui concerne le centre hospitalier national d'ophtalmologie (CHNO) des Quinze-Vingts ; l'autre avec Paris-Diderot et le centre hospitalier d'Argenteuil pour la pédopsychiatrie.

Le P^r Thierry BÉGUÉ indique que la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (sCTEM) n'a émis aucune remarque concernant ces avenants et conventions.

Les conventions et avenants sont adoptés à l'unanimité et deux abstentions.

IX. Point sur l'activité au 31 décembre 2015, information sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) 2016 et avis sur l'actualisation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) de l'AP-HP

1. Activité

La secrétaire générale indique que les résultats 2015 sont conformes aux prévisions, avec un résultat du budget principal de -39 M€ et un résultat consolidé de +31 M€, qui intègre notamment le produit des cessions.

La capacité d'autofinancement est de 288 M€, contre 281 M€ prévus.

L'enveloppe d'investissement atteint un bon niveau, à 374 M€ en 2015, en progression par rapport à 2013 et 2014, quoique encore insuffisante.

2. ÉPRD 2016

Les tarifs publiés ce jour par le ministère sont en baisse de 1 %, et non de 1,2 % comme cela avait été prévu. L'impact réel de cette différence sera toutefois limité car le « gel prudentiel » annoncé par le ministère (0,5 %) sera supérieur à celui de 0,35 % qui avait été pré.

C'est un effort considérable qui est demandé à l'institution.

Les prévisions d'évolution d'activité poursuivent les tendances observées en 2015, avec une dynamique d'hospitalisation complète limitée (+1,1 %), une très bonne dynamique d'hospitalisation partielle (4,7 %) et une tendance à l'alourdissement de la sévérité de l'état des patients hospitalisés. L'évolution anticipée des recettes est de +1,14 %.

L'ÉPRD 2016 est construit sur une hypothèse de progression des financements MIGAC-FIR de 0,5% par rapport à 2015, soit +6 M€, conformément au PGFP adopté par la tutelle en 2015 et 2014. Une « zone de risque » d'environ 45 M€ est toutefois intégrée en raison des doutes sur le financement de certaines MIG, notamment de l'effet de la modélisation retenue pour le financement de la recherche, qui ne comprend plus de part fixe. Certains CHU se sont mieux organisés que l'AP-HP pour déclarer la totalité des publications et bénéficier ainsi d'un financement à taux plein,

un effort est à réaliser par l'AP-HP. Enfin, les aides exceptionnelles obtenues fin 2015 ne seront peut-être pas reconduites.

Les missions de service public (prise en charge de la précarité, des permanences des soins, des épisodes de bactéries multirésistantes [BMR], etc.) ne sont pas suffisamment compensées et le directeur général a encore écrit récemment au ministère à ce sujet.

L'évolution anticipée de la masse salariale est de + 1 % (contre 1,18 % fin 2015), soit + 43 M€. Cet objectif très contraint permet à l'AP-HP de gagner en crédibilité lors des négociations.

Les résultats anticipés pour 2016 incluent ainsi une stabilisation du déficit, sous réserve d'une progression des dotations conforme au PGFP, et une amélioration du résultat structurel.

Le budget consolidé serait excédentaire, grâce aux cessions encaissées.

3. Actualisation du PGFP

Le PGFP n'a pas été revu en profondeur mais a simplement fait l'objet d'ajustements techniques par rapport au PGFP présenté en 2015. Il sera revu à nouveau à la fin de l'année avec l'examen en décembre de l'EPRD 2017.

La trajectoire est conforme aux prévisions de l'année précédente, avec une augmentation des investissements, qui les ramène au niveau de 2010. Les besoins d'investissement sont connus et doivent être réalisés dans la durée pour éviter plus tard des travaux importants de mises aux normes sur des bâtiments dégradés.

Les hypothèses de construction sont globalement identiques à l'année précédente, malgré quelques mises à jour et une stabilisation des hypothèses pour la suite.

La ligne « immobilisations » a été stabilisée en priorité, avec des niveaux d'investissement en progression : 400 M€ en 2016 et 500 M€ en 2020.

Le taux d'endettement reste sous les 30 % en début de période et augmentera ensuite, comme c'était prévu l'année précédente, mais en restant à des niveaux mesurés.

