

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 8 SEPTEMBRE 2015**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU
10 NOVEMBRE 2015**

SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP	11
III.	Coopérations territoriales et projets de groupements hospitaliers de territoire (GHT)	13
IV.	Convention de partenariat entre l'Institut Curie et l'AP-HP	15
V.	Avis sur les conclusions des trois groupes stratégiques AP-HP de la DOMU	16
VI.	Rapport d'activité du groupe <i>ad hoc</i> de la CME sur l'hospitalité	21
VII.	Responsabilité médicale : bilan 2014 et rôle de la direction des affaires juridiques (DAJ) dans le traitement des réclamations indemnitaires	22
VIII.	Calendrier et méthode pour la révision des effectifs 2016 de praticiens hospitaliers	23
IX.	Questions diverses	24
X.	Approbation du compte rendu de la réunion du 12 mai 2015	25

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Loïc CAPRON)
2. Plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP
 - Avis sur le projet logistique (M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER)
 - Avis sur le projet *Développement durable* (M. Didier BOURDON, D^r Christian GUY-COICHARD)
3. Coopérations territoriales et projets de groupements hospitaliers de territoire (GHT) (M^{me} Christine WELTY)
4. Convention de partenariat entre l'Institut Curie et l'AP-HP (M^{me} Christine WELTY)
5. Avis sur les conclusions des groupes stratégiques AP-HP de la DOMU
 - Neurologie interventionnelle (M. Christian NICOLAS)
 - Séquençage génomique de nouvelle génération (M. Vincent-Nicolas DELPECH, P^r Catherine BOILEAU)
 - Anatomie pathologique pédiatrique et fœtopathologie (M^{me} Sylvie ESCALON, P^r Marie-Cécile VACHER-LAVENU)
6. Rapport d'activité du groupe *ad hoc* de la CME sur l'hospitalité (P^r Gérard REACH)
7. Responsabilité médicale : bilan 2014 et rôle de la direction des affaires juridiques (DAJ) dans le traitement des réclamations indemnitaires (M^{me} Laure BÉDIER, P^r Lionel FOURNIER)
8. Calendrier et méthode pour la révision des effectifs 2016 de praticiens hospitaliers (M^{me} Hélène OPPETIT)
9. Questions diverses
10. Approbation des comptes rendus des réunions des 12 mai et 9 juin 2015

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M. le P^f René ADAM
- M. le P^f Yves AIGRAIN
- M. le P^f Jean-Claude ALVAREZ
- M. le P^f Philippe ARNAUD
- M. le P^f Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P^f Thierry BÉGUÉ
- M. Guy BENOIT
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M^{me} le D^r Ghislaine BRÉFORT
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^f Loïc CAPRON
- M. le P^f Bruno CARBONNE
- M. le P^f Jean-Claude CAREL
- M. le P^f Pierre CARLI
- M. le P^f Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^f Gérard CHÉRON
- M. le P^f Thierry CHINET
- M. le P^f Yves COHEN
- M^{me} le P^r Isabelle CONSTANT
- 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 Nathalie DE CASTRO
- M^{me} le P^r Élisabeth DION
- M. le D^r Michel DRU
- M. le P^f Jacques DURANTEAU
- M. le P^f Jean-Claude DUSSAULE
- M. le D^r Alain FAYE
- M. le P^f Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS HASENKNOPF
- M. le P^f Bernard GRANGER
- M. le P^f Bertrand GUIDET
- M. le D^r Christian GUY-COICHARD
- M. le D^r Olivier HENRY
- M^{me} le D^r Anna LAMBERTI TELLARINI
- M. le P^f Paul LEGMANN
- M. le P^f Guy LEVERGER
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M^{me} le D^r Martine MARCHAND
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M^{me} le D^r Isabelle NEGRE
- M. le P^f Gilles ORLIAGUET
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M^{me} le D^r Valérie PERUT
- M^{me} Caroline RAQUIN
- M. le P^f Gérard REACH
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le D^r Georges SEBBANE
- M^{me} le D^r Brigitte SOUDRIE
- M^{me} le D^r Annie ROUVEL-TALLEC
- M^{me} Marion TEULIER
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Jon Andoni URTIZBEREA
- M^{me} le P^r Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P^f Michel VAUBOURDOLLE
- M. le P^f Jean-Philippe WOLF
- M. le P^f Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***
 - M. Martin HIRSCH, directeur général
 - M. le P^F Benoît DUBOIS-RANDÉ, 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

- ***en qualité d'invités permanents :***
 - M^{me} Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
 - M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
 - M^{me} Hélène OPPETIT, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
 - M^{me} Gwenn PICHON NAUDE, (DOMU) ;

- ***les représentants de l'administration :***
 - M^{me} Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
 - M^{me} Sophie BENTEGEAT, directrice des patients, usagers et associations
 - M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
 - M^{me} Carine CHEVRIER, 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

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

- ***Membres excusés :***
 - M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Frédéric BRETAGNOL, Béatrice CRICKX, Pascale GAUSSEM, Philippe GRENIER, Martin HOUSSET, Fabienne LECIEUX, Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE, Christian RICHARD, Dominique VALEYRE, Françoise ZANTMAN
 - M^{me} Magalie DELAHAYE, M. Stefan NERAAL

La séance est ouverte à 8 heures 35, sous la présidence du P^f Loïc CAPRON.

I. Informations du président de la CME

Le P^f Jean-Michel SCHERRMANN rend hommage au P^f Jean-Louis PONS, professeur de microbiologie à la Faculté de pharmacie de Paris-Descartes et responsable de l'unité de bactériologie à l'hôpital Saint-Louis, décédé le 4 août à l'âge de 58 ans.

Les membres de la CME observent un instant de recueillement.

Le président souhaite la bienvenue au P^f Jean-Luc DUBOIS-RANDÉ, doyen de la faculté de médecine Paris-Est Créteil. La conférence des doyens (comité de coordination des études médicales, CCEM) d'Île-de-France l'a élu président, en remplacement le P^f Benoît SCHLEMMER. Il siège à la CME à titre consultatif et devient vice-président doyen du directoire. **Le président** souhaite des relations de travail plus nourries entre la conférence des doyens et la CME.

Le P^f Jean-Luc DUBOIS-RANDÉ déclare qu'il partage l'analyse du président et indique qu'il veillera à ce que les deux instances nouent des relations plus fluides, notamment sur la révision des effectifs et les sujets de formation.

Le D^f Jon Andoni URTIZBEREA exercera désormais en temps partagé entre l'AP-HP et l'Assistance publique - hôpitaux de Marseille (AP-HM) . Il juge donc préférable de cesser ses fonctions à la CME, où il représentait la fédération du polyhandicap dans le collège des praticiens hospitaliers (PH) médecins. Aucun des suppléants de ce collège n'appartient à la fédération. En accord avec le P^f Thierry BILLETTE DE VILLEMEUR, qui préside la fédération du polyhandicap, son siège restera vacant jusqu'à la fin du mandat. La CME continue toutefois de compter un médecin spécialiste du handicap en la personne du D^f Brigitte SOUDRIE, qui siège dans le collège des chefs de pôle.

La CME doit désigner les successeurs des P^{rs} Philippe RUSZNIEWSKI et Marc DELPECH à la présidence et à la vice-présidence de la sous-commission *Recherche et Université*. Quatre raisons invitent à ne pas laisser ces postes vacants pendant les trois mois qui restent jusqu'à la fin de la mandature :

- la CME doit poursuivre le travail sur la réforme du département de la recherche clinique et du développement (DRCD) engagé avec la DOMU pour parvenir à une représentation médicale équilibrée ;
- doit être représentée au comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP) où ses représentants siègent en qualité d'invités ;
- doit travailler avec la sous-commission informatique présidée par le P^f Michel ZÉRAH et avec le D^f Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information, pour mettre en œuvre ORBIS Recherche ;
- doit être présente dans les discussions engagées autour du rapport du P^f Yves LEVY sur l'organisation de la recherche clinique en France afin de défendre le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC).

Le président propose que le P^f Jean-Claude DUSSAULE prenne la présidence de cette sous-commission. Chef du service d'explorations fonctionnelles et du pôle *Spécialités* de l'hôpital Saint-Antoine, Il a une grande expérience de la recherche clinique et de la CME, où il a déjà siégé, il sera épaulé par le P^f Catherine BOILEAU qui a accepté la vice-présidence de la sous-commission.

La CME approuve à l'unanimité la désignation du P^f Jean-Claude DUSSAULE à la présidence de la sous-commission Recherche et Université de la CME.

