

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE  
DU MARDI 9 JUIN 2015**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE  
DU MARDI 13 OCTOBRE 2015**

## SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME (P <sup>r</sup> Loïc CAPRON)	6
II.	Avis sur le compte financier et l'affectation des résultats 2014	12
III.	Information sur l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2015, et avis sur l'actualisation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2015-2019	13
IV.	Avis sur les conclusions du groupe CME et DOMU concernant les transplantations à l'AP-HP	17
V.	Avis sur les conclusions des groupes stratégiques AP-HP de la DOMU	20
VI.	Indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins, et incitation financière à la qualité	23
VII.	Nouvelle organisation du département de la recherche clinique (DRCD) de l'AP-HP	25
VIII.	Recensement des associations de service à l'AP-HP	27
IX.	Questions diverses	28
X.	Approbation du compte rendu de la réunion du 10 mars 2015	29

## **ORDRE DU JOUR**

1. Informations du président de la CME (P<sup>f</sup> Loïc CAPRON)
2. Indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins, et incitation financière à la qualité (D<sup>f</sup> Isabelle GASQUET)
3. Nouvelle organisation du département de la recherche clinique (DRCD) de l'AP-HP (M<sup>me</sup> Florence FAVREL-FEUILLADE)
4. Recensement des associations de service à l'AP-HP (D<sup>f</sup> Louis LEBRUN)
5. Avis sur les conclusions des groupes stratégiques AP-HP de la DOMU
  - Ophtalmologie (M<sup>me</sup> Françoise SABOTIER-GRENON)
  - Préservation de la fertilité (M<sup>me</sup> Elsa GÉNESTIER)
6. Avis sur les conclusions du groupe CME et DOMU concernant les transplantations à l'AP-HP (P<sup>ts</sup> René ADAM et Jean-François DESGRANDCHAMPS, D<sup>f</sup> Sophie COHEN)
7. Avis sur le compte financier et l'affectation des résultats 2014 (M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER)
8. Information sur l'état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) 2015, et avis sur l'actualisation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2015-2019 (M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER)
9. Questions diverses
10. Approbation du compte rendu de la réunion du 10 mars 2015

### **SÉANCES RESTREINTES**

#### **Composition B**

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH des disciplines pharmaceutiques offerts à la mutation (révision des effectifs 2015)
- Avis sur les titularisations des MCU-PH nommés stagiaires le 1<sup>er</sup> décembre 2014, pour les disciplines médicales, pharmaceutiques et odontologiques

#### **Composition A**

- Avis sur trois demandes d'intégration de directeurs de recherche dans le corps des PU-PH
- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de PU-PH

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M. le P<sup>f</sup> René ADAM
- M. le P<sup>f</sup> Yves AIGRAIN
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Claude ALVAREZ
- M. le P<sup>f</sup> Philippe ARNAUD
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Yves ARTIGOU
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Isabelle BADELON
- M. le P<sup>f</sup> Thierry BÉGUÉ
- M. le D<sup>r</sup> Guy BENOIT
- M<sup>me</sup> Anne-Sophie BOURREL
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne-Reine BUISINE
- M. le P<sup>f</sup> Loïc CAPRON
- M. le P<sup>f</sup> Bruno CARBONNE
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Claude CAREL
- M. le P<sup>f</sup> Pierre CARLI
- M. le P<sup>f</sup> Stanislas CHAUSSADE
- M. le P<sup>f</sup> Gérard CHÉRON
- M. le D<sup>r</sup> Rémy COUDERC
- M<sup>me</sup> le P<sup>f</sup> Béatrice CRICKX
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER
- M<sup>me</sup> Magalie DELAHAYE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO
- M<sup>me</sup> le P<sup>f</sup> Élisabeth DION
- M. le D<sup>r</sup> Michel DRU
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Claude DUSSAULE
- M. le D<sup>r</sup> Alain FAYE
- M. le D<sup>r</sup> Jean-Luc GAILLARD
- M. le P<sup>f</sup> Noël GARABEDIAN
- M<sup>me</sup> le P<sup>f</sup> Pascale GAUSSEM
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS HASENKNOPF
- M. le P<sup>f</sup> Bernard GRANGER
- M. Jules GREGORY
- M. le P<sup>f</sup> Philippe GRENIER
- M. le P<sup>f</sup> Bertrand GUIDET
- M. le D<sup>r</sup> Christian GUY-COICHARD
- M. le D<sup>r</sup> Olivier HENRY
- M. le P<sup>f</sup> Fabien KOSKAS
- M. le P<sup>f</sup> Paul LEGMANN
- M. le P<sup>f</sup> Guy LEVERGER
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Ariane MALLAT
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND
- M. le Pr Philippe MENASCHÉ
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Isabelle NÈGRE
- M. Stefan NERAAL
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE
- M. le P<sup>f</sup> Gilles ORLIAGUET
- M. le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Julie PELTIER
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Valérie PERUT
- M. le P<sup>f</sup> Christian RICHARD
- M. le D<sup>r</sup> Frédéric RILLIARD
- M. le P<sup>f</sup> Philippe RUSZNIEWSKI
- M. le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Brigitte SOUDRIE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Annie ROUVEL-TALLEC
- M. le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE
- M. le D<sup>r</sup> Jon Andoni URTIZBEREA
- M. le P<sup>f</sup> Dominique VALEYRE
- M. le P<sup>f</sup> Michel VAUBOURDOLLE
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Philippe WOLF

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P<sup>r</sup> Benoît SCHLEMMER, directeur de l'UFR de médecine de l'université Denis-Diderot, président de la conférence des doyens d'Île-de-France ;
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M<sup>me</sup> Corinne GUÉRIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M<sup>me</sup> Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- M. le P<sup>r</sup> Bruno RIOU, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
- M<sup>me</sup> Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M<sup>me</sup> Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
- M. Gérard COTELLON, directeur par intérim des ressources humaines
- M<sup>me</sup> Amélie VERDIER, secrétaire générale
- M<sup>me</sup> Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités

- ***Représentante de l'ARSIF :***

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

- ***Membres excusés :***

- M<sup>mes</sup> et MM. les D<sup>rs</sup> et P<sup>rs</sup> Catherine BOILEAU, Jacques DURANTEAU, Anna LAMBERTI TELLARINI, Fabienne LECIEUX, Gérard REACH, Michel ZERAH
- M<sup>me</sup> Caroline RAQUIN, M. Yann FLÉCHER

*La séance est ouverte à 8 heures 30, sous la présidence du P<sup>f</sup> Loïc CAPRON.*

## **I. Informations du président de la CME**

La conférence des présidents de CME des centres hospitaliers universitaires (CHU) accueille la ministre en charge de la santé ce 9 juin à l'hôtel Scipion. Exceptionnellement, **le président** quittera donc la CME un peu avant midi pour aller l'accueillir. L'ordre du jour de la séance sera modifié en conséquence.

Les P<sup>fs</sup> Jean-Claude CAREL et Gilles ORLIAGUET rendent hommage au P<sup>f</sup> Yves NIVOCHÉ, anesthésiste réanimateur pédiatrique à l'hôpital Robert-Debré décédé le 31 mai 2015 à l'âge de 64 ans.

*La CME observe un instant de recueillement en sa mémoire.*

L'ensemble des chefferies de pôle devant être renouvelé au 1<sup>er</sup> juillet, **le président** remercie les 10 chefs de pôles dont certains assistent donc à leur dernière CME, notamment les P<sup>fs</sup> Philippe RUSZNIEWSKI, Marc DELPECH et Pierre-Jean GUILLAUSSEAU qui n'ont pas demandé leur renouvellement. Ils seront remplacés par leurs suppléants.

**Le P<sup>f</sup> Paul LEGMANN** félicite le P<sup>f</sup> RUSZNIEWSKI qui devient doyen de l'UFR de Paris Diderot et le remercie pour sa participation au bureau des chefs de pôle qui s'est réuni chaque mois pendant quatre ans. Il espère que la nomination qui interviendra le 1<sup>er</sup> juillet permettra aux chefs de pôles de continuer à travailler au sein de la CME et de participer à tous les votes utiles de l'instance.

**Le président** informe qu'une délégation du groupe de travail de la CME sur l'Hôtel-Dieu a rencontré le D<sup>f</sup> Bernard JOMIER, adjoint à la maire de Paris en charge de la santé et vice-président du conseil de surveillance de l'AP-HP, et son équipe, dont les D<sup>f</sup> Xavier VUILLAUME et Martine LÉVINE. Le mandat des membres des commissions locales d'activité libérale (CLAL) des groupes hospitaliers (GH) est arrivé à échéance et il faut les renouveler. La CME doit désigner dans chacune des 12 CLAL un praticien exerçant une activité libérale en dehors du groupe hospitalier concerné et un praticien statutaire à temps plein n'exerçant pas d'activité libérale. La liste des propositions des CME locales a été remise sur table aux membres de la CME.

*La CME approuve à l'unanimité la liste des praticiens proposée.*

Afin de compléter le conseil de discipline pour les internes (DES), la CME doit aussi proposer au directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) une liste de 4 enseignants des unités de formation et de recherche (UFR) de pharmacie exerçant des fonctions hospitalières et une liste de 4 membres titulaires du personnel enseignant et hospitalier en odontologie. La liste des propositions a été remise sur table aux membres de la CME.

*La CME approuve à l'unanimité la liste des enseignants proposée.*

**Le président** cède la parole au directeur général pour un point sur les négociations entamées avec les organisations syndicales sur la réorganisation du temps de travail.

**Le directeur général** souhaite préciser dans un premier temps que les travaux qui portent sur la localisation de l'hôpital Nord avancent, en particulier avec les mairies de Saint-Ouen et de Clichy.

En second lieu, le directeur général tient à remercier l'ensemble de la communauté médicale pour son implication lors des journées « portes ouvertes » dont la fréquentation a été supérieure à celle de la précédente édition.

Dès la cérémonie des vœux, le directeur général avait annoncé que l'application du plan stratégique, au travers des réorganisations médicales, nécessiterait une réflexion sur l'organisation des rythmes de travail et des conditions de travail. Il est indispensable que l'AP-HP puisse répondre aux défis qui sont les siens : prendre en charge les patients dans les meilleures conditions tout en préservant le cadre budgétaire.