Le président rappelle que le PGFP avait été rejeté par la CME l'année précédente, à une large majorité (34 voix contre 20). Il serait donc illogique de valider ce qui n'est aujourd'hui qu'un amendement technique du précédent PGFP. Le président connaît les efforts de la direction générale pour placer l'AP-HP en situation de force dans les négociations avec les tutelles. Conformément aux recommandations des tutelles, l'AP-HP se réorganise en permanence. Mais l'AP-HP a besoin d'aide, et notamment pour investir dans le bâti. Il préconise donc un vote défavorable assorti d'une motion pour faire reconnaître le travail réalisé par la direction générale et le besoin d'aide de l'AP-HP, qui assure des missions de recours et de proximité. Il donne lecture de la motion qu'il propose :

« La CME de l'AP-HP comprend la nécessité de faire des efforts en raison de la situation économique. Cependant, ceux-ci doivent être réalisables sans mettre en cause la qualité et la sécurité des soins, les conditions d'accueil et de prise en charge des patients, la qualité de vie au travail.

Malgré ses engagements tenus (augmentation de l'activité, maîtrise des dépenses, valorisation des cessions, respect du plan d'économies), la CME constate que les contraintes toujours plus lourdes

imposées à l'AP-HP ne permettent pas d'améliorer les perspectives budgétaires 2016-2020 ni d'entrevoir une reprise des investissements à la hauteur de ses besoins. La CME soutient la direction générale dans son travail de négociation avec nos tutelles pour le maintien de financements suffisants et demande que soient tenus les engagements pris pour l'évolution de nos dotations (MIG, MERRI, FIR) et la rétribution de nos missions de service public (précarité, permanence des soins, patients atteints de bactéries multirésistantes...) Enfin, la CME souligne la nécessité absolue de ne pas laisser se dégrader nos équipements et de maintenir les effectifs pour répondre aux exigences croissantes de qualité, ceci afin de garantir l'avenir de l'AP-HP au service du progrès médical et de la santé de nos concitoyens. »

M. Guy BENOÎT confirme que la direction générale de l'AP-HP fait de son mieux avec les moyens qui lui sont attribués. Il souhaiterait pouvoir la remercier en validant ce PGFP. Néanmoins, les efforts demandés ont été réalisés, et sont encore accentués avec cet amendement. Malgré la valorisation des cessions, la situation de la capacité d'autofinancement (CAF) se dégrade. M. Guy BENOÎT indique donc qu'il rejettera le PGFP.

Le président précise que, si des signes budgétaires importants sont donnés, le PGFP pourra être approuvé en décembre. Il ne s'agit pas de s'opposer à tout prix. Le but est de peser dans les négociations.

Le P^r René ADAM estime que le futur de l'AP-HP est en jeu. Chaque chapitre mériterait d'être étudié en détails.

Le président acquiesce. Il s'agit cependant d'un aménagement technique de ce qui a été présenté à la CME au mois de juin. Un nouveau PGFP sera présenté en fin d'année.

Le directeur général rappelle que ce PGFP est le résultat de choix partagés avec la communauté médicale, qui en a eu connaissance dans plusieurs instances. Il est également de la responsabilité de l'AP-HP de valoriser ses efforts et de les accentuer au besoin, en se comparant à d'autres établissements dont les performances peuvent être parfois meilleures. Le financement notamment des missions de recherche mériterait à cet égard un temps organisé de réflexion avant l'été, car ce sujet impacte les combats et les pratiques de l'AP-HP.

L'effort d'efficience était déjà demandé depuis 2015, rien n'a donc été modifié. L'espoir est que l'effort puisse diminuer pour 2018. Le choix politique, technique, médical pris a été de ne pas dégrader la CAF car les patients et les générations à venir le paieraient. Ce serait l'obsolescence programmée de l'AP-HP. Lorsque le PGFP a été construit il y a deux ans, c'était en estimant qu'avec un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) légèrement inférieure à 2, une évolution des subventions de + 0,5 % était possible. Qu'elle soit de - 1 % est irrecevable. Aucun événement majeur depuis la construction du PGFP ne justifie une révision pour l'ensemble des établissements. L'AP-HP doit être respectée, comme elle respecte ses engagements. Ce point de vue sera défendu devant le conseil de surveillance. Il faudra se battre durant une année. Si les subventions demandées ne sont pas obtenues, l'AP-HP assumera un déficit accru et ne demandera pas d'efforts supplémentaires à ses personnels. Elle expliquera que celui-ci n'est pas lié à un manque de discipline ou d'exigence, mais à un non-respect d'une partie des engagements inscrits dans le PGFP approuvé par les tutelles.