Le P^f Jean-Claude DUSSAULE remercie le président de la confiance qu'il lui accorde. Il se dit intimement convaincu que les médecins travaillant dans un hôpital universitaire doivent s'intéresser en priorité à la recherche clinique. Il a également pris note de la participation du P^f Catherine Boileau et de tous les anciens membres de cette sous-commission, ainsi que de l'importance de renouer des liens avec le CRMBSP et de participer à la réflexion sur l'utilisation en recherche clinique des données informatiques.

Le président remercie le P^f Jean-Claude DUSSAULE d'avoir accepté cette charge et confirme que la vice-présidence sera assurée par le P^f Catherine BOILEAU, qu'il remercie également.

Le président annonce que la deuxième journée des présidents de CME des centres hospitaliers (CH) d'Île-de-France se tiendra le 1^{er} octobre dans l'amphithéâtre de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP). Il rappelle son attachement à maintenir des relations étroites et continues avec les centres hospitaliers qui lui ont à nouveau fait l'honneur de l'inviter. Il convie l'ensemble des membres de la CME à participer à cette manifestation, dont le programme figure sur le site de la CME.

Après discussion avec le directeur général et avec M^{me} WELTY, la présentation des conclusions du groupe de travail de la DOMU sur la neuroradiologie interventionnelle, initialement prévue à l'ordre du jour, est reporté, car il manque encore aux propositions plusieurs réponses à d'importantes questions.

Le 26 mai, le président a réuni la CME pour nourrir les avis qu'il devait rendre sur les candidatures aux chefferies de pôle, mais la CME n'a pas à se prononcer officiellement sur ce sujet. S'agissant de situations individuelles, il n'y aura pas de compte rendu de cette réunion informelle.

Le directoire du 1^{er} septembre a discuté de :

- l'actualisation du plan global de financement pluriannuel (PGFP); malgré le signal que transmettait le vote négatif de la CME, nos tutelles ont augmenté l'effort d'efficience demandée l'AP-HP ; la nouvelle politique de l'AP-HP en matière de recouvrement des frais engagés pour l'accueil des patients étrangers non-résidents ; la présentation du sujet à la CME en juillet a eu d'importants échos dans la presse cet été ;
- la question du temps continu des médecins urgentistes ;
- l'évolution du site Adélaïde-Hautval ;
- l'arrivée de M. Étienne GRASS à la tête des directions de l'inspection et de l'audit (DIA) et du pilotage de la transformation (DPT) ;
- la prévention des conflits d'intérêts à l'AP-HP ;
- l'organisation du temps de travail des personnels non médicaux.

M^{me} Christine WELTY explique que cette réunion visait à informer les chefs de service d'accueil des urgences (SAU), les chefs de pôle ainsi que les directeurs de GH des modalités de mise en application du temps continu au 1^{er} janvier 2016 à l'AP-HP à la suite des nouvelles directives. Les indicateurs dégagés par un groupe de travail ont permis de définir un ratio de 3,18 ETP pour 10 000 passages dans les SAU adultes et de 3 ETP pour 10 000 passages dans les SAU

pédiatriques. Appliqué aux effectifs actuels, ce ratio entraîne une augmentation de 32 postes dans les premiers et 9 postes dans les seconds. En revanche, il s'est avéré pour l'instant impossible de trouver un ratio irréfutable pour les SAMU et les SMUR, pour lesquels le recueil de l'activité reste plus aléatoire. Si, au 1^{er} janvier 2016, le ratio était validé, le temps continu pourrait être mis en place. L'organisation médicale des SAU devrait être cadrée avec la collégiale sur la base de maquettes d'organisation, mais la circulaire donne la primauté à la CME de l'établissement dans lequel se déploie le temps continu pour l'examen du projet médical. Lors de cette réunion, certains ont déploré que des indicateurs n'aient pas été fixés pour les SMUR et les SAMU. Elle s'est donc engagée à leur donner une vision claire des effectifs avant le 20 septembre afin que les plannings des médecins puissent être établis dans les temps.

Le président précise que la feuille de route pour l'organisation du temps de travail au 1^{er} janvier prochain se révèle peu claire pour l'instant. La CME devra voter sur ces mesures d'organisation du temps de travail des urgentistes dans les SAU, les SMUR et les SAMU. Près de 35 postes seront mis à disposition pour réorganiser le temps continu en dehors de l'enveloppe prévue pour la révision des effectifs de PH 2016. Ils seront néanmoins intégrés dans le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER) dès l'an prochain. Il n'est pas question de nommer des médecins sans l'avis de la CME, qui apporte la garantie de la communauté médicale sur la qualité des recrutements. Il est donc convenu que tous les postes de PH contractuel (PHC), d'assistants et d'attachés seront validés par la CME locale et les postes de PH titulaires le seront par la CME centrale. Chaque année, la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS) présentera un rapport sur le temps continu aux urgences à la CME.

Le D^f Michel DRU s'étonne, en tant que président de la CCOPS centrale, de ne pas avoir été invité à la réunion de la veille.

M^{me} Christine WELTY précise qu'il s'agissait d'une réunion d'information destinée aux responsables des services d'urgence et rappelle que le D^f DRU avait été invité à toutes les réunions qui ont permis de définir les indicateurs pour la mise en place du temps continu et sera associé à l'évaluation de cette mise en place.

Le P^f Stanislas CHAUSSADE en appelle à plus de sérénité dans les rapports entre la DOMU et la CME et déplore que la directrice lui refuse le droit de s'exprimer alors qu'en tant que représentant des communautés médicales dans cette instance, il doit pouvoir expliquer en quoi une décision se révèle préjudiciable. Il rappelle que des moyens sont alloués depuis de nombreuses années aux urgences. Or alors qu'un plan est en cours de déclinaison, les règles du jeu sont modifiées, créant une ségrégation dans le statut des praticiens hospitaliers entre les services d'urgences et les services d'aval. À l'heure où l'ONDAM est fixé à 1,75 % et exige des économies sans précédent, il doute que l'AP-HP puisse se permettre de déployer un projet dont le coût s'élève à 100 M€. Il appelle donc les urgentistes à faire preuve de solidarité envers l'ensemble des médecins de l'Assistance publique.

Le D^f Patrick PELLOUX souligne que cet accord fait suite à dix ans de négociations sur le décompte du temps de travail et se dit convaincu que la modernité sociale ne peut pas se satisfaire de décomptes illusoire en demi-journées, mais exige de la transparence. Seuls trois CHU, Toulouse, Nîmes et l'AP-HP n'appliquent pas le temps continu aujourd'hui. Certains services d'urgences perdent ainsi d'excellents éléments au profit du secteur privé, qui a bien compris que les entrées découlent à 60, voire 75 % des urgences. À aucun moment le temps continu ne crée deux classes de médecins. L'accord n'est assorti d'aucun financement, car il mise sur la modernisation. Il

comporte en outre un paragraphe spécifique offrant à l'AP-HP un temps supplémentaire par rapport aux autres hôpitaux pour déployer le dispositif. Il permet enfin une territorialisation et une mutualisation des moyens entre les structures d'urgence. Le D^f PELLOUX estime d'ailleurs que ce mouvement pourrait résoudre les difficultés que connaissent certaines professions. Ainsi, le protocole vient en soutien du plan souhaité par le directeur général sur les urgences. Il s'agit d'un accord courageux qui a vocation à moderniser les organisations.

Le P^f Bernard GRANGER estime au contraire que cet accord introduit une ségrégation au sein du corps des PH, en n'accordant le décompte horaire qu'aux urgentistes. Personne n'ignore la difficulté du métier d'urgentiste, mais dans un monde idéal, cette formule doit pouvoir s'appliquer à toutes les catégories. La réduction du temps de travail crée un besoin de nouveaux postes. Or il semble paradoxal de la mettre en œuvre la situation actuelle de pénurie médicale généralisée, d'autant que certains postes sont d'ores et déjà vacants.

Le D^f Patrick PELLOUX précise qu'il ne s'agit pas de réduire le temps de travail.

Le P^f Bernard GRANGER confirme que tel est bien le cas et réaffirme qu'il paraît paradoxal de réduire la durée du temps de travail et de créer des postes alors que le nombre de médecins s'avère déjà insuffisant.

Le D^f Patrick DASSIER rappelle que l'arrêté des gardes et astreintes de 2003 prévoyait déjà deux types d'organisation, le temps continu et le temps discontinu. La durée d'une demi-journée, en revanche, n'a jamais été précisée et il s'avère impossible de déterminer à quel moment les praticiens hospitaliers dépassent la limite des 48 heures leur permettant de bénéficier de plages additionnelles.