Le directeur général a ensuite reçu l'ensemble des organisations syndicales, à l'exception de SUD qui a décliné l'invitation, leur proposant de partager un diagnostic pouvant être contradictoire, préalable à une proposition ouverte à négociations. Un document visant à décrire la situation actuelle, les rythmes de travail et les spécificités de l'AP-HP dans ce domaine, les difficultés rencontrées actuellement et les conséquences des changements éventuels des différents paramètres des rythmes de travail a été produit. Il a été transmis aux organisations syndicales et la direction générale leur a proposé une période consacrée au partage du diagnostic. Ce constat a été refusé. L'intersyndicale a appelé à des mouvements d'action. Le dialogue a été maintenu avec les organisations syndicales en tenant compte des messages adressés, en particulier sur l'amélioration des conditions de travail. Des prépropositions ont été formulées, portant à la fois sur les organisations des rythmes de travail et sur l'amélioration des conditions de travail. À l'AP-HP, le rythme de travail hebdomadaire est supérieur à 35 heures, puisqu'il est plus proche de 38 heures ou de 38 heures 30. Il existait une crainte quant à un passage aux 35 heures strictes par semaine, soit 7 heures par jour, rythme qui ne génère aucune réduction du temps de travail (RTT). Les intentions de la direction n'ont toutefois jamais compris cette éventualité et ces craintes prospéraient du fait de l'absence de propositions. Le directeur général a reçu des demandes de retrait du projet, mais aussi des demandes visant à formuler des propositions afin que chaque partie puisse se positionner.

La semaine dernière, une proposition a été formulée, comme nouvelle base de discussion, privilégiant les horaires à 7h30, et l'extension de la « grande équipe », par rapport aux « équipes fixes » encore fréquentes à l'AP-HP, contrairement à d'autres établissements. À l'AP-HP, la pratique veut que les nouveaux arrivants travaillent davantage l'après-midi alors que les agents ayant plus d'ancienneté travaillent plus souvent le matin. Ce fonctionnement pose des difficultés, avec un absentéisme l'après-midi qui conduit à recourir à des remplaçants ou à de l'intérim. La direction considère donc qu'il serait bon, pour l'AP-HP, de se mettre dans le droit commun de la grande équipe ou des équipes de journée qui puissent alterner.

Le second point concerne deux rythmes qui ont été très peu modifiés après le passage aux 35 heures, à savoir les rythmes en 7 heures 36 et en 7 heures 50. Ces rythmes ne feraient plus partie des rythmes de référence et passeraient sur un rythme plus traditionnel et fréquent qui est celui de 7 heures 30, notamment pour les services qui ont besoin de 24 heures, en prévoyant un fonctionnement de 10 heures la nuit et de deux fois 7 heures 30. Ceci suppose de bien travailler sur la gestion des transmissions. Ces points doivent être négociés et testés, en prenant en compte les expériences qui existent en dehors de l'AP-HP. Un certain nombre d'autres personnels passeraient sur des rythmes plus longs, pour prendre en compte un des importants changements survenus au cours des 15 dernières années, c'est-à-dire la prise en charge ambulatoire. Pour ces activités, le fonctionnement avec deux équipes de 7 heures 36 ne s'avère pas adapté à la prise en charge des malades, ni du point de vue économique. Il conviendrait alors de tester d'autres modes de

fonctionnement, déjà mis en œuvre dans certains services au cours des dernières années, avec des rythmes de 9 heures ou 10 heures de travail qui correspondent davantage aux plages horaires. Ce point constitue la troisième proposition.

Le quatrième point concerne le fait que l'AP-HP comprend une particularité puisque le temps de repas est inclus à hauteur de trente minutes dans le temps de travail, ce qui est justifié par le fait que certains personnels peuvent être appelés pendant leur temps de repas. La direction propose de distinguer les situations dans lesquelles les personnes peuvent être appelées, comme les soignants travaillant dans des services médicaux, contrairement aux personnels qui travaillent dans les services administratifs. Pour la majorité des personnels, le temps de repas resterait inclus dans le temps de travail.

Sur les rythmes de travail, d'autres points sont plus spécifiques, plus techniques ou moins perceptibles par les membres de la CME, tout en l'étant par les agents. Ils concernent par exemple la journée « fête des mères » ou les journées « médaille ». La direction considère qu'il existe d'autres moyens de reconnaître les agents, sans leur octroyer une journée supplémentaire alors que le temps est précieux.

Ces éléments constituent des pré-propositions. Avant de figer le cadre retenu et de le présenter aux instances, il a été proposé de prévoir des étapes d'étude sur le terrain, auprès de services représentatifs de la diversité de l'AP-HP, pour faire des simulations. Les agents sont ainsi particulièrement attachés au fait d'avoir deux journées de repos consécutives, pour des raisons tout à fait compréhensibles. Parallèlement, le système actuel génère également des insatisfactions, notamment à cause de l'instabilité des plannings.

La direction a proposé, à la demande de certaines organisations syndicales, qu'il était judicieux de solliciter l'aide d'une agence publique, l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), qui a l'habitude de travailler sur les rythmes et les conditions de travail.

L'équilibre recherché permettra de prendre des mesures relatives à l'amélioration des conditions de travail. En organisant mieux les rythmes de travail, des économies pourront être effectuées en matière d'intérim et de remplacement. Cela permettra de maintenir des effectifs permanents au lit du malade et d'augmenter la proportion de personnels titulaires, tout en poursuivant les efforts de déprécarisation déjà initiés. Pour progresser il faut disposer de marges de manœuvre. Le fait de renforcer les équipes permanentes permettra de renforcer les équipes de suppléance qui sont composées de personnels permanents, pour éviter que les personnels ne soient rappelés du jour au lendemain pour combler une absence. Les équipes de suppléance seront dimensionnées de manière suffisante pour répondre aux aléas.

Les prépropositions contenaient également des éléments spécifiques à l'encadrement. Une forte demande doit être satisfaite : elle vise à ce que les cadres, notamment les cadres de proximité, se recentrent sur leur cœur de métier et organisent leur travail et leurs conditions de travail, au lieu d'être occupés par des tâches administratives ou logistiques qui les éloignent de leur vocation. Des questions de logement ont également été abordées. La direction générale souhaite augmenter l'offre de logements en travaillant avec des bailleurs et la ville de Paris. De plus, la mise en place d'un service de caution, pour les agents logés dans le parc privé et qui ne peuvent apporter les trois mois de salaires requis lorsqu'ils louent, pourrait être mis en place.

Sur ces bases amendables et discutables, des rendez-vous réguliers se tiennent, même s'ils n'ont pas encore permis d'amorcer la négociation. Aux différentes étapes, les remontées de la rue, du terrain et des organisations syndicales peuvent être intégrées.

La direction a commencé à solliciter les groupes hospitaliers et les services volontaires pour mener les études précitées, de manière à alimenter la discussion et enrichir la négociation d'éléments concrets. L'objectif est que les changements apportent des solutions, sans distinguo entre les améliorations apportées aux conditions de travail et celles nécessaires sur le service rendu au patient, par des organisations plus adaptées et plus efficaces. Les changements constituent une opportunité pour retravailler, voire remettre en cause, un certain nombre d'organisations et l'implication étroite entre l'organisation médicale et l'organisation des personnels non médicaux. Ce sujet est essentiel. Les études qui doivent être menées ne visent pas simplement à changer de quelques minutes le rythme de travail des agents, mais aussi à impliquer les personnels et la vie de service, thème cher à de nombreux membres de la CME et que le P<sup>f</sup> GARABEDIAN défend souvent en directoire. Il convient de retrouver le temps et les formes de réunions de travail et d'organisation permettant de répondre à cet objectif. Les revendications actuelles comportent des craintes sur le nombre de RTT, mais aussi la marque d'une demande forte, parfois sceptique, quant à une modification. Ces changements sont profonds et difficiles.

**Le président** remercie le directeur général. Comme dans tout dossier, il convient de distinguer la forme et le fond. Sur le fond, le président soutient la négociation dans laquelle s'est engagée le directeur général pour réorganiser le temps de travail et juge cette réforme opportune, notamment si l'on veut préserver les emplois au contact des patients. Sur la forme de cette négociation, le président estime qu'il n'a pas compétence à se prononcer.

Le président revient sur les réactions suscitées par les propos qu'il a tenus dans la presse à la suite de la CME du 12 mai où le sujet avait déjà été abordé. Interrogé par des journalistes de l'agence *Hospimedia* et du *Monde*, il a exprimé son soutien au directeur général et indiqué que la CME le soutenait « globalement ».

**Le D<sup>f</sup> Christian GUY-COICHARD** a réagi par courrier électronique à ces propos en contestant le soutien de la CME. Le président a donc invité les membres de la CME à s'exprimer par la même voie. Les douze présidents de CME locales ont confirmé leur soutien à la réforme. Huit autres courriels plus proches de la position du D<sup>f</sup> GUY-COICHARD lui sont parvenus. La CME comptant 83 membres, le président estime ne pas avoir complètement trahi l'opinion « globale » ou majoritaire de la CME, même si cette opinion n'a pas été formellement exprimée puisque la CME n'a pas compétence pour voter sur ce sujet. Une pétition, soumise seulement à certains membres de la CME, a recueilli moins de 20 signatures, ce qui représente à peine 25 % de la commission.. Tout en convenant qu'« une réorganisation est nécessaire », elle demande des « contreparties tangibles » pour les personnels. Elle ne contredit donc pas les propos du président puisqu'elle approuve le fond tout en critiquant la forme de la négociation.

Le président estime la réorganisation du temps de travail vitale pour l'avenir de l'AP-HP et des hôpitaux publics en général. La communauté médicale doit se mobiliser pour réorganiser l'AP-HP, et assurer ainsi son avenir.. Le président rappelle qu'il a été élu à ses fonctions en étant soutenu par le Mouvement de défense de l'hôpital public (MDHP), dont il est un des membres fondateurs. Pour défendre l'hôpital public, le MDHP prônait la réforme. Le président est donc cohérent avec ses engagements.

**Le D<sup>r</sup> Christian GUY-COICHARD** exprime un avis radicalement contraire à celui du président. Le conflit dure et menace de durer encore. À cause de ce conflit, les projecteurs des médias se braquent négativement sur l'AP-HP. Ce conflit est révélateur d'un malaise plus profond. Le Christian GUY-COICHARD juge la méthode du directeur général hasardeuse, puisque ce dernier a annoncé dans la presse la possibilité de réduire le nombre de jours de RTT, avant même d'entamer les négociations, et a utilisé le chantage à l'emploi, proposant d'échanger la réduction du nombre de jours de RTT contre la suppression de 4 000 postes. Le directeur général avait pourtant annoncé, à son entrée en fonction, que l'AP-HP ne serait pas une entreprise. Les personnels ont ressenti ces propos comme une provocation.