Le moyen et le long termes supposent cependant des réorganisations ambitieuses, en contrepartie d'un investissement important. Les opérations structurantes et restructurantes sont nécessaires pour tenir le cap de la modernité à l'AP-HP et permettre l'accès à tous.

Le P^r Bernard GRANGER souligne que l'administration et le corps médical ne sont pas dans la même position. L'administration doit respecter le cadre qui lui est imposé par les pouvoirs publics et ne peut pas le contester. Les médecins ont un devoir d'information à l'égard des pouvoirs publics et des patients. Les conditions budgétaires imposées par ce PGFP mettent en péril l'avenir de l'AP-HP et ne lui permettent pas d'assurer au mieux ses missions, comme la motion proposée l'exprime très bien. Un plan de retour à l'équilibre a été demandé à l'Assistance Publique –Hôpitaux de Marseille l'année précédente : la CME marseillaise s'y est opposée et a obtenu un plan moins drastique. Les Hospices civils de Lyon ont voté contre un plan similaire avec le même type d'arguments et ont été également entendus. Il s'associe donc au refus du président de voter ce PGFP. Le message qui sera ainsi envoyé sera entendu.

Le D^r Anne GERVAIS félicite également la très grande honnêteté de l'exposé qui a été fait. On relève que dans les dépenses du titre 1 la masse salariale augmente spontanément de 1,5 % par an, il n'est prévu de l'abonder que de 1%. Il y aura donc mathématiquement baisse des effectifs : il manque 20 M€ par an pour maintenir la masse salariale. L'année précédente, elle avait refusé de prendre part au vote vu son absence d'effet sur les décisions des tutelles. Cette année elle votera contre le PGFP comme le président de la CME l'a suggéré, et approuvera ainsi la motion de soutien aux efforts de la direction générale pour maintenir les dotations.

Par 47 voix contre, 4 pour et un bulletin nul, la CME rejette le PGFP. Par 47 voix pour, 4 contre et un bulletin nul, elle approuve la motion proposée par son président.

X. Questions diverses

Le D^r Christophe TRIVALLE demande des précisions sur la situation des personnels de l'hôpital Adélaïde-Hautval.

M^{me} Christine WELTY indique que la situation des médecins concernés est en cours de règlement. Une affectation future a été arrêtée pour 6 praticiens hospitaliers (PH) et est en phase de traitement pour 3 PH.

Une solution a été trouvée pour les 14 situations de praticiens attachés associés. 6 situations sont encore en cours d'accompagnement pour des médecins qui souhaitent continuer à exercer sur le site jusqu'à sa fermeture.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande que les postes qui ont été trouvés pour les praticiens attachés soient permanents, et non précaires.

Le président confirme que la DOMU y veillera.

Le P^r Thierry BÉGUÉ signale que la sCTEM s'est émue du fait qu'à l'issue de l'internat, le recrutement se fait sur un poste de praticien hospitalier contractuel (PHC), avec une augmentation salariale seulement dans quelques disciplines, et une diminution dans les autres, ce qui n'encourage pas au recrutement des jeunes, et a pour conséquence des départs qui déstabilisent les équipes.

Le P^r Pierre CARLI propose que les présidents de CME locale aident à ce que les praticiens soient plus rapidement nommés définitivement avec un salaire décent.

Le président juge important de ne pas précariser les jeunes. Lorsqu'ils ont effectué quatre ans de clinicat, ils ne devraient pas revenir à un échelon 1 de PHC, sinon ils partiront de l'AP-HP. Ils ne doivent pas non plus rester plusieurs années en PHC en attendant d'obtenir un poste de PH lorsqu'ils sont voulus, surtout lorsqu'ils ont déjà effectué quatre ans de clinicat.

La séance est levée à 19 heures 55.

* *
 *
 *

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

mardi 12 avril 2016 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

mardi 29 mars 2016 à 16 heures 30