Le directeur général estime que les questions de temps de travail ne sont légitimes que si elles s'accompagnent d'une réflexion sur l'amélioration des organisations. Tel a été le cas pour les urgences. C'est la raison pour laquelle il ne s'oppose pas à la révision du rythme de travail des médecins aux urgences. Les questions d'organisation dépassent le seul service des urgences et touchent aux objectifs visant à assurer une prise en charge plus rapide. L'organisation des services et le temps de travail des personnels médicaux et non médicaux constituent un sujet de préoccupation. Des transformations s'opèrent, parfois douloureusement. Or dans ce contexte, la prise en charge des patients et les conditions de travail des personnels risquent de s'opposer si elles restent dans l'état actuel. Il importe de consentir des progrès dans ce domaine. L'été n'a pas donné lieu à une pause. Des études de terrain ont eu lieu dans une vingtaine de services permettant d'engager des discussions fructueuses entre les médecins et les soignants autour de trois objectifs : mieux prendre en charge les patients, améliorer les conditions de travail des personnels et améliorer la performance économique de l'AP-HP. D'ici la fin du mois de septembre, un bilan complet des résultats de ces travaux pourra être dressé. Il permettra de déterminer s'il convient de généraliser ces études et de quelle manière il faut introduire ce sujet dans les nouveaux contrats de pôle qui seront évoqués très prochainement avec les présidents de CMEL. Des objectifs de réorganisation pourront être fixés à cette occasion afin que les services puissent répondre à ces trois objectifs. Les réflexions de terrain nourrissent les questions portant sur les changements de rythme. La CME aura l'occasion de revenir sur ces points et d'avancer dans le sens d'une réforme concernant à la fois les rythmes et les horaires eux-mêmes, mais aussi les organisations et la question de la grande équipe. La question des rythmes et des organisations de travail restera donc d'actualité cet automne. Tout au long de l'été, la direction de l'AP-HP s'est efforcée de prendre en compte les craintes formulées

sur la réforme et l'impossibilité de maintenir le *statu quo*, impossibilité dont le directeur général lui-même se dit convaincu.

Les réformes liées à des réorganisations doivent s'accompagner d'avancées et de progrès sociaux, pointant tout particulièrement la question du logement. Ce dossier doit conduire la direction de l'AP-HP à prendre plusieurs décisions, la première se matérialisant par la conclusion d'une grande convention de partenariat avec la Caisse des Dépôts et sa filiale immobilière. Cette convention a vocation à accroître les possibilités de logement pour les personnels, que ce soit pour des logements sociaux ou des logements intermédiaires pouvant concerner des catégories qui, aujourd'hui, ne peuvent accéder aux logements sociaux. Deux ou trois autres mesures sont à l'étude afin d'augmenter sensiblement la possibilité de logement des personnels, y compris des personnels médicaux. Ce sujet sera de nouveau abordé très prochainement. Le directeur général remercie les chefs de service et chefs de pôle qui se sont impliqués dans les études de terrain. Cette démarche devrait très certainement être élargie à tous les pôles et services pour permettre à l'AP-HP de réussir ces transformations importantes.

Le directeur général rappelle que le budget 2015 a été approuvé sans changement. S'agissant du PGFP, comme la direction l'avait laissé entendre lorsqu'elle avait soumis le projet à la CME, son approbation s'est traduite par quelques durcissements sur la fin de la période. À la même époque, fin juillet, l'AP-HP a obtenu une subvention à hauteur de 30 % sur le projet du nouveau Lariboisière. Les opérations sont lancées et l'AP-HP pourra enchaîner sans délai sur l'Hôpital Nord comme cela était prévu. Sur Adélaïde-Hautval, la concrétisation de la convention de coopération et la création d'un groupement de coopération sanitaire avec Gonesse, Aulnay-sous-Bois et Eaubonne-Montmorency doivent permettre de mieux organiser la filière gériatrique. Enfin, le directeur général confirme l'arrivée au sein du comité de direction d'Étienne GRASS qui chapeautera à la fois la direction de l'inspection et de l'audit et la direction du pilotage de la transformation, dégageant sans doute des synergies entre ces deux directions. Il coordonnera également le projet Hôpital Nord en lien avec le groupe hospitalier et sa communauté médicale.

S'agissant de la prévention des conflits d'intérêts, le directoire a acté une stratégie visant à mettre en place les éléments d'une démarche de prévention des conflits d'intérêts à l'AP-HP, compatible avec l'ensemble des missions de cet hôpital universitaire, l'innovation, la recherche et les partenariats nécessaires tout en protégeant celles et ceux qui y travaillent. Cette réflexion ne concerne pas uniquement les médecins ; elle touche l'ensemble des personnels, y compris dans les fonctions administratives. Plusieurs personnes ont été pressenties pour y participer, notamment le P^f Marie-Germaine BOUSSER, avec des juristes. La première étape s'ouvrira d'ici la fin de l'année et s'intéressera aux conflits d'intérêts d'ordre individuel. Elle sera suivie d'une réflexion sur les conflits d'intérêts collectifs, les associations de service, la manière dont la Fondation peut aider à protéger les personnels et introduire plus de clarté. La CME sera étroitement associée à ces travaux afin qu'ils puissent produire leurs effets le plus rapidement possible.

Le P^f Paul LEGMANN doute que les membres du comité de suivi des pôles aient été informés de la dernière version du nouveau contrat de pôle.

La secrétaire générale souligne la qualité des travaux menés par le comité de suivi des projets avant l'été. Le nouveau contrat est en cours de finalisation et sera diffusé à tous les membres sous format électronique pour être validé plus aisément.

II. Plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP

1. Projet logistique

M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER précise que ces deux volets présentent des points communs, justifiant une présentation coordonnée afin d'éviter les redondances. Il en sera de même pour le suivi de leur mise en œuvre. Le volet logistique constitue une première du plan stratégique, mais il fait très largement référence aux travaux antérieurs. Il a pour but d'améliorer les prestations logistiques servies aux patients. Ce volet couvre neuf domaines d'actions, des achats aux déchets en passant par la gestion des approvisionnements, le transport ou la sécurité. Quatre sujets sont conjoints au projet développement durable (achats, transport de biens, hygiène des locaux, gestion des déchets). La plupart des thèmes présentent des liens avec d'autres volets et exigent de conserver une grande cohérence. Ce volet s'appuie sur une gouvernance à trois niveaux classique et le pilotage des travaux sur les cinq ans à venir est effectué en coordination entre les groupes hospitaliers et le siège. Chaque domaine sera piloté conjointement par un directeur des services logistiques de groupe hospitalier et un expert central. Enfin, sept priorités transversales s'imposent à ces neuf domaines, en particulier la nécessité de travailler sur la performance logistique dans le parcours du patient.

2. Projet Développement durable

Le président signale que le D^f Christian GUY-COICHARD s'est porté volontaire pour accompagner le projet et représenter la CME dans le comité stratégique *Développement durable*.

M. Didier BOURDON indique que le projet Développement durable suit le même schéma que son pendant logistique, avec huit domaines. Les quatre domaines communs au volet logistique sont complétés par des actions en matière de transition énergétique, l'optimisation et la facilitation des déplacements des professionnels, l'impact du déploiement de l'hôpital numérique et la responsabilité sociale. À cela s'ajoutent trois projets transversaux concernant l'Hôpital Nord, le siège et la Pitié-Salpêtrière, qui mobilisent tous les thèmes à des échelles différentes ainsi que la recherche médicale. En matière de gouvernance, ce projet prévoit la constitution d'un comité stratégique développement durable mettant en avant la transversalité de cette thématique et associant systématiquement un membre de la CME. Chaque GH doit également créer un comité développement durable.

Six objectifs prioritaires ont été définis dans le cadre de ce projet :

- réduire l'empreinte environnementale ;
- accompagner et anticiper la recherche d'efficience ;
- être en phase avec l'évolution de l'environnement réglementaire et sociétal ;
- améliorer la qualité de vie au travail ;
- améliorer la prise en charge de l'ensemble des usagers ;
- participer à la mise en place d'organisations plus résilientes compatibles avec l'organisation des GH et des directions, économiquement réalistes avec des indicateurs pertinents, et ce, dans le délai du plan stratégique.

Le D^f Christian GUY-COICHARD indique qu'il a participé à une partie des travaux qui se sont déroulés dans un calendrier contraint par l'échéance de la conférence des Nations unies sur les

changements climatiques, dite « COP21 ». Ce projet développe des propositions concrètes sans angélisme et s'inscrit réellement dans une volonté de réduire sur le très long terme l'empreinte environnementale de l'AP-HP.