Sur le fond, certaines propositions font consensus : certaines adaptations du fonctionnement des services qui permettent une meilleure prise en charge du patient, la valorisation et le renforcement de l'encadrement de proximité et la résorption de la précarité statutaire. La contrepartie de ces mesures consiste toutefois à ce que les personnels supportent intégralement ces mesures nouvelles, par une augmentation du nombre de jours de travail. L'amélioration des conditions de travail est un investissement et ne devrait pas être considérée comme une charge à compenser.

Le temps de travail des médecins et le contenu de ce temps de travail commencent à être discutés. Le conflit actuel semble de mauvais augure pour ces discussions. Pour toutes ces raisons, les médecins – qui ont les mêmes intérêts que les personnels non médicaux pour le développement du service public hospitalier – doivent marquer leur opposition à la démarche engagée.

**Le D<sup>r</sup> Christian GUY-COICHARD** explique avoir participé à la naissance du Mouvement de défense de l'hôpital public. Par ailleurs, il milite depuis 35 ans à la CGT, ce dont il est particulièrement fier.

**Le P<sup>r</sup> René ADAM** soutient à titre personnel l'initiative du directeur général qui lui paraît indispensable, mais a signé la pétition, car elle ne lui semblait pas s'opposer à cette initiative. Il a ensuite découvert que l'approche avait été sélective au sein de la CME, que le président n'en avait pas été informé et que la pétition avait été médiatisée. La CME est une communauté d'élus. Une fois les sujets débattus, la CME doit s'exprimer d'une seule et même voix pour ne pas faire apparaître des dissensions en son sein. La médiatisation a fait apparaître la pétition comme s'opposant à l'initiative du directeur général, ce qu'il regrette.

**Le D<sup>r</sup> Julie PELTIER** se déclare très inquiète de la tournure que prendront les événements. Personne ne conteste le mauvais fonctionnement de l'application des 35 heures à l'AP-HP. Elle a signé la pétition, car, sans contrepartie tangible, les soignants ne voudront pas réaliser des efforts. Cette nouvelle organisation aboutira à une suppression de poste, au lieu de créer des postes transversaux. Les agents sont inquiets de la future gestion des services. Elle s'enquiert par ailleurs du coût de l'agence nationale d'amélioration des conditions de travail

**Le directeur général** répond que l'ANACT est une agence publique qui travaille avec ses propres équipes, sans recourir à des consultants privés. Pour la première phase, une simple convention sans contrepartie financière sera conclue entre l'ANACT et l'AP-HP. Si le travail s'avère ensuite approfondi, il aura certainement un coût.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** ne souhaite pas que la forme prise par les positions de chacun brouille l'écoute. Une négociation est en cours et ne doit pas être entravée. Les médecins ne soutiennent pas l'administration de manière inconditionnelle. Ils sont au contact des personnels non médicaux dans les services et sont conscients des problèmes et dysfonctionnements qu'ils souhaitent voir résoudre.

Les négociations sont logiques et doivent être soutenues, en exprimant les divergences qui existent. Ces négociations doivent permettre de progresser et doivent aboutir à des améliorations des conditions de travail sans lesquelles il n'y aura pas de réforme possible. La reconstruction des services, des équipes et de la bonne ambiance au travail pourrait améliorer la situation. Il est du rôle des médecins de l'affirmer, aux côtés des personnels paramédicaux.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** considère que la nécessité de revoir certaines organisations du temps de travail du personnel paramédical de l'AP-HP est louable, mais ceci doit se faire dans le respect du principe de la reconnaissance du travail effectué. Si cette réorganisation va dans le sens de la disparition du bénévolat forcé (grande spécificité du monde hospitalier) le progrès sera énorme. Cela sous entendrait que désormais les heures supplémentaires seraient totalement récupérées, et/ou rémunérées normalement. Il est évident qu'après s'être consacré au temps de travail du personnel para médical, il deviendra urgent de s'occuper du temps de travail des praticiens hospitaliers. Une telle dynamique est attendue notamment dans les spécialités à forte contrainte et en grande faiblesse démographique. Depuis la loi HPST la contrainte temps et l'intensification du travail effectué ont eu un effet délétère sur l'attractivité de certaines spécialités comme l'anesthésie réanimation, la radiologie, la psychiatrie et les urgences. Pour conclure, la représentation à la CME de la communauté des praticiens hospitaliers d'anesthésie-réanimation (PHAR) soutient le mouvement des personnels paramédicaux et relaie ses inquiétudes.

**Le P<sup>r</sup> Noël GARABEDIAN** souligne l'importance de revenir sur l'organisation des services et de reconstruire l'équipe médicale et l'équipe soignante. Dans chaque service, il convient d'aborder la situation sereinement, sans jeu de rôle. Il ne sert à rien d'opposer les médecins au personnel non soignant, l'administration aux médecins et les universitaires aux médecins.

Il se déclare scandalisé par le salaire des personnels soignants. Il est anormal que les salaires de la fonction publique soient les mêmes pour la région parisienne et le reste de la France. Enfin, il conviendrait que les agents puissent choisir entre jours de RTT et heures supplémentaires rémunérées, sans *quota*.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** apporte le soutien des chefs de pôles à la direction générale.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** juge important que les syndicats canalisent la contestation des personnels. Le conflit semble inévitable puisqu'il est essentiel de moderniser l'organisation du temps de travail. Les accords passés en 2002 ne sont plus valables ce que chaque partie reconnaît. Il convient dorénavant de nouer un dialogue social constructif, en insistant sur la concordance des temps.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** n'a pas donné un blanc-seing en tant que président de CMEL, mais a indiqué qu'il trouvait normal qu'une négociation se déroule sur l'organisation du temps de travail. En 2002, la négociation s'est faite sur une base de 32 heures 30 de travail hebdomadaire, avec une diminution du temps de travail de 15 % et une augmentation des effectifs de 3 %, sans réorganisation du travail. Dans l'environnement contraint, l'organisation doit être revue pour répondre aux attentes du patient. Le service public peut être bien organisé, efficace et adapté aux souhaits des patients. La négociation est difficile, mais elle s'avère indispensable. Il faut trouver des adaptations et une concordance entre les temps médicaux et les temps non médicaux pour une meilleure efficacité.

**M. Guy BENOIT** considère que le climat actuel doit être relié à la motivation au travail, voire au bonheur au travail. Les réformes seraient mieux acceptées si elles s'inscrivaient davantage dans la

proximité. Toute proximité entre les médecins et le personnel non médical (PNM) a été perdue puisque toutes les décisions et discussions passent dorénavant par les cadres que les médecins sont écartés de la vie du service. Le PNM ressent tout changement comme anxiogène et craint un durcissement des conditions de travail.

**Le président** ne voit pas ce qui empêche les chefs de service d'organiser librement les échanges avec leur personnel non médical. Les chefs de service peuvent et doivent de toute évidence parler directement à leur personnel.

**Le directeur général** affirme que la méthode suivie est celle qui avait été, dans un premier temps, actée avec plusieurs organisations syndicales. Avant de lancer le chantier, il a informé chaque organisation syndicale puis les a reçues. Au-delà des questions de forme, il a souhaité caler les choses publiquement pour souligner que cette réforme constituait un effort pour l'institution et pour toutes celles et tous ceux qui y travaillent. Le directeur général ne veut pas, qu'une fois ces efforts réalisés, l'institution doive en fournir de nouveaux. Ce message figure dans les interviews qu'il a réalisées. L'AP-HP fournit des efforts, pour déployer son plan stratégique dans les prochaines années, mais elle doit percevoir le fruit de ses efforts.

Le directeur général réfute tout chantage à l'emploi. Pour respecter l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), le risque de réduction de l'emploi hospitalier a été souligné ces derniers temps. Il assume devant la CME comme devant les organisations syndicales sa préoccupation de maintenir l'emploi au lit du malade. Il effectue un choix « politique » qui consiste à dire qu'il préfère travailler sur les organisations et les rythmes plutôt que de supprimer des blouses blanches à l'hôpital. Cette position est fondamentale.

Certains expriment des doutes sur le caractère tangible ou non des contreparties. La négociation doit permettre que les engagements soient pris de manière suffisamment nette pour être tenus, en interne et vis-à-vis des tutelles.

Enfin, le directeur général recherche un équilibre, alors que le système actuel consiste en une fuite en avant où les difficultés de rythme créent de l'absentéisme qui génère des tensions qui aboutissent parfois au *burn-out*. Le gain, en termes de conditions de travail et d'organisation de travail, doit être à la hauteur des efforts consentis. Pour répondre aux appels à l'unité de l'AP-HP, le directeur général affirme qu'il ne cherche pas à diviser les catégories, mais se bat pour la défense de l'hôpital public.

## **II. Avis sur le compte financier et l'affectation des résultats 2014**

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** présente les comptes clos au 31 décembre 2014, dans le respect des principes comptables et préparant leur future certification. Les comptes clos retracent des opérations de fiabilisation.

Le résultat comptable s'établit, tous comptes confondus, à -9,8 M€ et le compte principal à -48,8 M€. L'activité est dynamique en 2014, avec une progression de 1,2 % de l'activité en hospitalisation complète et de 3,5 % en hospitalisation partielle, avec une substitution vers l'ambulatoire. La valorisation des séjours MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) progresse de 2,54 %, malgré un effet tarif quasiment nul. Les produits et charges ont été légèrement supérieurs aux prévisions du fait de la rétrocession des antiviraux. La valorisation du patrimoine s'est poursuivie, avec 37 M€ de produits de cession, ainsi que la modernisation des bâtiments et des

équipements. L'année 2014 est également marquée par le partenariat avec la direction spécialisée des finances publiques (DSFP) et la nouvelle convention de services comptables et financiers.

Le compte de résultat principal présente un déficit de 48,7 M€, pour des produits de 7,6 milliards d'euros. Le compte de la dotation non affectée (DNA) s'élève à 48,2 M€, du fait des cessions, tandis que le compte des unités de soins de longue durée (USLD) est déficitaire à -6 M€, ainsi que le compte des écoles à -3,9 M€. Au total, le total du résultat consolidé s'établit à -9,8 M€, contre -102 M€ en 2010. La marge brute est revenue à un niveau proche de 2009, à 400 M€, ce qui constitue un point de vigilance, ainsi que la capacité d'autofinancement située autour de 4 % des produits.

**Le président** de la CME rappelle que ces comptes ont été présentés à la sous-commission des finances et passe la parole à son président.

**M. Guy BENOIT** recommande à la CME d'approuver les comptes, tout en soulignant les problèmes, puisque l'activité augmente, ainsi que les cessions, tandis que la capacité d'autofinancement diminue. Le cycle financier est assez difficile. Cet exercice traduit la conjoncture compliquée.

*La CME approuve les comptes et l'affectation des résultats 2014 à l'unanimité et 8 abstentions.*

### **III. Information sur l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2015, et avis sur l'actualisation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2015-2019**

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** précise qu'entre 2010 et 2014, le résultat comptable de l'AP-HP s'est constamment amélioré, conformément aux engagements. La capacité d'autofinancement (CAF) permet de couvrir une partie des investissements. En 2014, l'AP-HP a une CAF de 280 M€ pour des investissements de 290 M€. En moyenne, les CAF couvrent généralement les trois quarts des investissements des CHU.

La dette a diminué de 13 % en trois ans, même si elle représente toujours près de 30 % des produits. L'indépendance financière est inférieure à 50 % et la dette a une durée de 8 ans. L'AP-HP a retrouvé des capacités financières.

L'ÉPRD vise à poursuivre la dynamique de transformation et d'investissements, dans un contexte de tensions sur les finances publiques. Le contexte général des finances publiques est dégradé, avec 50 milliards d'euros d'économies. L'ONDAM progresse de 2,05 % au lieu de 2,1 % et le budget s'appuie donc sur une baisse tarifaire très forte de -1,15 % pour 2015, ce qui représente un total de -31 M€. L'AP-HP a une politique volontariste inscrite dans le cadre du plan stratégique 2015-2019, avec un effort demandé lors du dialogue de gestion avec chaque site pour atteindre 150 M€ d'efficience, de manière contractualisée, répartis entre 143 M€ pour les groupes hospitaliers et 7 M€ pour les services centraux et généraux.

Le budget 2015 se base sur un résultat prévisionnel en déficit de 38 M€, conformément au PGFP en vigueur. Ce résultat est fondé sur une croissance modérée de 1,14 % pour l'hospitalisation complète et de 2,58 % pour l'hospitalisation partielle. Mais aussi sur une volonté de défendre les financements de missions d'intérêt général effectuées par l'AP-HP, sur une dynamique des recettes annexes, sachant qu'en 2015, 10 M€ de produits viendront de la CNAF, équilibrant le financement

des crèches, sur une évolution modérée de la masse salariale de 1,5 % et sur une maîtrise des autres charges. Le résultat du compte principal devrait être en déficit de 38 M€ et le résultat consolidé devrait être excédentaire de 40 M€, grâce à la vente de Saint-Vincent de Paul et de la vente de la parcelle libérée de Corentin-Celton. En 2015, l'AP-HP tient ses objectifs de résultat et consacrera 410 M€ à ses investissements, dont 117 M€ pour l'équipement.

La trajectoire pluriannuelle (PGFP) doit être actualisée pour conforter les équilibres d'exploitation et maintenir un haut niveau d'investissements. La contrainte sur les finances publiques se poursuit, avec un ONDAM à 1,75 % en 2016 et 2017. Il convient en conséquence d'anticiper une baisse majorée des tarifs de -1,5 %. Par rapport au PGFP en vigueur, il en résulte un ajustement mobilisant les marges de manœuvre financières de l'AP-HP. Il a été décidé de ne majorer que très légèrement le niveau d'efficience, ce qui conduit mécaniquement à une baisse de la capacité d'autofinancement. L'efficience attendue s'établit à 630 M€ sur cinq ans avec des leviers d'ores et déjà mobilisés. L'investissement sera maintenu, en mobilisant l'endettement pour un milliard d'euros, les subventions et les cessions, tout en respectant les standards financiers, avec une prévision de 2,140 milliards d'euros d'investissements sur la période 2015/2019, avec notamment 100 M€ d'investissement prévus pour l'Hôtel-Dieu. La capacité d'autofinancement mobilisée sur la période s'élèvera à 1,146 milliard d'euros et couvrira les besoins courants. Le recours à la dette se fera dans un contexte maîtrisé, garantissant les standards financiers. Le niveau d'endettement sera de 30 %.

Le PGFP propose un résultat à l'équilibre en 2016 puis se détériorant légèrement, à un niveau maîtrisé, entre 2017 et 2019. La capacité d'autofinancement représentera 4 % et la marge brute 5 %. La trajectoire est hétérodoxe, mais garantit la transformation et le haut niveau d'investissements.

**M. Guy BENOIT** observe que les objectifs fixés ont été atteints. En 2014, à l'occasion de l'examen des comptes 2013, M<sup>me</sup> CHEVRIER attirait l'attention de la CME sur l'évolution de certains soldes intermédiaires, sur la baisse du taux de marge et sur la capacité d'autofinancement. Or, cette dernière perd, dans le PGFP révisé, 200 M€ sur la période, passant de 870 à 670 M€, ce qui représente 25 %. La capacité d'investissements prévoit 100 M€ pour les équipements, ce qui n'est pas satisfaisant puisque la valorisation des équipements de l'AP-HP s'établit à 1,6 milliard d'euros, sachant que le taux de vétusté atteint 70 %. En un an, l'efficience augmente tout de même de 30 M€, dont 15 M€ pour 2015, ce qui représente 10 % de l'efficience attendue. Alors que l'activité augmente, les prix baissent. En conclusion, il votera contre ce PGFP.

**Le P<sup>r</sup> Pierre CARLI** note que la contrainte augmente progressivement, sans que la CME n'y puisse rien. La prudence précédemment de mise semblait plus que justifiée et les efforts réalisés donnent une marge de manœuvre. Il comprend que la question n'est pas d'approuver ce programme qui n'est pas définitif, mais de le présenter aux tutelles pour discussion. Le PGFP fait le choix d'enlever un peu de capacité d'autofinancement tout en conservant des capacités d'investissement, sujet auquel il se montre sensible en tant que président de CMEL. Les restrictions budgétaires sont difficiles pour l'ensemble de l'institution, mais elles semblent nécessaires.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** observe que la contrainte budgétaire est intenable, du fait de l'ONDAM et de la baisse des tarifs. Elle relève d'autres éléments d'ordre national: les cures thermales restent dans l'ONDAM alors qu'elles sont du ressort du développement du territoire, les remboursements des transports sanitaires explosent. Dans le même temps, il n'y a aucun changement pour le

financement de l'hôpital alors que la ministre a évoqué une réforme du financement depuis 3 ans. L'AP-HP doit respecter les injonctions de sa tutelle : une efficacité supérieure à 600 M€ sur la période. Le directeur général avait indiqué, l'année précédente, qu'un vote défavorable fragiliserait la position de l'AP-HP, alors le vote semble inutile puisqu'il n'existerait pas d'alternative. À quoi bon voter. Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS refuse de participer à ce vote qui n'a donc pas de sens et souhaite que sa voix ne soit pas comptée comme une abstention, mais comme un refus de vote.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** considère que les éléments comptables présentés ne sont guère encourageants et entraîneront notamment un retard des investissements. Le vote ne porte pas sur la présentation de M<sup>me</sup> CHEVRIER, mais sur le fait que l'hôpital n'a plus les moyens d'assurer ses missions, à cause de cette politique de réduction budgétaire qui s'aggrave chaque année. Ce point de vue est celui des présidents de CME de CHU. Le CHU de Marseille a ainsi voté contre le plan de retour à l'équilibre présenté par son directeur général. Il pense qu'il ne faut pas se résigner mais adresser un message aux tutelles, et votera donc contre ce PGFP.

**Le président** a assisté la veille au bureau des présidents de CME de CHU où il a appris que la plupart des CME n'ont pas encore voté. Après une discussion animée, aucun mot d'ordre n'a été donné : chaque CME est libre de voter comme elle souhaite.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** avait voté l'année précédente pour le budget, mais votera contre ce jour. Les règles du jeu poussent au déficit et il convient d'indiquer aux autorités que l'AP-HP ne peut plus suivre la trajectoire. La tarification à l'activité constitue un leurre puisque les budgets rectificatifs diminuent ensuite l'enveloppe. Le taux de vétusté du matériel atteint 70 % et l'autofinancement pose problème. Les règles du jeu conduisent à créer du déficit et les objectifs consisteront toujours à économiser davantage. Sachant que 75 % du budget relève de la masse salariale, la seule solution consistera finalement à réduire l'emploi. Il votera donc contre ce PGFP.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude ALVAREZ** ne voit pas comment voter un tel PGFP qui prévoit des investissements pour l'Hôtel-Dieu, alors même que la CME a voté contre ce projet. La CME ne peut valider un tel PGFP sachant que le sujet doit être inscrit à l'ordre du jour de la réunion du mois de juillet.

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** observe que le PGFP renonce à maximiser l'efficacité de 100 à 150 M€ sur la période. La trajectoire proposée se base sur une capacité d'autofinancement raisonnable et utilise les marges de manœuvre pour financer l'investissement. 400 M€ d'investissements sont prévus en 2015 et 400 à 450 M€ sur les années ultérieures, dont 110 M€ sur les équipements. Les budgets d'investissement pour les équipements et les systèmes d'information ont crû au cours des dernières années. Un choix est effectué pour ne pas majorer l'efficacité – sans la minorer pour autant – par la réduction capacitaire, par la substitution vers l'ambulatoire, par l'organisation de la concordance des temps, etc. Les investissements sont concrets et se matérialisent, avec des échéances proposées.