Le corps médical est concerné au même titre que l'ensemble du personnel de l'AP-HP, mais certains axes le touchent plus particulièrement. C'est le cas tout d'abord de la transition énergétique avec la nécessité de prendre en compte la vétusté très élevée du matériel médical lourd sur laquelle un audit paraîtrait souhaitable. Le personnel médical est également affecté par les projets de certification Haute qualité environnementale sur l'Hôpital Nord ou la Pitié-Salpêtrière et doit de ce fait y être associé. Il l'est aussi par le thème des déplacements. Les regroupements de sites en GH, la création des pôles, les fusions et modifications de services ont induit une accentuation des besoins en la matière qui mériterait elle aussi un audit servant de base à un plan de rationalisation et à l'intégration nécessaire d'un volet développement durable dans les projets de pôle. L'hôpital numérique ne se limite pas à un objectif de consommation de papier par agent. Il aborde également la problématique du dossier patient et du courrier médical. Il apparaît nécessaire d'engager une réflexion sur l'avenir des dossiers patients et le développement de la dématérialisation, associé à une plus grande sécurisation. Autre chapitre du volet, la responsabilité sociale recouvre les problèmes d'organisation du travail, d'attractivité, de formation, de sécurisation de l'emploi et donc de résorption de l'emploi précaire, autant de thèmes qui concernent directement le personnel médical, d'autant que celui-ci tient souvent le double positionnement de travailleur salarié et de manager d'équipe qui lui confère une responsabilité particulière. Pourtant, le corps médical reste peu impliqué dans les initiatives prises en ces domaines. Une réflexion mérite donc d'être initiée sur l'implication du personnel médical. Enfin, il est pleinement associé à la recherche médicale sur le développement durable, un vaste champ qui entre dans les missions d'un grand CHU. Le D^r GUY-COICHARD soutient d'ailleurs la proposition du comité développement durable tendant à constituer un groupe de travail sur le sujet. L'AP-HP a pris du retard sur ces sujets, puisque la Fédération hospitalière de France (FHF) a signé une convention sur le développement durable des établissements de santé en 2009, mais ce volet du plan stratégique constitue une bonne base de départ. Il conviendra en outre de faire en sorte que sa vision sociale ne soit pas finalement emportée par une vision purement comptable. Le D^r GUY-COICHARD propose en conclusion à la CME de donner un avis favorable à ce projet et de maintenir un lien entre la CME et le comité de coordination développement durable.

Le président signale qu'il a demandé une extension de l'expérience réussie de la Pitié-Salpêtrière d'installation de stations de *Vélib'* aux autres hôpitaux pour inciter les personnes à se rendre à l'hôpital en utilisant un moyen de transport plus écologique.

La vice-présidente souligne l'importance du volet logistique qui concerne directement la prise en charge des malades et l'organisation du travail des personnels. Elle relève l'introduction d'une puce dans l'ensemble du linge et s'interroge sur le coût d'une telle opération, faudra-t-il équiper de portiques les sites pour détecter les sorties de linge ? De même elle s'interroge sur la faisabilité de l'évaluation électronique du service rendu aux usagers pour le nettoyage. Elle relève qu'en prévision du plan stratégique, un groupe de travail au siège avait étudié l'internalisation et l'externalisation des services logistiques. Elle s'enquiert donc de la politique de l'AP en matière d'externalisation des prestations. Enfin, elle constate que le projet ne mentionne pas les prestations d'hébergement, type « HAPPYTAL » (restauration et services supplémentaires), qui induisent de facto un accueil à deux vitesses. Elle souhaite connaître les orientations de l'AP-HP sur l'hébergement et la restauration, qui, pour les médecins, font partie intégrante de la prise en charge des patients.

M^{me} Amélie VERDIER, précise que le suivi du linge consiste à introduire de petits détecteurs dans les draps et, par un système de repérage, à opérer un suivi des entrées et sorties pour chaque hôpital ou pôle. L'investissement total de 650 000 euros a été entièrement rentabilisé en deux ans. Lorsque ce projet a été annoncé l'AP-HP a vu revenir un quart de ses achats annuels de linge, ce qui lui a permis de réduire ses achats. Quant à l'internalisation ou l'externalisation, les études s'avèrent plus abouties sur la restauration, dont les coûts sont plus facilement objectivables. Dans ce domaine, elles tendent à démontrer que les prestataires extérieurs, après avoir proposé un prix bas pour remporter le marché, augmentent leurs tarifs alors que la restauration internalisée peut offrir une qualité équivalente pour un coût lui aussi équivalent, voire moins élevé. Dans ces domaines, l'AP-HP mène une approche pragmatique et s'interroge systématiquement sur les deux possibilités. Enfin, HAPPYTAL propose un service de conciergerie qui ne recouvre pas les services de base.

Le P^r Bertrand GUIDET approuve les systèmes de distribution de vêtements de travail et se dit favorable à l'internalisation de la restauration, à la condition que celle-ci soit confiée à de vrais professionnels.

La CME approuve à l'unanimité le projet logistique.

La CME approuve à l'unanimité et une abstention le projet développement durable.

III. Coopérations territoriales et projets de groupements hospitaliers de territoire (GHT)

M^{me} Christine WELTY confirme que les projets de groupements hospitaliers de territoire sont issus du projet de loi de santé publique. La loi appelle à la mise en place de projets médicaux partagés au sein des territoires avec une approche tournée vers le patient et à construire une stratégie médicale permettant de coordonner plus étroitement l'offre de soins au sein de ces territoires. Maître d'œuvre de la démarche, l'ARS doit dresser le bilan de la constitution de ces groupements au ministère d'ici la fin de l'année. Ces partenariats sont ouverts aux établissements publics ainsi qu'aux établissements privés qui en exprimeraient le souhait, ainsi que les établissements participant au service public. La démarche consiste à désigner au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT) un établissement support chargé à la fois de porter une politique commune en matière de système d'information, de programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) et d'achats et d'élaborer avec les membres partenaires un projet médical partagé. Les établissements doivent transférer des compétences très importantes à l'établissement support et redoutent ainsi une perte d'autonomie dans le déploiement de leur propre projet et, à terme, une fusion des établissements participants et de leur budget. Des décrets doivent encore éclaircir plusieurs points, notamment la définition du projet médical ou les dérogations possibles. L'AP-HP est associée à deux titres aux GHT. Le périmètre du regroupement doit néanmoins être précisé, car il prévoit la gestion à la fois des HU et de la démographie médicale. Les groupes hospitaliers sont associés au projet médical partagé du GHT du territoire au sein duquel ils sont implantés. L'AP-HP a travaillé à désigner le GH tête de pont dans les GHT constitués d'ici la fin de l'année et chaque GH tête de pont siègera au conseil stratégique des GHT mis en place au 1^{er} janvier 2016.

Le président constate que la démarche n'a manifestement pas été élaborée pour le contexte de l'Île-de-France, mais l'AP-HP devra néanmoins s'y adapter. Il existe aussi un problème juridique puisque les GH n'ont pas la personnalité juridique et ne peuvent donc pas contractualiser. Le code de la santé publique ne permet pas non plus à la CME de déléguer ses compétences aux CME

locales (CMEL) en matière de politique médicale, ni au président de la CME de déléguer aucune de ses compétences aux présidents de CMEL. Le président est partisan de faire évoluer les textes sur ce point ; l'opinion des deux autres CHU avec GH (Marseille et Lyon) devra toutefois être prise en compte. La mise en place des GHT sera un sujet central pour la prochaine CME et il convient de s'y préparer.

M^{me} Christine WELTY précise que pour tenir compte de cette difficulté d'application du dispositif en Île-de-France, l'AP-HP rédige actuellement avec l'ARS un décret spécifique d'application de la loi.

Le président s'étonne qu'il entre dans les pouvoirs de l'AP-HP et de l'ARS de rédiger des décrets. La CME suivra ce sujet très attentivement. Il l'évoquera lors de sa prochaine entrevue avec les présidents de CME de CHU, ainsi qu'au prochain conseil de tutelle avec l'ARS.

Le P^r René ADAM salue ces nouvelles initiatives d'importance stratégique pour l'AP-HP, mais remarque que les nombreux partenariats qui existent aujourd'hui avec les hôpitaux restent des coquilles vides et n'aboutissent pas réellement à des coopérations. Il importe que les directions de GH et les équipes médicales travaillent ensemble et s'assurent au moins deux fois l'an de la réalité de la collaboration.

Le P^r Noël GARABÉDIAN observe que les groupements hospitaliers de territoire peuvent se révéler très positifs dans certaines régions de France, mais risquent de soulever des difficultés en l'Île-de-France, surtout s'ils nient la confiance réciproque qui s'est instaurée. Les médecins doivent rester libres d'envoyer leurs patients où ils le souhaitent.