La direction générale a souhaité poursuivre le projet pour l'Hôtel-Dieu qui figure donc dans le PGFP. La CMEL du GH *Hôpitaux universitaires Paris Centre* (HUPC) a émis un avis favorable à l'unanimité pour progresser sur le projet médico-économique de l'Hôtel-Dieu, compensé à 100 % par des cessions. Si un projet médico-économique avance, il aura un impact sur l'efficacité attendue.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET** observe que l'hôpital public est pressuré et que la situation devient impossible, ce que tout le monde s'accorde à reconnaître. Les injonctions sont paradoxales et des messages doivent être transmis, au niveau national. Une tactique intra AP-HP vise par ailleurs à positionner l'AP-HP dans les meilleures conditions de négociations avec ses interlocuteurs que sont l'ARS et le ministère. Ce vote vise à mettre l'AP-HP dans les meilleures conditions de négociation, même si les exigences semblent intenable.

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** observe que l'avis de la CME est recueilli depuis septembre 2013. Le budget de l'AP-HP est approuvé par les ministres chargés des comptes et de la santé, ainsi que par le directeur général de l'ARS. Le taux de marge brute était déjà situé à 6 % en 2014. L'avis favorable de la CME a permis de défendre une cohésion sur le projet proposé par l'AP-HP.

**Le P<sup>r</sup> Noël GARABEDIAN** se déclare lassé par la diminution constante des moyens et par les contraintes croissantes. Chacun doit prendre ses responsabilités afin que des solutions soient trouvées.

**Le directeur général** indique en premier lieu que le PGFP ne consiste pas en une simple application d'une circulaire, mais relève de choix de l'AP-HP et vise à répondre aux projets des groupes hospitaliers discutés et contractualisés lors des conférences stratégiques avec les présidents de CMEL et les équipes médicales élargies. Jusqu'en 2012, les investissements courants s'élevaient en moyenne à 50 ou 70 M€, or depuis 2013, ils dépassent 100 M€. Ces choix ne proviennent pas de l'administration, mais intègrent toutes les discussions menées au niveau des GH comme au niveau central dans des échanges constants. Tous les votes sont respectables, mais il faut toutefois noter qu'il existe un lien entre le travail réalisé tout au cours de l'année pour prendre en compte des projets médicaux et les inscrire dans un PGFP. Le PGFP est avant tout la traduction et la consolidation des projets médicaux des GH.

Conformément aux propos tenus l'année précédente, des efforts sont réalisés et la direction générale défend le maintien du curseur de l'efficacité auprès des ARS et du ministère. L'AP-HP a inscrit l'effort d'efficacité en 2014 et ne le majore pas, malgré la baisse de l'ONDAM. Le directeur général assume la responsabilité de ceux et de celles qui travaillent à l'AP-HP.

L'objectif est de renverser la tendance qui consistait jusqu'à l'année précédente à baisser les subventions et dotations. Ces dernières ont de nouveau augmenté au cours de l'exercice 2014. En contrepartie du PGFP et des efforts menés sur l'organisation, l'AP-HP est dorénavant accompagnée. L'opération Lariboisière requiert un PGFP actualisé, crédible et solide qui permet de débloquer les subventions nécessaires. Il en est de même pour l'hôpital Nord qui constitue le projet suivant.

**Le président** remercie le directeur général et souhaite, avant le vote, présenter son opinion à la CME, en soulignant qu'elle n'a pas été facile à forger. D'abord attiré par le refus de vote proposé par Anne GERVAIS, il a changé d'avis : il s'est battu en 2013, avec les autres présidents de CME des CHU, pour obtenir une extension des responsabilités des CME. La loi a élargi leurs compétences consultatives, notamment au budget. Il serait donc illogique de conseiller le refus de vote.

Il est certes tentant de voter contre le PGFP car la communauté médicale est lasse du matraquage budgétaire. Le vote demandé à la CME porte sur le PGFP et non pas sur l'ONDAM, qui dépend du Gouvernement et du Parlement. Il s'impose donc à nous, même s'il n'est pas interdit de s'en plaindre et de le faire savoir.

Il serait aussi tentant de voter contre ce PGPG dans la mesure où, dans une situation très difficile, il inclut une enveloppe de 100 M€, voire plus, pour remettre l'Hôtel-Dieu à flot, alors que rien ne permet d'assurer que le projet sera utile aux patients et aura un budget équilibré.

Malgré ces excellentes raisons de voter contre le PGFP, le président a choisi de l'approuver, par cohérence avec son vœu profond de réorganisation de l'AP-HP, axe fort du projet médical que la CME a rédigé et adopté à l'unanimité. Il faut absolument améliorer les structures de l'AP-HP, et la pression budgétaire est malheureusement l'aiguillon le plus efficace pour hâter le changement. La France fonctionne ainsi : elle a besoin d'être soumise à de fortes contraintes pour progresser en profondeur. Le président approuve donc la proposition pour dire sa foi dans le changement à l'AP-HP. Voter contre, c'est aussi donner un gage aux partisans de l'immobilisme qui pourraient exploiter un vote défavorable des médecins comme une marque de leur volonté de ne rien changer. Il votera en faveur du PGFP.

*55 membres prennent part au vote sur 60 présents. La CME exprime un avis négatif : 34 voix contre, 20 pour, une abstention.*

#### **IV. Avis sur les conclusions du groupe CME et DOMU concernant les transplantations à l'AP-HP**

Le P<sup>r</sup> René ADAM présente un état des lieux sur les prélèvements et greffes à l'AP-HP. Cette dernière réalise 26 % de l'activité de greffe au niveau national, représente 30 % de la liste d'attente et effectue 36 % des greffes de donneur vivant, tout en ne pratiquant que 11 % de l'activité de prélèvement. Les durées d'attente sont deux fois plus importantes à Paris que sur le reste du territoire.

Le constat motivant cette mission est celui d'une baisse de 13 % des prélèvements d'organes, du fait d'une diminution des donneurs en état de mort encéphalique et surtout des donneurs en arrêt cardio-circulatoire non contrôlée (-53 % par rapport à 2013). En conséquence, les greffes à l'AP-HP diminuent de 3 % sur un an et de 5 % sur deux ans alors que les greffes augmentent de 7 % au niveau national.

Le groupe de travail a identifié deux raisons principales à cette baisse. En premier lieu, la diminution des donneurs en arrêt cardio-circulatoire vient d'un conflit avec l'oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO, *extra corporeal membrane oxygenation*) thérapeutique puisque l'assistance respiratoire utilisée par le SAMU empêche tout don ultérieur. En second lieu, la baisse des donneurs en mort encéphalique s'explique par une réorganisation de la grande garde, par des difficultés de personnel dans certaines coordinations de prélèvement, mais surtout par une augmentation de 40 % des refus de prélèvement en Île-de-France.

Il est recommandé de déterminer des critères prédictifs de ressuscitation pour l'ECMO thérapeutique, mais aussi, pour la mort encéphalique, de mettre en place un outil de recensement « cristal action » dans toutes les réanimations, de prévoir des postes de coordination en relation avec le forfait perçu et de mieux former les personnels en charge de l'entretien des familles.

Les autres recommandations visent à développer des alternatives avec des donneurs sur arrêt de soins (arrêt cardiaque programmé), mais aussi les donneurs marginaux (donneurs âgés, mise à

disposition des machines de perfusion d'organes pour optimiser la sélection et la fonction des greffons « limites ») et les donneurs vivants qui restent actuellement anecdotiques.

Le groupe de travail s'est ensuite penché sur l'organisation à mettre en place. Six équipes interviennent pour le prélèvement de rein à l'AP-HP, pour un coût de 600 000 € par an. Pour le foie, quatre équipes interviennent, pour un coût de 436 000 €. Il est donc proposé de mutualiser les équipes de prélèvement en valorisant les gardes et les astreintes opérationnelles regroupées dans un dispositif francilien qui intégrerait Foch.

La troisième question soumise au groupe de travail portait sur les modalités de répartition des greffons selon des règles équitables, mais cette question relève de l'agence de biomédecine.

Le groupe de travail considère que deux réflexions doivent être menées pour le rein puisque les équipes de Tenon et de la Pitié-Salpêtrière effectuent moins de 100 greffes par an et pourraient se rapprocher. L'activité de Necker et de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) est bi-site depuis trois ans et une évaluation pourrait être réalisée. Pour le pancréas, le groupe propose de passer de trois à deux équipes. Pour les poumons, trois équipes interviennent, dont deux de l'AP-HP et le groupe a souligné la pertinence d'un projet de rapprochement entre l'HEGP et Bichat. Pour le cœur, l'AP-HP compte quatre pôles lourds qui réalisent un tiers de l'activité nationale, mais manquent d'harmonisation.

Le suivi des greffés a un impact médical et organisationnel. Un point concerne ensuite l'impact des innovations thérapeutiques sur les futures greffes.

L'activité de prélèvements et de greffe est multidisciplinaire, médicale et paramédicale, avec de nouveaux métiers (coordination, délégation de responsabilité), du recensement du donneur à la transplantation. Elle requiert un investissement humain permanent. Il est important de valoriser les acteurs de toute la chaîne de soins, selon le modèle espagnol, et de prendre en compte les considérations humaines, mais aussi médico-économiques puisque l'activité rapport, mais doit être justement valorisée et correctement structurée.

**Le président** regrette que les aspects médico-économiques n'aient pas été développés. Une meilleure connaissance des coûts (intégrant les dépenses en personnel et en matériel) et des recettes liés à la transplantation pourrait justifier des regroupements sur la base d'arguments médicaux et économiques.

**Le P<sup>r</sup> René ADAM** juge difficile d'établir une véritable balance des dépenses et des recettes puisque les équipes de greffe sont rattachées à des équipes chirurgicales qui prennent en charge d'autres activités que la greffe. Le coût semble donc difficile à estimer, même si la question est pertinente.

**Le président** remarque que l'hôpital Saint-Antoine a fait cet exercice lors du transfert de son activité de greffe hépatique à la Pitié-Salpêtrière. Il pense donc possible d'évaluer le coût de la greffe, même si c'est de manière approximative.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** répond par l'affirmative, au moins pour la transplantation hépatique puisque le travail de chiffrage a été réalisé lors du transfert du centre de l'hôpital Saint-Antoine vers celui de la Pitié Salpêtrière.

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** confirme qu'il est compliqué de repérer les séjours liés à la greffe et les charges s'y rapportant. Ce travail a toutefois été effectué sur le centre de transplantation hépatique et il montrait que l'activité était excédentaire de 6 ou 7 %.

**Le président** suppose que le regroupement améliorera le résultat économique.

**Le P<sup>f</sup> Fabien KOSKAS** regrette personnellement que les tissus n'apparaissent pas dans la présentation qui porte uniquement sur les organes, alors que les greffes de tissus génèrent une activité considérable au sein de l'AP-HP, activité valorisée. Il émet le souhait que les prochains rapports sur le sujet mentionnent les tissus.