M. Martin HIRSCH rappelle qu'avant même la loi de santé publique, le plan stratégique de l'AP-HP avait mis l'accent sur les coopérations qui pouvaient se nouer avec les établissements extérieurs. Les membres de la CME eux-mêmes avaient souligné à l'époque qu'il ne fallait pas se contenter des bonnes relations individuelles entre les praticiens et qu'il importait de structurer davantage ces collaborations. C'est dans cette voie que l'AP-HP doit aujourd'hui s'engager. La loi et la réflexion sur les GHT viennent simplement mettre en exergue et accélérer la démarche initiée par notre institution. C'est pour s'inscrire dans cette démarche qu'un travail de cartographie des coopérations a été lancé, en vue d'identifier les coopérations, y compris celles qui mériteraient d'être renforcées. Il convient que l'AP-HP valorise l'ensemble de ses points forts.

Le D^r Alain FAYE signale qu'il avait été désigné pour siéger dans le groupe de travail des urgences au niveau de l'ARS. Or M^{me} DE SAXCÉ a indiqué dans ce cadre que le respect de la mise en place du temps de travail constituait un élément structurant du projet médical de territoire. Dès lors, l'AP-HP pourrait à terme être amenée à reprendre des praticiens travaillant dans des hôpitaux qui ont perdu leur labellisation pour les urgences, les services d'urgences étant durement remaniés à cette occasion. Ainsi, les urgentistes de Versailles se rendent aujourd'hui à Rambouillet, ce qui vide progressivement cet hôpital de sa substance.

Le président explique que le problème de l'hôpital de Rambouillet tient au manque de médecins.

Le D^r Patrick PELLOUX précise que l'activité est maintenue grâce au dispositif mis en place entre Versailles et Rambouillet. Réalisée en collaboration avec le personnel, la mutualisation permet ainsi d'éviter la fermeture de certains établissements.

Le président observe que l'universitarisation est une préoccupation récurrente des CH qu'il visite. Mais elle ne s'opère pas toujours d'une manière aussi équilibrée et réfléchie qu'à l'Université Paris Est Créteil (UPEC).

Le P^r Jean-Luc DUBOIS-RANDÉ ajoute que les groupements hospitaliers de territoire participent aussi d'une réflexion sur la conception du monde universitaire sur les territoires sur le plan médical et paramédical. Il s'agit donc d'une opportunité qui mérite d'être saisie.

Le président observe que l'universitarisation constitue une question récurrente des GH. Or la démarche ne s'opère pas toujours d'une manière aussi équilibrée et réfléchie qu'à l'UPEC.

Le P^r Jean-Luc DUBOIS-RANDÉ remarque que la démarche peut se construire avec l'ARS.

Le président en convient, mais précise qu'elle nécessite aussi stratégie et réflexion.

Le P^r Thierry BÉGUÉ note que l'AP-HP sera confrontée à la difficulté de fonctionner avec plusieurs groupes hospitaliers ou services, surtout lorsqu'ils relèvent d'UFR différentes. Il craint donc que l'AP-HP ne réponde pas convenablement à la demande des GH sur leur territoire.

Le président estime que la contractualisation ne doit pas être exclusive : la signature d'un contrat ne doit pas interdire à un hôpital donné de travailler avec plusieurs GH de l'AP-HP.

M^{me} Christine WELTY confirme qu'il n'est pas question de remettre en cause les partenariats existants ni les filières établies.

IV. Convention de partenariat entre l'Institut Curie et l'AP-HP

Le président explique qu'une convention de partenariat entre l'AP-HP et l'Institut Curie a été signée en juillet. Il regrette que l'avis de la CME n'ait pas été recueilli au préalable comme l'exige le décret du 20 septembre 2013 étendant les compétences de la CME. Il a demandé à M^{me} WELTY d'en informer la CME, mais la CME ne votera pas rétrospectivement. Il souhaite que, à l'avenir, les compétences de la CME soient strictement respectées.

M^{me} Christine WELTY rappelle que le plan Cancer 3 demande que les centres de lutte contre le cancer (CLCC) conventionnent avec le CHU pour la prise en charge globale des patients atteints de cancer. Ce texte a incité l'AP-HP et l'Institut Curie à conclure un accord. Les coopérations avec l'Institut se révèlent nombreuses et anciennes. Il s'agit là de leur donner un cadre plus clair et d'instaurer des filières permettant de mutualiser les prises en charge innovantes. L'Institut Curie pourra ainsi recourir aux plates-formes de préservation de la fertilité ou aux établissements de l'AP-HP pour certaines prises en charge médico-chirurgicales. En contrepartie, nos équipes pourront bénéficier de la plate-forme de recherche de l'Institut Curie.

Le P^r Thierry CHINET se dit très heureux de ce partenariat avec l'Institut Curie, qui devrait se renforcer encore dans le domaine de la recherche.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE se félicite également de cette convention qui vient renforcer la collaboration. Il estime cependant que les facultés auraient dû être impliquées. Il remarque également que la collaboration ne s'était pas pour l'instant concrétisée, comme le démontre

l'exemple de l'appel d'offres de biologie. L'Institut Curie doit devenir un véritable partenaire hospitalier et universitaire, avec la formation des étudiants et la nomination de PUPH.

Le P^r Jean-Luc DUBOIS-RANDÉ reconnaît que les doyens ont été surpris de cette démarche dont ils n'avaient pas été informés. Il rappelle également la faiblesse de l'AP-HP en matière de démarche biologique et de recherche expérimentale dans le domaine du cancer et craint une dilution de cette recherche dans le cadre du partenariat.

M^{me} Christine WELTY précise que la signature du doyen n'a pas été requise pour cette convention contrairement à celle conclue avec l'Institut Gustave-Roussy (IGR), le directeur de l'Institut ignorant comment signer la convention d'association au CHU. Cette question sera donc traitée dans un deuxième temps.

Le P^r Jean-Philippe WOLF s'interroge sur d'éventuels changements induits en pratique par ce partenariat, puisque Cochin a déjà des collaboration avec l'Institut Curie pour la préservation de la fertilité.

M^{me} Christine WELTY explique que les plates-formes mises en place sur la préservation de la fertilité font l'objet d'une convention avec l'AP-HP et non avec l'hôpital Cochin. Point n'est donc besoin de conclure une convention spécifique sur ce sujet. Pour les autres filières de prise en charge, en revanche, une convention particulière doit être passée. Des travaux devront donc être menés pour décliner les partenariats de l'Institut Curie au sein de l'AP-HP. S'il ne s'agit pas d'un contrat d'exclusivité, son but consiste cependant à accroître la prise en charge par l'AP-HP des effets secondaires des chimiothérapies des patients traités à Curie.

Le président propose de confier au P^r Catherine POIROT le suivi de la coopération avec l'Institut Curie. Il invite les membres de la CME à porter une attention particulière à ces coopérations territoriales qui devraient représenter une évolution majeure pour l'AP-HP dans les mois et années à venir.

V. Avis sur les conclusions des trois groupes stratégiques AP-HP de la DOMU

1. Neuroradiologie interventionnelle

L'examen de ce point a été reporté à une séance ultérieure.

2. Anatomie pathologique pédiatrique et fœtopathologie

M^{me} Sylvie ESCALON rappelle que le groupe supra-GH, dont Mme le Professeur VACHER-LAVENU était le représentant pour la CME, avait pour mission de dégager les conditions du regroupement de l'activité anatomo-cytopathologie pédiatrique de quatre à deux sites et de l'activité de fœtopathologie de dix à quatre sites dans le cadre d'un appel à projets. Le groupe a relevé une faible démographie médicale dans ces activités, avec des équipes de taille réduite et très disparates, des activités très diverses, des organisations et des conceptions différentes de la discipline, une recherche dynamique, un leadership de l'AP-HP et une faible concurrence sur ces deux activités. Deux cahiers des charges ont été établis, avec des critères portant notamment sur la démographie et l'attractivité pour le recrutement du personnel médical, la qualité et la sécurité de la prise en charge, le maintien d'un lien avec les cliniciens et les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal, la lisibilité des activités et l'harmonisation des organisations ainsi qu'un aspect

d'efficience. Le groupe recommande donc de lancer deux appels à projets pour un choix réalisé en janvier 2016.

Le P^r Marie-Cécile VACHER-LAVENU souligne que l'accès au plateau technique représente la première étape. Pour la pédiatrie, la cible devrait être atteinte compte tenu de l'unicité de discipline. Pour la fœtopathologie, en revanche, l'uniformisation se révèle plus difficile. En outre, les personnes compétentes, peu nombreuses, sont très recherchées et toute modification de structure peut entraîner des pertes de personnel.

Le président observe que l'hôpital Trousseau s'est déjà préparé à répondre à cet appel à projets.

Le P^r Guy LEVERGER confirme que le GH *Hôpitaux universitaires de l'Est parisien* (HUEP) est mobilisé depuis plusieurs mois par une réflexion sur un regroupement de l'activité d'anatomopathologie sur un seul site adulte-enfant. Il convient d'optimiser la performance de l'anatomopathologie pédiatrique et de répondre à la diminution éventuelle du nombre de médecins spécialisés, et il importe de veiller à ne pas réduire les possibilités de chacun des hôpitaux. Il demande par ailleurs des précisions sur le jury et le choix final.

Toute restructuration soulevant la question de l'équilibre entre rationalisation de l'offre de soins, c'est-à-dire, regroupements des moyens, et proximité, **le président** souhaite savoir comment le jury sera composé.

Le P^r Marie-Cécile VACHER-LAVENU remarque que les pathologistes travaillent avec la biologie moléculaire de manière pluridisciplinaire. Ils détiennent le prélèvement et possèdent une compétence pour l'analyser, mais ces prélèvements doivent être interprétés dans un certain contexte avec de l'imagerie et de la génétique. C'est de manière pluridisciplinaire qu'il convient de travailler aujourd'hui.

Le P^r Marie-Cécile VACHER-LAVENU observe qu'il n'existe plus, dans le domaine libéral, d'anatomo-pathologiste de proximité. La restructuration des grosses structures libérales prévoit des systèmes de distribution et de lecture multi-sites avec une seule plate-forme.

M^{me} Sylvie ESCALON précise qu'un consensus s'opère aujourd'hui pour parvenir à six sites de fœtopathologie plutôt que quatre. Le groupe a proposé une composition de jury impliquant différentes catégories de personnel, mais la décision incombe à la DOMU.

Le président demande à être consulté sur la composition du jury.

Le P^r Michel ZÉRAH souligne que l'AP-HP s'avère aujourd'hui incapable d'assumer la neuropathologie pédiatrique et doit la sous-traiter, ce qui entraîne la perte d'une partie de la propriété sur les collections biologiques. Or cette situation n'est pas négligeable, y compris du point de vue économique, car les prélèvements constituent le point de départ de la thérapie ciblée en oncologie. Il remarque enfin que la fœtopathologie traite de corps qu'il n'est pas aisé de déplacer. Une réflexion doit donc être menée sur le traitement de ces corps.

Le P^r Marie-Cécile VACHER-LAVENU confirme que la valeur des prélèvements est aujourd'hui captée par les centres de lutte. Les pathologistes pourront à l'avenir effectuer les actes de neuropathologie les plus simples. Pour les actes plus compliqués, il convient de constituer deux ou

trois centres de référence. Elle reconnaît également que les fœtus ne se transportent pas comme les adultes, mais remarque que les prélèvements deviennent de plus en plus ciblés.

Le président soumet les recommandations du groupe au vote de la CME.

La CME rend un avis favorable à l'unanimité sur les recommandations du groupe de travail.

3. Séquençage génomique de nouvelle génération (NGS)

Le P^r Catherine BOILEAU précise qu'il existe désormais deux niveaux de séquençage liés à la taille et la capacité des machines : le moyen/haut débit présent à l'AP-HP et le très haut débit, accessible sur des plates-formes universitaires ou institutionnelles. Aujourd'hui, le volume des data générées pose des problèmes de gestion.

M. Vincent-Nicolas DELPECH rappelle que le groupe avait pour mission de proposer une politique de développement du NGS très haut débit en intégrant les enjeux de ce développement pour la recherche comme pour le diagnostic, le coût des équipements, le coût de stockage et d'analyse des données, les nouvelles compétences et les opportunités de partenariat public privé. L'activité est en pleine expansion, mais les financements ne sont pas acquis pour le très haut débit et la France accuse un certain retard puisqu'elle n'a pas, comme ses homologues étrangers, défini de politique nationale structurant l'offre de séquençage. À l'AP-HP, l'organisation est marquée par l'hétérogénéité, avec une frontière souvent très floue entre recherche et soins, et confrontée à des enjeux informatiques et de ressources humaines forts.

Cette activité en très fort développement nécessite une structuration, mais aussi une capacité d'évolution rapide pour éviter tout décrochage. Le groupe a donc émis quatre recommandations :

- la création d'une structure commune unique AP-HP informatique et bio-informatique ;
- la rédaction d'un partenariat avec une structure privée pour la production du séquençage de très haut débit pour la recherche ;
- la création d'un groupe de réflexion pour la mise en œuvre rapide d'une structure commune de génomique fonctionnelle ;
- la création d'un comité de suivi médico-administratif chargé d'édicter des recommandations et de suivre la mise en œuvre des préconisations.

À ce stade, s'agissant du partenariat avec une structure privée une lettre d'intention avec la société IntegraGen est en cours de finalisation et, s'agissant de la structure commune unique, les réflexions sont en cours sur la création d'une plate-forme bio-informatique AP-HP, tout ceci pour respecter le calendrier serré souhaité par le directeur général. À ce stade, une lettre d'intention pour le partenariat avec IntegraGen doit être finalisée et les réflexions sont en cours sur la plate-forme bio-informatique, tout ceci pour respecter le calendrier serré souhaité par le directeur général.

Le président demande au P^r BOILEAU de préciser qui de l'AP-HP et du partenaire fera le séquençage et l'interprétation.

Le P^r Catherine BOILEAU explique que le groupe préconise d'externaliser le séquençage de très haut débit utilisé en recherche mais pas l'interprétation.

Le président demande la confirmation qu'il existera une plate-forme unique d'interprétation relevant de l'AP-HP.

Le P^f Catherine BOILEAU précise qu'il n'existe pas d'outil stabilisé permettant l'interprétation des data de diagnostic. L'AP-HP doit mettre en place une structure commune de pilotage hospitalo-universitaire avec des bio-**informaticiens** aptes à dialoguer avec les bio-informaticiens et biostatisticiens des différents GH pour créer une dynamique permettant à l'institution de conserver son leadership en matière de gestion et d'interprétation.

M^{me} Christine WELTY ajoute que l'AP-HP a besoin de compétences de mathématiciens et de physiciens.

Le P^f Jean-Luc DUBOIS-RANDÉ souligne que la plupart des pays mobilisent aujourd'hui plusieurs centaines de personnes pour gérer cette masse de données. Il se dit donc très sceptique sur la pertinence d'une petite cellule, d'autant que la complexité du sujet nécessite une approche très macroscopique.

Le président signale qu'il a fait remarquer en bureau que la présence des facultés était restée très discrète dans ce groupe. Or ce projet ne peut se concevoir sans elles, il n'est pas trop tard pour impliquer les universitaires. Il souhaite aussi que ce projet soit présenté au CRMBSP.

Le P^f Catherine BOILEAU rappelle que le séquençage de très haut débit concerne la recherche et n'entre pas dans le périmètre d'intervention du groupe de travail, qui était concentré sur le moyen/haut débit et le diagnostic. Sa proposition couvre donc les besoins des laboratoires de diagnostic pour sauvegarder leurs compétences dans les trois ans à venir.

M. Vincent-Nicolas DELPECH remarque que l'AP-HP, leader sur le moyen débit, n'a tracé aucune perspective sur le très haut débit. La proposition du groupe paraît certes limitée, mais elle se veut innovante avec la création d'une cellule unique regroupant des ressources rares difficiles à fidéliser.

Le directeur général souligne que tous les membres de la CME ont conscience des enjeux. Certains acteurs bien moins importants que l'AP-HP s'organisent pour avancer dans ce domaine. C'est aujourd'hui que l'avenir se joue, dans la capacité pour l'AP-HP de s'organiser et de se doter des outils et des ressources nécessaires pour faire face aux enjeux qui affecteront notablement la recherche et, assez rapidement, le diagnostic et la clinique. Ne pas s'organiser revient à prendre des risques sur l'indépendance des conduites cliniques dans les prochaines années. Début juillet, lors du séminaire supra-GH, une demande avait été formulée pour nouer des liens avec le P^f Yves LÉVY. Rendez-vous a été pris et il s'est dit prêt à ajuster les conclusions du groupe de travail à la stratégie de l'AP-HP dans la mesure où nos propositions interviennent avant la fin des travaux. Il importe en effet que la vision du plus important opérateur français ne soit pas remise en cause dans le plan national. Yves LÉVY suggère donc des itérations rapides entre son groupe et l'AP-HP pour faire en sorte que cette vision soit bien intégrée dans la réflexion. Or cela suppose de dessiner cette vision avec les universités avec lesquelles l'AP-HP interagit. L'AP-HP possède aujourd'hui les moyens pour rattraper son retard *via* une plate-forme. Bâtir une stratégie commune n'affaiblira aucun GH, cela renforcera au contraire l'AP-HP sur un sujet vital.