**Le P<sup>f</sup> Thierry BÉGUÉ** rejoint ce point de vue. Les prélèvements osseux entrent dans les prélèvements tissulaires et s'intègrent aux prélèvements multiorganes. Or, ce thème n'est jamais ni étudié, ni exposé ni évalué, ce qui s'avère problématique.

**Le président** suppose que les ophtalmologistes souhaiteraient aussi intégrer des prélèvements de cornée.

**Le D<sup>f</sup> Patrick PELLOUX** considère qu'il existe une importante marge de manœuvre sur le préhospitalier et les centres de prélèvement. Le service d'aide médicale urgente (SAMU de Paris) contacte régulièrement ces centres et se retrouve confronté à des refus, alors qu'ils devraient accepter les demandes. Par ailleurs, les centres de grande couronne se retrouvent parfois démunis. Une coopération devrait donc être instituée entre l'AP-HP et la grande périphérie parisienne pour améliorer la situation, sachant que l'accidentologie est très présente en Essonne et en Seine-et-Marne. Des marges de manœuvre existent sur l'organisation.

**Le P<sup>f</sup> René ADAM** partage ce point de vue et souhaite valoriser chaque maillon de la chaîne pour que le personnel trouve un intérêt en termes d'activité ou de reconnaissance, lorsqu'un établissement réfère à un groupe de l'AP-HP.

Des recommandations ont été formulées.

- améliorer le recensement et la coordination des donneurs ;
- pour les prélèvements, mutualiser les gardes et les équipes par organe (rapprochement sur le rein entre Tenon et la Pitié-Salpêtrière puis entre Necker et l'HEGP et pour les poumons entre Bichat et l'HEGP, avec passage de trois à deux équipes sur le pancréas) ;
- diffuser des machines de perfusion des organes.

**Le P<sup>f</sup> Yves AIGRAIN** souhaite corriger une inexactitude : l'ensemble de l'activité de transplantation médicale et chirurgicale est réalisé sur le site de Necker pour le rein, même si l'activité du service d'urologie est partagée entre l'HEGP et Necker.

**Le D<sup>f</sup> Julie PELTIER** revient sur la mutualisation des gardes.

**Le P<sup>f</sup> René ADAM** a prévu un niveau de garde très opérationnel, une astreinte opérationnelle et un troisième niveau en cas de troisième prélèvement. 60 % des foies arrivent à l'AP-HP. Après le décès accidentel de deux préleveurs hépatiques lors d'un transport, il semble préférable que l'organe voyage sans les préleveurs.

**Le président** rappelle que le décret de septembre 2013 donne désormais à la CME le droit d'émettre un avis sur les options stratégiques de l'établissement. Ce vote est donc aussi l'expression de ces nouvelles compétences conquises par les CME.

*Les recommandations du groupe sont adoptées à l'unanimité.*

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

**Le président** précise que ce groupe de travail a été piloté par M<sup>me</sup> Françoise SABOTIER-GRENON, directrice adjointe au GH *Hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest* (HUPIFO). Le P<sup>f</sup> Jacques DURANTEAU y représentait la CME. Il a invité le P<sup>f</sup> Bahram BODAGHI, PU-PH d'ophtalmologie de la Pitié-Salpêtrière, à assister à cette présentation. Il participait au groupe de travail et préside la collégiale des ophtalmologistes des hôpitaux de Paris.

### **1. Ophtalmologie**

**Le président** précise que ce groupe de travail piloté par M<sup>me</sup> Françoise SABOTIER-GRENON, directrice adjointe au GH HUPIFO, avec le P<sup>f</sup> Jacques DURANTEAU comme représentant de la CME. Le P<sup>f</sup> Bahram BODAGHI, PU-PH d'ophtalmologie de la Pitié-Salpêtrière, assiste à la séance. Il participait au groupe de travail et préside la collégiale des ophtalmologistes des hôpitaux de Paris.

**M<sup>me</sup> Françoise SABOTIER-GRENON** présente les quatre objectifs de ce travail :

- structurer l'offre de soins en ophtalmologie de l'AP-HP ;
- garantir les investissements nécessaires à une discipline nécessitant de plus en plus des équipements de haute technologie et coûteux ;
- définir les perspectives de coopérations interprofessionnelles ;
- déterminer le positionnement de l'AP-HP par rapport à la concurrence.

Elle rappelle le contexte actuel :

- une demande en forte croissance (vieillesse de la population, hypertension, diabète)
- décroissance de la démographie médicale, qui nécessite notamment de recruter d'avantage d'orthoptistes
- l'ophtalmologie est une discipline à dominante libérale et ambulatoire.

Alors que la part d'activité de l'AP-HP diminue entre 2008 et 2013, passant de 14 à 10 %, celle du privé à but lucratif croît de 56 à 62 %.

**Le P<sup>f</sup> Bahram BODAGHI**, présente la situation actuelle de l'AP-HP qui compte quatre services *intra-muros* et trois services *extra-muros* comportant un plateau technique chirurgical. Le regroupement des services de Cochin, Hôtel-Dieu, Necker adulte et Lariboisière sur le site de Cochin sera mis en œuvre progressivement. La recherche francilienne est très dynamique.

La première proposition vise à maintenir et renforcer l'offre de soins, en particulier à Necker, Robert-Debré et à la Pitié-Salpêtrière, mais aussi en petite et moyenne couronne à Avicenne, Bicêtre et Ambroise-Paré, en organisant la délégation de tâches des ophtalmologues vers les orthoptistes et en ayant une politique dynamique d'investissements. Un exemple est donné pour

Ambroise-Paré et montre que l'investissement peut être remboursé en moins d'un an et que les dépenses de PNM sont autofinancées.

La deuxième proposition vise à réfléchir, dans le cadre du projet *Hôpital nord 2* (HN2) à une offre ambulatoire, la troisième à maintenir les partenariats avec les Quinze-Vingts et la fondation Rothschild, car ce dispositif produit une excellente recherche, organisée autour du département hospitalo-universitaire (DHU) *Vision et handicaps* et de l'Institut de la vision, et la quatrième à veiller à la gouvernance du projet Cochin.

Le soutien symbolique de la CME est sollicité, pour maintenir l'excellence hospitalo-universitaire (HU) et augmenter l'efficacité.

**Le président** réfute le terme de soutien symbolique. La CME émet des avis qui ne sont pas symboliques, même s'ils ne sont pas « conformes » (c'est-à-dire auxquels on doit se conformer).

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** remercie la collégiale de s'intéresser à la gouvernance du projet Cochin. La rétine aura une part importante du projet de Cochin, en veillant aux équilibres entre les différents segments de l'œil. Il demande si les conclusions présentées émanent de la collégiale des ophtalmologistes ou de la collégiale de l'AP-HP.

**M<sup>me</sup> Françoise SABOTIER-GRENON** précise que les conclusions sont celles du groupe de travail qui s'est réuni cinq fois sur le sujet.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** juge la coopération avec les Quinze-Vingts ou la fondation Rothschild nécessaire, mais souhaite que les intérêts de l'AP-HP soient défendus. .

**Le président** souhaite savoir si le groupe de travail comprenait des représentants des hôpitaux hors AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Isabelle BADELON** relève qu'un membre du groupe représentait à la fois la fondation Rothschild et l'hôpital Bichat.

**Le président** signale que certains ophtalmologistes mettent en cause l'ouverture de la collégiale aux praticiens des autres établissements lorsqu'il s'agit de discuter de projets qui ne relèvent que de l'AP-HP.. La meilleure solution serait sans doute de prévoir une collégiale à deux configurations : ordinaire (AP-HP seule) et élargie (AP-HP et hors AP-HP) pour les sujets communs, notamment dans le domaine de la recherche.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** affirme que ce travail a commencé grâce au groupe stratégique (incluant exclusivement les praticiens de l'AP-HP) et sera poursuivi. Sur 25 praticiens HU en ophtalmologie, près de la moitié travaille à l'AP-HP, sachant que cette collégiale existe depuis une centaine d'années et que son unité est importante pour la spécialité.

**Le président** juge le point problématique.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** note que seuls les centres intra-muros sont ouverts 24 heures sur 24.

**Le P<sup>r</sup> Noël GARABEDIAN** juge important qu'un groupe puisse se réunir pour discuter plus spécifiquement des problèmes à l'AP-HP. Les centres tels qu'Ambroise-Paré et Avicenne sont

importants pour maintenir l'offre de soins en ophtalmologie et satisfaire la demande très importante. Ceci n'est pas antinomique avec le centre lourd.

**Le D<sup>r</sup> Isabelle BADELON** souhaite que les centres de petite couronne aient les moyens d'accueillir les patients. Les services périphériques travaillent dans le cadre du DHU, avec des offres communes au niveau de l'offre de soin et de l'offre universitaire.

**Le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX** observe que l'AP-HP n'a pas défendu l'ophtalmologie universitaire sur le site de Bichat. La difficulté en ophtalmologie réside dans le coût des équipements et l'AP-HP n'a pas choisi de faire ces investissements, en tout cas sur le nord de Paris.

**Le P<sup>r</sup> Benoît SCHLEMMER** considère que cette réflexion doit être placée dans la perspective de l'hôpital Nord, tout en soulignant que les équipes lorgnent vers la fondation Rothschild. Le campus hospitalo-universitaire de l'hôpital Nord pourra choisir de maintenir une simple activité de consultations ou d'investir sur une plateforme chirurgicale à la hauteur de celles existant à Cochin, au Quinze-Vingts ou à la fondation Rothschild. L'AP-HP est fragilisée par les départs de certains collègues de l'institution.

**Le président** confirme qu'il faudra décider si l'hôpital Nord aura un service ophtalmologie, et si oui, avec quel équipement. Une plateforme chirurgicale importante requerra des investissements conséquents.

*La CME approuve les propositions du groupe de travail par 56 voix favorables, deux abstentions et deux votes défavorables.*

## **2. Préservation de la fertilité**

**Le président** accueille M<sup>me</sup> Elsa GENESTIER, directrice du groupe hospitalier Hôpitaux universitaires Paris Sud.