Le D^f Anne GERVAIS demande des précisions sur IntegraGen et les liens d'intérêts éventuels.

Le P^f Catherine BOILEAU précise qu'il s'agit d'une société privée qui a développé le séquençage de nouvelle génération en haut débit. Elle précise qu'elle ne dispose pas d'autres éléments et qu'il faut s'adresser à la DOMU qui est en contact avec cette société.

M^{me} Christine WELTY ajoute que les relations existant entre l'AP-HP et IntegraGen sont aujourd'hui portées dans le cadre d'un projet de recherche uniquement. Il s'agit désormais de travailler à la possibilité de mettre en place un séquençage externalisé.

Le P^f Stanislas CHAUSSADE s'étonne que la recommandation se limite à la recherche et demande de quelle manière les CHU de Lille et de Lyon se sont organisés dans ce domaine.

Le P^f Catherine BOILEAU précise que le NGS recouvre à la fois moyen et haut débit. Or seule les plate-formes de recherche proposent du séquençage de haut débit et ces plateformes en France ne sont pas localisées dans des structures hospitalières. En cancérologie, la frontière entre diagnostic et recherche se révèle extrêmement floue. Une partie du typage des tumeurs entre dans les protocoles de recherche, mais l'AP-HP ne possède pas le matériel pour typer les tumeurs et doit recourir à des prestataires extérieurs. La recommandation ne vise pas à constituer une petite cellule d'analyse, mais un « club d'utilisateurs » permettant aux bio-informaticiens, biostatisticiens et généticiens d'apprendre ensemble. Il s'agit pour l'AP-HP de pouvoir recruter des compétences rares et de les faire travailler dans les différents GH.

M. Vincent-Nicolas DELPECH indique que le Royaume-Uni a lancé un programme national décliné en programmes régionaux avec des moyens financiers importants. Les CHU de Lyon et Lille se sont organisés en plates-formes hospitalo-universitaires avec une équipe renforcée, des moyens et des contrats attractifs pour les bio-informaticiens. À l'AP-HP, les GH concernés présentent des niveaux d'avancement différents et des perspectives différentes. En s'engageant dans cette voie, l'AP-HP pourra, le cas échéant, s'insérer dans le programme national qui pourra être défini à l'issue de la mission LÉVY.

Le président propose de soumettre les recommandations du groupe au vote de la CME en supprimant toutefois la mention de la seule recherche.

M. Vincent-Nicolas DELPECH précise que l'externalisation du séquençage très haut débit pour le diagnostic s'avère impossible pour l'instant. Le contexte se révèle particulièrement mouvant. Il s'agit d'offrir aux groupes hospitaliers la possibilité de faire appel à une prestation externalisée de séquençage à très haut débit pour leurs activités de recherche.

Le président estime que le partenariat pour la production du séquençage de très haut débit ne doit pas se limiter à la recherche.

Le P^f Catherine BOILEAU explique que le groupe préconise d'externaliser le séquençage de très haut débit utilisé en recherche mais pas l'interprétation.

Le président pense que l'on doit travailler pour l'avenir et non se limiter au court terme et que si le projet est limité à la recherche, il s'abstiendra de voter.

Le P^f Catherine BOILEAU souligne que cette limite évite les dérapages.

Le directeur général propose d'indiquer que la structure commune poursuit une visée de recherche, de diagnostic et de soins, mais que le partenariat pour le séquençage est bien, à ce stade, limité à la recherche.

Le P^f Catherine BOILEAU approuve cette proposition qui reste dans l'esprit des travaux du groupe.

Le D^f Christophe TRIVALLE s'étonne que l'AP-HP ne parvienne pas à réaliser du séquençage de très haut débit alors qu'une société privée de petite taille le fait.

M^{me} Christine WELTY explique que la société s'est spécialisée dans l'achat et l'exploitation en réseau de séquenceurs. Ce qui n'est pas le cœur de métier de l'AP-HP. Celui-ci réside dans l'interprétation des données.

Le président soumet au vote les recommandations du groupe telles qu'amendées en séance, en précisant que la structure unique couvrira tous les domaines (recherche, diagnostic et soin) et que le partenariat ne concernera dans un premier temps que la recherche.

La CME approuve les recommandations du groupe à l'unanimité et 9 abstentions.

VI. Rapport d'activité du groupe *ad hoc* de la CME sur l'hospitalité

Le P^f Gérard REACH précise que le groupe était chargé d'une réflexion montrant la nécessité d'individualiser l'hospitalité en dégagant des propositions d'amélioration de la pratique hospitalière de chaque acteur au sein de l'institution. L'hospitalité constitue une valeur reconnue et partagée par les usagers et les soignants, comme le démontrent les Trophées de l'Assistance publique. Dans son premier rapport de juin 2014, le groupe proposait la création au sein de chaque GH d'un comité de liaison de l'hospitalité (CLHOSP) chargé de dessiner une vision proactive pour éviter que des problèmes surgissent. Invité à préciser cette notion par le président de la CME, le groupe a proposé de confier la mission dévolue aux CLHOSP aux nouvelles commissions des usagers mises en place par le projet de loi de santé, considérant que ces commissions devaient représenter un espace de dialogue plutôt qu'un bureau de recueil des plaintes. En parallèle, la direction des patients, usagers et associations (DPUA) a constitué un comité de pilotage pour définir les axes permettant de décliner la démarche qualité hospitalité. Des groupes de travail ont été formés sur les sept domaines identifiés afin de déterminer un référentiel et de repérer les leviers d'amélioration possible, la démarche pouvant déboucher sur une labellisation Hospitalité des services. **Le P^f REACH** souligne que l'hospitalité constitue un principe hospitalier au même titre que la qualité ou la sécurité. Elle représente aussi une priorité du projet d'établissement 2015-2019.

Le D^f Julie Peltier s'enquiert de la politique de l'AP-HP en matière de chambres seules.

Le directeur général observe que la question s'est posée dans le cadre du projet de la reconstruction de l'hôpital Lariboisière. Le choix de chambres seules ou doubles s'est fait en lien avec le projet médical. La proportion de chambres seules augmente au fil des projets, mais il n'est pas envisagé de la porter à 100 %.

Le D^f Georges SEBANNE indique qu'il souscrit aux propos du rapporteur, mais regrette que la dimension qualité de vie et sexualité ne soit pas prise en compte pour les patients pris en charge pour de longues durées. Il s'interroge par ailleurs sur les déclinaisons pratiques des travaux du

groupe. Il rappelle que des équipes de bien-être avaient été mises en place en gériatrie à La Pitié-Salpêtrière. Or elles ont été décimées pour des raisons budgétaires quelques années plus tard.

Le P^f Gérard REACH répondant à la première question du D^f SEBANNE, estime que la question de la sexualité pourrait effectivement être discutée dans le cadre du groupe de travail sur le bien-être. Répondant à sa deuxième interrogation, le P^f REACH remarque que pour concrétiser la démarche hospitalité, il convient de commencer par une analyse en concertation avec les usagers pour dresser la liste des priorités. Il importe déjà que l'institution affiche l'hospitalité comme une priorité, ce qui peut faire espérer que les moyens suivront.

M^{me} Sophie BENTEGEAT remercie le professeur pour son implication et relève que tous les acteurs se montrent très mobilisés. Elle souligne toutefois que la démarche ne peut être mise en œuvre sans la communauté médicale et paramédicale ; elle doit donc s'accompagner de communications et formations. Dès fin 2016, des audits seront organisés sur la base de volontariat tout au long du parcours du patient et donneront lieu à une labellisation des services.

VII. Responsabilité médicale : bilan 2014 et rôle de la direction des affaires juridiques (DAJ) dans le traitement des réclamations indemnitaires

M^{me} Laure BÉDIER rappelle que la direction des affaires juridiques assure la défense de l'AP-HP et de ses personnels à la fois au pénal, par la protection fonctionnelle des personnes physiques et la reconnaissance de la responsabilité de la personne morale en cas de faute dans l'organisation du service, et devant le tribunal administratif ou la commission de conciliation et d'indemnisation. L'AP-HP a choisi de privilégier la voie amiable. Chaque dossier est transmis à un médecin-conseil qui l'examine et détermine si il y a eu une faute dans la prise en charge médicale. Ces médecins représentent également l'AP-HP aux expertises. En 2014, l'AP-HP a versé près de 13 millions d'euros d'indemnisations. L'orthopédie, la chirurgie digestive et les urgences restent les spécialités les plus fréquemment mises en cause. L'augmentation des montants versés est liée à des évolutions jurisprudentielles sur les infections nosocomiales et la perte du dossier médical.