*Le président quitte la séance. La présidence est assumée par la vice-présidente, le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS.*

**M<sup>me</sup> Elsa GENESTIER** observe que le groupe de travail s'est réuni à quatre reprises. Quatre centres sont autorisés au sein de l'AP-HP. L'objectif principal consiste en la mise en place d'une plateforme commune, avec un accès en 48 heures à un centre de préservation, 365 jours par an. Un espace préservation de la fertilité serait accessible sur le site de l'AP-HP, avec des documents unifiés et téléchargeables.

La plateforme fonctionnerait avec un serveur vocal (numéro vert) présentant en temps réel l'offre de soin et assurant un dispatching des appels par centre, selon le domicile ou le lieu d'hospitalisation, avec un renvoi à un portable par site pour que les personnes puissent joindre directement le contact et laisser un message le cas échéant.

Pour assurer la continuité des soins, il est proposé que deux centres assurent la permanence pendant les deux semaines de vacances de Noël et qu'un centre assure la permanence au mois d'août. Cette organisation pourra être mise en place dès l'été 2015 puisque Cochin a déjà accepté d'assurer la permanence au mois d'août. Il convient ensuite d'assurer la continuité sur toutes les techniques de préservation de la fertilité, ce qui pourrait être envisagé à partir de 2016, grâce à des formations.

Le groupe devait également travailler sur une cartographie de l'offre AP-HP et identifier les besoins en Île-de-France, ce qui a été fait pour les pathologies cancéreuses. Il n'existe toutefois pas de référentiels pour qualifier la réponse aux besoins. Les systèmes d'information doivent être modifiés pour que le sujet relatif à la préservation de la fertilité soit évoqué dans la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), de manière à mettre en place un suivi (acte proposé/réalisé).

Un troisième objectif portait sur l'intégration dans le parcours du patient, ce qui a été réalisé pour les enfants, les hommes adultes et adolescents et les femmes adultes et adolescentes, avec une identification des manques et des recommandations, principalement sur le lien entre les équipes de la préservation de la fertilité et les oncologues ou médecins spécialistes qui suivent le patient. L'acte de préservation de la fertilité représente un moment du parcours de soins. Chaque année, le patient doit indiquer s'il souhaite que son échantillon soit conservé ce qui entraîne des démarches administratives très lourdes.

Les membres du groupe souhaitent continuer à se réunir une fois par an pour suivre les recommandations et travailler à la mise en place de référentiels avec le groupe cancérologie.

**Le P<sup>f</sup> Jean-Philippe WOLF** précise que cette discipline est nouvelle et encore méconnue par les services qui pourraient le proposer à leurs patients. Cela leur permettrait de se projeter dans l'avenir, après la maladie. Quand la possibilité de préserver la fertilité sera connue, les demandes devraient augmenter très significativement. Il existe cinq centres d'aide médicale à la procréation (AMP) dans l'AP-HP, dont 4 font de la préservation de la fertilité puisque Bichat est en demande d'agrément. Mais seulement deux (Tenon et Cochin) peuvent prendre en charge les patients à risque viral. Une convention entre l'AP-HP et le centre de Passy existe.

Les techniques de maturation *in vitro* ne sont pas présentes partout, car il n'est pas certain que cette méthode soit exempte d'inconvénients. Un problème de stockage des prélèvements se posera inévitablement puisque les centres n'ont pas beaucoup de place. Un centre de stockage devra être positionné dans la région parisienne pour une conservation sécurisée des prélèvements. Pour la gestion en urgence de la prise en charge des patients, chaque centre doit bénéficier d'un renfort de 0,5 poste de secrétariat.

*Le projet est adopté à l'unanimité.*

## **VI. Indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins, et incitation financière à la qualité**

**Le D<sup>f</sup> Isabelle GASQUET** présente l'exploitation des indicateurs nationaux 2014.

Les indicateurs retenus pour la campagne 2014 portaient sur la tenue du dossier médical (MCO, SSR, HAD et psychiatrie), la dénutrition (MCO, SSR, HAD et psychiatrie), la douleur (MCO, SSR et HAD), les escarres (SSR), la RCP (MCO), les dossiers d'anesthésie et la qualité du document de sortie qui remplace l'indicateur sur le délai d'envoi du CRH en MCO.

Si les résultats sont plutôt satisfaisants sur la tenue du dossier médical et la dénutrition, ils le sont moins pour l'évaluation de la douleur, avec des résultats inférieurs à la moyenne nationale. Un nouvel indicateur sur la prise en charge de la douleur en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), pendant le séjour et à la sortie a été mesuré avec de bons résultats pour l'AP-HP. Autre indicateur nouveau en 2014 : « qualité du document de sortie » en MCO. Il remplace l'indicateur

sur le délai d'envoi du compte rendu d'hospitalisation (CRH) qui devait être fait dans les huit jours. Dorénavant une lettre de sortie doit être remise au patient et/ou envoyée à son médecin traitant le jour de la sortie. Sur cet indicateur, les résultats sont inférieurs à la moyenne nationale.

Les résultats globaux cachent une variabilité importante selon les GH.

La campagne 2015 s'achève dans quinze jours avec des indicateurs de spécialités, un indicateur généralisé sur la satisfaction des patients.

Le programme IFÀQ (Incitation financière à la qualité) sera généralisé en 2016 pour 0,2 % du budget T2A à terme. Le plafond par site AP-HP est fixé à 500 000 €, avec un bonus de 20 % pour le premier établissement de chaque type d'établissement (1<sup>er</sup> CHU par exemple). Après un premier test en 2014 (budget de 15 M€, 7 GH et 8 sites AP-HP candidats), la procédure s'étend en 2015 (45 M€ et 20 sites AP-HP candidats), avant une généralisation du programme en 2016. Pour participer, les établissements devront bénéficier d'une certification sans réserve au moment du classement. En 2014, 4 sites AP-HP ont été retenus. Le classement s'établit pour 80 % sur les indicateurs de qualité et indicateurs d'infections nosocomiales, pour 15 % sur les critères de certification et pour 5 % sur l'informatisation du dossier. Sur les quatre sites retenus, trois ont été financés pour un total d'1 M€.

**Le P<sup>f</sup> Béatrice CRICKX** évoque la synthèse immédiate du compte rendu de sortie, avec des directives de la Haute Autorité de santé (HAS) sur les traitements, et demande si le dossier patient pourra intégrer automatiquement ces modifications.

**Le D<sup>f</sup> Isabelle GASQUET** a effectivement rencontré l'équipe ORBIS pour généraliser une lettre de sortie qui comportera les éléments utiles. En 2016, il faudra travailler sur des données 2015.

**Le P<sup>f</sup> René ADAM** constate, chaque année, que l'AP-HP n'obtient pas de bons résultats sur ces indicateurs de qualité et s'enquiert des mesures à prendre pour améliorer la situation. Il demande qui détermine les critères de qualité et souhaite savoir si les collégiales sont intéressées.

**Le D<sup>f</sup> Isabelle GASQUET** juge les critères peu discutables, ils sont le fruit de travaux de recherches. L'informatisation du dossier patient devrait à terme améliorer les performances de l'AP-HP.

**Le D<sup>f</sup> Georges SEBBANE** s'enquiert des types de SSR identifiés, alors que des efforts sont réalisés quotidiennement par les soignants, sur le terrain.

**Le D<sup>f</sup> Isabelle GASQUET** explique que les résultats sont donnés par site, sans distinction de service.

**Le P<sup>f</sup> Bernard GRANGER** conteste formellement le caractère scientifique du choix des indicateurs. Par exemple, la douleur est un indicateur retenu pour l'ensemble des services, mais ne s'avère pas pertinent en psychiatrie. La démarche qualité doit se focaliser sur l'état clinique des patients et non sur des indicateurs procéduraux, comme le fait valoir Laurent DEGOS, ancien responsable de la HAS. Il faudrait donc retenir des critères plus proches du résultat clinique et de la pratique médicale.

**Le D<sup>f</sup> Isabelle GASQUET** confirme qu'il n'existe pas d'indicateur douleur en psychiatrie. Que le développement d'indicateurs de spécialités (qui portent sur des pathologies précises permet d'avoir des indicateurs plus pertinents d'un point de vue clinique).

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** observe que des diapositives montrent des points aberrants, comme le site Beaujon et la RCP. Il existe sans doute un problème de recueil. À la Pitié, les dossiers ne sont pas informatisés, il lui semble donc étonnant que la Pitié concoure.

**Le D<sup>r</sup> Isabelle GASQUET** confirme qu'une partie du recueil se fait manuellement et que l'informatisation résoudra une partie du problème.

**Le P<sup>f</sup> Pierre-Jean GUILLAUSSEAU** note que certains hôpitaux, comme Villejuif, procèdent par la dictée vocale, grâce à un logiciel spécifique.

**La secrétaire générale** observe que le module de dictée vocale est en cours de déploiement sur ORBIS.

## **VII. Nouvelle organisation du département de la recherche clinique (DRCD) de l'AP-HP**

**M<sup>me</sup> Florence FAVREL-FEUILLADE** indique que la structure est composée de 876 équivalents temps plein (ÉTP), dont 78 ÉTP médicaux, 225 ÉTP de PNM positionnés sur la structure dite pérenne du DRCD et 573 ÉTP positionnés sur la structure non pérenne liée au financement par projet.

Le budget principal s'élève à 51,7 M€ de dépenses pour 41,9 M€ de recettes, soit un déficit de 9,8 M€ en 2014.

Les principaux défis à relever consistent à :

- raccourcir les délais de mise en œuvre (obtention des autorisations, signature des conventions) et d'avancement des projets de recherche,
- augmenter le nombre d'essais à promotion AP-HP,
- améliorer le nombre d'inclusions et le taux d'inclusion dans les essais cliniques et académiques,
- évaluer la qualité du monitoring, grâce à un audit par sondage et au suivi des actions correctives en cas d'écart,
- renforcer la veille et le conseil aux cliniciens chercheurs pour répondre aux multiples appels d'offres nationaux et internationaux
- simplifier les process de gestion de la recherche,
- mieux valoriser les activités de recherche médicale et paramédicale de l'AP-HP (communication, intéressement, attractivité des métiers, valorisation des innovations et partenariats de recherche)
- jouer un rôle d'animation territoriale dans le cadre du groupement inter-régional de recherche clinique et d'innovation (GIRCI).

Le nouvel organigramme vise à améliorer la lisibilité de la structure, pour renforcer la coordination par la constitution de trois pôles métiers. L'organisation du DRCD est adaptée à l'organisation des GH. Le pôle promotion est ainsi organisé avec des secteurs, sur une logique universitaire.