Le P^f Lionel FOURNIER souligne que le problème principal tient à la communication des dossiers médicaux, souvent anciens et établis au format papier, dont se plaignent les experts auprès des magistrats. La traçabilité de l'information constitue une autre difficulté récurrente, en particulier en médecine. Les dossiers mentionnent rarement en effet les risques liés aux thérapeutiques lourdes. Cette carence pose le problème de l'organisation du dossier médical et fait apparaître la nécessité de constituer une pochette spécifique sur l'information communiquée au patient au fil de l'évolution de sa pathologie. Une autre problématique découle du dossier infirmier. Autonome, il est orienté sur la bientraitance, mais manque d'informations sur les consignes ciblées des médecins concernant les constantes. Enfin, des progrès doivent être accomplis en matière de pharmacovigilance, avec près de 20 % d'anomalies dans les prescriptions de sortie.

Le P^f Thierry CHINET s'enquiert de la démarche à suivre pour communiquer un dossier médical sur ORBIS à un expert extérieur.

Le P^f Lionel FOURNIER reconnaît que le GH n'a parfois d'autre possibilité que de communiquer un dossier illisible aux experts qui ne sont pas équipés des mêmes logiciels.

Le P^f Michel ZÉRAH signale qu'il suffit d'élaborer un masque-type.

Le directeur général note que de nombreux médecins ont souscrit une assurance personnelle alors que l'institution prend en charge les poursuites. Il suggère donc de rappeler aux médecins qu'ils n'ont besoin d'une assurance que dans certains cas particuliers, notamment l'activité libérale.

Le D^r Patrick DASSIER remarque que l'assurance reste peu onéreuse pour les médecins hospitaliers et qu'elle leur permet de recourir à leur propre avocat s'ils ne sont pas satisfaits de la protection juridique de l'établissement.

M^{me} Laure BÉDIER précise que les médecins choisissent eux-mêmes les avocats payés par l'AP-HP dans le cadre de la protection fonctionnelle.

Le P^r Bernard GRANGER observe qu'en cas de conflit interne, le directeur bénéficie de la protection fonctionnelle, mais le médecin hospitalier, lui, n'en bénéficie pas.

M^{me} Laure BÉDIER rappelle que la protection fonctionnelle n'est pas systématique et doit être justifiée par la vraisemblance des faits en cause.

Le président estime que ces cas ne relèvent pas de la responsabilité médicale.

Le P^r Bernard GRANGER considère toutefois que le sujet s'avère connexe.

Le D^r Patrick DASSIER confirme qu'une assurance personnelle peut se révéler utile en cas de litige, d'autant que la protection fonctionnelle est accordée par la direction.

Le D^r Martine MARCHAND suggère de rappeler aux médecins les différences entre responsabilité pénale et fonctionnelle. Une assurance personnelle peut s'avérer utile au pénal s'il apparaît un conflit avec l'administration. Elle rappelle également que les laboratoires ne doivent pas transmettre les résultats à tous ceux qui les demandent ; les hôpitaux doivent mettre en place une organisation centralisée pour assurer une transmission sécurisée.

VIII. Calendrier et méthode pour la révision des effectifs 2016 de praticiens hospitaliers

M^{me} Hélène OPPETIT indique que cette révision a pour objectif de :

- promouvoir et titulariser de jeunes praticiens ;
- favoriser les réorganisations médicales au sein et entre les GH ;
- favoriser la répartition équitable des effectifs médicaux au sein de l'AP-HP ;
- responsabiliser les GH sur l'évolution des compétences médicales requises par leur projet.

Elle permet de veiller à la cohérence des postes présentés en autofinancement et des profils des candidats avec les axes stratégiques, ainsi que d'allouer les 0,4 % des retours d'emprunt et financement institutionnel. Dans les premiers dossiers des GH, 476 postes ont été recensés avec ou sans candidat, 373 postes ont été déclarés en autofinancement et 103 postes ont fait l'objet d'une demande de financement institutionnel. Les demandes sont en cours d'instruction.

Le président précise que cette année les GH se voient confier une plus grande autonomie dans leurs choix, mais une harmonisation centrale reste nécessaire.

Le D^r Martine MARCHAND demande si l'AP-HP possède bien les moyens de son autofinancement.

Le P^r Ariane MALLAT demande si la méthodologie des réunions restreintes se concentrera cette année sur les demandes de redéploiement institutionnel.

Le P^r Thierry BÉGUÉ remarque que si les objectifs d'efficience demandés aux GH sont atteints, il n'y a effectivement pas lieu de revoir les autofinancements.

Le président précise que la révision des effectifs devra être adoptée lors de la CME du 8 décembre.

IX. Questions diverses

Site Internet de l'AP-HP

Le P^r Bernard GRANGER estime que le site Internet participe de l'hospitalité et de l'accueil. Le site se trouve en rodage et les possibilités d'amélioration sont multiples. De nombreuses informations ne sont pas à jour. Surtout, l'offre de soins est mal présentée et il s'avère difficile d'identifier un service en particulier. Le P^r GRANGER demande donc des précisions sur la conception du site, à laquelle la CME aurait dû être davantage associée, et les dépenses engagées.

M. Patrick CHANSON explique que ce nouveau portail rassemble les 17 sites existant précédemment et s'adresse principalement au grand public. Il a été conçu avec des patients et des directions de l'AP-HP. Un marché à procédure adaptée a été passé l'été dernier et le choix s'est porté sur l'offre la moins distante, avec un coût de moins de 100 000 € et la plus aboutie techniquement. Il convient désormais d'aller plus loin, mais la direction de la communication ne peut actualiser toutes les données dans la base, qui reste à la main de chaque service. La direction souhaite donc travailler en liaison avec la CME sur le sujet.

M. Raphaël BEAUFRET précise que la base institutionnelle (BASINS33) est mise à la disposition des secrétariats et cadres des services et des pôles pour qu'ils actualisent régulièrement l'offre de soins. Par ailleurs, l'affichage d'une partie de ces données sur les sites internet de l'AP-HP va être amélioré d'ici la fin de l'année 2015 par la DIRCOM et la direction des systèmes d'information (DSI).

Le président souligne que la base présente des défauts. Il convient de déterminer la façon dont la CME peut contribuer à son amélioration.

Le P^r Michel ZÉRAH remarque que sur le plan technique, le site est parfaitement conçu. Le contenu ne dépend pas de l'institution, mais de la communauté médicale. Chacun doit régulièrement vérifier que l'information se révèle conforme à la réalité du service. Quant à la ligne éditoriale, les critiques proviennent principalement des professionnels de santé alors que ce site est destiné majoritairement au patient.

Le président observe que les médecins doivent participer à l'actualisation du site et note que l'AP-HP accueille près de 70 consultants disponibles et expérimentés qui pourraient contribuer à la démarche.

M. Patrick CHANSON indique que la version aujourd'hui en ligne sera améliorée régulièrement.

Le président suggère de constituer un comité éditorial avec des médecins membres de la CME ou invités par celle-ci qui se réunisse régulièrement.

M. Patrick CHANSON propose qu'un consultant soit nommé par la CME et participe à des comités éditoriaux réguliers.

Le D^f Christophe TRIVALLE a découvert l'existence d'un compte *Twitter* de la CME et souhaite en connaître le propriétaire.

Le P^f Michel ZÉRAH répond qu'il avait créé ce compte lorsque la CME a été constituée. Il n'est cependant pas utilisé.

Activité privée réalisée avec les appareils d'imagerie de l'AP-HP

Le D^f Anne GERVAIS souligne qu'il a été possible de restreindre, dans certains cas l'activité privée des praticiens hospitaliers faisant fonctionner les équipements acquis en partenariat privé-public (Beaujon TEP-Scan). Ce qui permet de conserver une part importante d'activité publique. Elle regrette que cette clause ne soit pas appliquée dans tous les partenariats public-privé. Si les hospitaliers font jusqu'à 50% de leurs activités en libéral sur un équipement déjà partagé avec des praticiens libéraux, l'accès à l'équipement devient très limité pour les patients de la filière publique. Il conviendrait donc de tracer la proportion de chaque activité effectuée sur ces équipements.

M^{me} Christine WELTY explique que l'on connaît seulement le nombre de praticiens hospitaliers de l'AP-HP qui exercent en libéral sur ces machines. Cette activité reste très résiduelle.

Le président propose que la sous-commission activité- ressources se penche sur le sujet.

X. Approbation du compte rendu de la réunion du 12 mai 2015

Le compte rendu de la réunion du 12 mai 2015 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 13 heures.

* *
*
*
*

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

mardi 13 octobre 2015 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 30 septembre 2015 à 16 heures 30