Pour les collaborations de recherche et les discussions sur la propriété intellectuelle, la collaboration recherche bascule dans une cellule renforcée par une expertise juridique. La veille et

l'aide au montage sont renforcés avec les trois pôles de compétitivité de la région francilienne. La coordination médicale serait collégiale et animée par le vice-président chargé de la recherche.

Les actions engagées consistent à :

- réaliser un audit fonctionnel pour définir l'organisation cible, dans un objectif de simplification des process et de renforcement du reporting,
- mener une enquête sur le fonctionnement des cellules recherche des GH afin de définir une organisation cible sur la base des meilleures pratiques et de répartir les rôles et interactions cellule recherche – unités de recherche clinique (URC)-DRCD-siège,
- définir les principes de fonctionnement de la coordination médicale collégiale du DRCD
- accompagner les GH dans la mise en œuvre du contrat unique,
- aider au montage des projets RHU dans le cadre du PIA2,
- mettre en place un groupe de travail pour accompagner le changement du système d'information recherche, mais aussi un groupe de travail relatif à l'amélioration de la gestion des ressources humaines dans le domaine de la recherche, afin de fidéliser les personnels de recherche, simplifier les process de gestion et améliorer l'attractivité de l'AP-HP.

**Le P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI** rappelle que l'enquête, présentée un an auparavant, pointait effectivement une organisation bureaucratique de la communauté médicale. Dans cette optique, la sous-commission Recherche avait unanimement souhaité la réorganisation du DRCD dont certains points figurent dans cette présentation. Le P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI regrette que le niveau de responsabilité médicale ne soit pas pertinent et aurait souhaité qu'un coordinateur médical soit le partenaire de la directrice du DRCD, en tant que coresponsable de grands sujets, de manière à éviter une structure bureaucratique.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Philippe WOLF** a l'impression que le DRCD n'aide pas les investigateurs, mais les contraint à respecter des arcanes administratifs, même obsolètes et t contre-productives. Il faudrait par exemple que les médecins soient les principaux responsables de l'engagement des fonds et des commandes, pour gagner en souplesse. Le DRCD contrôlerait à posteriori la bonne utilisation des fonds.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET** juge l'enjeu majeur. Un important travail doit être réalisé sur les personnels de recherche, afin de les fidéliser et de les intégrer dans une équipe. Les médecins doivent se recentrer sur l'inclusion des patients et l'obtention du consentement : tout le reste peut être effectué par du personnel dédié. À défaut, les taux d'inclusion resteront plus bas à l'AP-HP que dans d'autres CHU.

**Le directeur général** se déclare attaché à une plus grande souplesse et à une plus grande sécurité du cadre de la recherche clinique au sein de l'AP-HP. La réforme du DRCD est donc essentielle. Il convient de rappeler que cette réforme a été conçue en étroite liaison avec le vice-président de la recherche et le CRMBSP dans son ensemble. Les participants au dernier comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP) ont pu noter une quasi-unanimité exprimée pour reconnaître que la situation évoluait favorablement et que les changements étaient perceptibles.

Pour cette raison, le protocole de dé-précarisation des contractuels cible les techniciens d'études cliniques (TEC) et les assistants de recherche clinique (ARC) pour sortir d'un système dans lequel la majorité des personnels relevait d'un statut précaire.

## **VIII. Recensement des associations de service à l'AP-HP**

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** observe que ce point fait suite à une question posée lors d'une précédente CME par le D<sup>r</sup> Christian GUY-COICHARD.

**Le D<sup>r</sup> Louis LEBRUN** rappelle que ce recensement fait suite à une lettre de mission du directeur général, suite à une demande de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS). L'objectif était également de disposer d'un annuaire des responsables des associations dans le cadre des travaux préparatoires à la création d'une fondation hospitalière recensant les structures intervenant traditionnellement pour donner de la souplesse en matière de financement de certaines activités. La direction de l'inspection et de l'audit (DIA) s'est adressée aux chefs de pôle et aux chefs de service puisque le recensement des associations réalisé en 2012 et 2013 montrait une véritable méconnaissance des associations de services par les directions des groupes hospitaliers de l'AP-HP.

Ce recensement a fait l'objet d'une déclaration à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Le taux brut de réponse à l'enquête s'établit à 66,5 % (taux corrigé : 72,5 %). Sur 712 questionnaires exploitables, 253 indiquaient qu'aucune association de service n'intervenait dans leur service. Au final, 377 associations intervenant dans 465 services ou unités ont été recensées, sachant que 349 n'interviennent que dans un seul service. 86,2 % des associations sont domiciliées à l'AP-HP. 89 % interviennent dans le champ de la recherche, 48 % dans le champ de la formation et 30 % dans le champ de la communication. Les principaux domaines sont la pédiatrie, la cardiologie, l'anesthésie-réanimation, la cancérologie et les disciplines biologiques.

Les entreprises du médicament ou de matériel biomédical concourent aux ressources de près de 72 % des associations de service.

La DIA recommande de finaliser le recensement en cours et l'information de chaque personne concernée, d'établir et maintenir un annuaire des chefs de service et responsables d'unité et de mettre à jour annuellement l'annuaire des associations de services de l'AP-HP. Il conviendrait également de suivre la mise en œuvre des recommandations de la DIA de 2013 concernant les pratiques associatives, de vérifier l'existence et la bonne exécution des conventions passées avec les associations de service, mais aussi la régularité du fonctionnement des associations de service. Enfin, il est proposé de réunir un groupe de travail comprenant notamment les représentants des associations les plus importantes pour faire le point sur le dispositif existant et, s'il est besoin, formaliser un cadre d'intervention assurant la sécurité juridique de l'ensemble des acteurs concernés au regard des flux financiers, en particulier des dons de patients et des ressources provenant d'entreprises du médicament ou de matériel biomédical.

**Le D<sup>r</sup> Christian GUY-COICHARD** apporte son soutien à cette initiative dans une volonté affichée de rationalisation. L'opacité du transfert d'importantes sommes d'argent de l'industrie pharmaceutique vers l'AP-HP pose problème, en l'absence de contrôle. Dans les services, ces sommes compensent des carences, à tel point que ces sommes sont devenues indispensables aux modes de fonctionnement, ce qui peut générer un éventuel conflit d'intérêts, d'autant que ces derniers ne sont pas déclarés.

Dans ces conditions, il s'avérait indispensable de clarifier les liens. Cette démarche est donc très louable. Il faut trouver des solutions alternatives crédibles pour garantir aux services et aux médecins les moyens de leur indépendance, ce qui n'est pas le cas actuellement. Il serait enfin judicieux qu'un représentant de la CME fasse partie du groupe de travail.

**Le P<sup>r</sup> René ADAM** observe que ces associations permettent de pallier les manques de l'institution et d'engager des attachés de recherche clinique ou de financer la participation d'un jeune à un congrès. Ces associations sont légales et peuvent être contrôlées et il convient de se garder d'une volonté de tout structurer et de tout centraliser. Ces associations ne sont pas incompatibles avec le souhait du directeur général de créer une fondation.

**Le directeur général** ne cherche pas à rompre le processus permettant de donner et de flécher les dons vers celles et ceux qui l'ont motivé. Il juge important que les médecins puissent participer à des congrès. Actuellement, faute de financer correctement ces participations, cette dernière passe par des financements privés, ce qui n'est pas sain.

Il existe dans ce processus des points fragiles. L'objectif est de faire évoluer le système, en apportant une réponse satisfaisante aux objectifs et besoins légitimes tout en sécurisant l'AP-HP à l'égard des questions de conflits d'intérêts. Il est important d'associer la CME. Le directoire a débattu de cette question et était unanime sur la nécessité de traiter cette question. Il convient de progresser, sereinement, mais sûrement.

## **IX. Questions diverses**

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** observe que dans le projet de réforme concernant les organisations de travail du personnel paramédical de l'AP-HP, le directeur général préconise d'aborder ce sujet avec "sérénité qualité écoute et tolérance".

L'amélioration des conditions de travail fit l'objet d'un protocole d'accord entre l'administration de l'AP-HP et la communauté des MAR le 29 juin 1992. Ce protocole définissait certains critères comme des bureaux pour 2 ou 3 praticiens hospitaliers d'anesthésie-réanimation (PHAR). Actuellement à l'HEGP une partie de la surface du département d'anesthésie réanimation devrait être amputée pour la conception de bureaux médicaux individuels à des PH d'autres spécialités, tandis que les PHAR devraient se contenter de simples casiers et d'un open space. Cette inégalité de traitement est source d'un réel agacement de la communauté des MAR de l'HEGP qui a largement contribué au retour à l'équilibre et au plan d'efficience. Nous attendons la mise en conformité de nos conditions de travail par rapport à un protocole d'accord qui date d'ailleurs de 1992.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** confirme que le protocole dont parle le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER date de 1992. Il prévoit à cette époque un bureau pour deux anesthésistes réanimateurs et un ordinateur pour trois. S'agissant de la situation de l'HEGP à laquelle le D<sup>r</sup> DASSIER fait référence, les mètres carrés accordés aux anesthésistes réanimateurs ont été affectés à un hôpital de jour de 800 mètres carrés. L'*open space* dévolu actuellement aux anesthésistes réanimateurs est par ailleurs sous-occupé puisque les anesthésistes réanimateurs ont un travail posté la majeure partie de la journée. La directrice du groupe hospitalier a assuré qu'elle s'attachait à trouver une solution adaptée.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** observe que personne ne se rend dans cet *open space* puisqu'il n'existe aucune intimité pour travailler. Certains collègues se sont même fait voler leurs effets personnels.

Si l'espace imputé avait été dévolu à un plateau technique, le point aurait pu être compris. La direction se montre désinvolte vis-à-vis de la communauté des anesthésistes-réanimateurs.

Le **D<sup>F</sup> Anne GERVAIS** suggère de commencer des discussions localement pour dénouer cette problématique.

## **X. Approbation du compte rendu de la réunion du 10 mars 2015**

*Le compte rendu de la réunion du 10 mars 2015 est approuvé à l'unanimité.*

*La séance est levée à 12 heures 45.*

\*                      \*  
\*  
\*  
\*

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

**mardi 8 septembre 2015 à 8 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**mercredi 26 août 2015 à 16 heures 30**